





# **Versorgungsmedizinische Grundsätze**

## **Kommentar**

**Anlage zu § 2 der  
Versorgungsmedizin-Verordnung**

**Ulrich Wendler**

Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen a.D.

Begründet von Martin Schillings  
Richter am Sozialgericht Düsseldorf

10. überarbeitete Auflage 2020 - ISBN 978-3-9808427-9-2



<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>Teil A: Allgemeine Grundsätze</b> .....	<b>10</b>
<b>Vorbemerkung:</b> .....	<b>10</b>
<b>Teil A: 1. Schädigungsfolgen</b> .....	<b>10</b>
<b>Teil A: 2. Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB)</b> .....	<b>11</b>
<b>Teil A: 3. Gesamt-GdS</b> .....	<b>34</b>
<b>Teil A: 4. Hilflosigkeit</b> .....	<b>60</b>
<b>Teil A: 5. Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>74</b>
<b>Teil A: 6. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung</b> .....	<b>90</b>
<b>Teil A: 7. Wesentliche Änderung der Verhältnisse</b> .....	<b>98</b>
<b>Teil B: GdS-Tabelle</b> .....	<b>128</b>
<b>Teil B: 1. Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle</b> .....	<b>128</b>
<b>Teil B: 2. Kopf und Gesicht</b> .....	<b>142</b>
<b>2.1 Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung</b> .....	<b>142</b>
<b>2.2 Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich</b> .....	<b>143</b>
<b>2.3 Echte Migräne</b> .....	<b>144</b>
<b>2.4 Periphere Fazialisparese</b> .....	<b>146</b>
<b>Teil B: 3. Nervensystem und Psyche</b> .....	<b>146</b>
<b>3.1 Hirnschäden</b> .....	<b>146</b>
<b>3.1.1 Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden</b> .....	<b>150</b>
<b>3.1.2 Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen</b> .....	<b>150</b>
<b>3.2 Narkolepsie</b> .....	<b>154</b>
<b>3.3 Hirntumoren</b> .....	<b>155</b>
<b>3.4 Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter</b> .....	<b>156</b>
<b>3.4.1 Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter</b> .....	<b>156</b>
<b>3.4.2 Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter</b> .....	<b>158</b>
<b>3.5 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b> .....	<b>162</b>
<b>3.5.1 Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)</b> .....	<b>162</b>
<b>3.5.2 Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität</b> .....	<b>164</b>
<b>3.5.3 Störungen des Sozialverhaltens und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b> .....	<b>164</b>
<b>3.6 Schizophrene und affektive Psychosen</b> .....	<b>166</b>
<b>3.7 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen</b> .	<b>173</b>
<b>3.8 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</b> .....	<b>174</b>
<b>3.9 Rückenmarkschäden</b> .....	<b>178</b>

<u>3.10</u> Multiple Sklerose .....	180
<u>3.11</u> Polyneuropathien .....	182
<b>Teil B: 4. Sehorgan.....</b>	<b>183</b>
<u>4.1</u> Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht zugänglichen Eiterung der Augenhöhle.....	186
<u>4.2</u> Linsenverlust .....	186
<u>4.3</u> Die augenärztliche Untersuchung .....	188
<u>4.4</u> Augenmuskellähmungen, Strabismus.....	192
<u>4.5</u> Gesichtsfeldausfälle.....	194
<u>4.6</u> Ausfall des Farbensinns .....	196
<u>4.7</u> Hornhauttransplantationen .....	196
<u>4.8</u> Maligner Augentumor .....	196
<b>Teil B: 5. Hör- und Gleichgewichtsorgan.....</b>	<b>197</b>
<u>5.1</u> Angeborene oder in der Kindheit erworbene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen.....	197
<u>5.2</u> Hörverlust .....	202
5.2.1 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes.....	202
5.2.2 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes.....	203
5.2.3 3-Frequenztafel nach Röser 1980 .....	204
5.2.4 Zur Ermittlung des GdS aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren:.....	205
<u>5.3</u> Gleichgewichtsstörungen .....	208
<u>5.4</u> Chronische Mittelohrentzündung .....	211
<u>5.5</u> Verlust einer Ohrmuschel.....	211
<b>Teil B: 6. Nase.....</b>	<b>212</b>
<u>6.1</u> Völliger Verlust der Nase .....	212
<u>6.2</u> Stinknase (Ozaena), .....	212
<u>6.3</u> Völliger Verlust des Riechvermögens.....	213
<b>Teil B: 7. Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege .....</b>	<b>214</b>
<u>7.1</u> Lippendefekt .....	214
<u>7.2</u> Schwere Funktionsstörung der Zunge .....	215
<u>7.3</u> Verlust eines Teiles des Unterkiefers .....	215
<u>7.4</u> Umfassender Zahnverlust .....	215
<u>7.5</u> Ausgedehnter Defekt des Gaumens .....	215
<u>7.6</u> Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten .....	216
<u>7.7</u> Schluckstörungen .....	218
<u>7.8</u> Verlust des Kehlkopfes .....	218
<u>7.9</u> Tracheostoma.....	219
<u>7.10</u> Funktionelle und organische Stimmstörungen.....	220
<u>7.11</u> Artikulationsstörungen.....	220
<b>Teil B: 8. Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen.....</b>	<b>222</b>
<u>8.1</u> Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs.....	224
<u>8.2</u> Chronische Bronchitis, Bronchiektasen.....	224
<u>8.3</u> Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion.....	225

<u>8.4</u> Lungentransplantation.....	226
<u>8.5</u> Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion.....	228
<u>8.6</u> Bronchialasthma bei Kindern.....	230
<u>8.7</u> Schlaf-Apnoe-Syndrom .....	232
<u>8.8</u> Tuberkulose.....	238
<u>8.9</u> Sarkoidose .....	239
<b>Teil B: 9. Herz und Kreislauf .....</b>	<b>240</b>
<u>9.1</u> Krankheiten des Herzens .....	240
9.1.1 Einschränkung der Herzleistung: .....	240
9.1.2 Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen .....	241
9.1.3 Nach einem Herzinfarkt.....	241
9.1.4 Nach Herztransplantation.....	241
9.1.5 Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel .....	249
9.1.6 Rhythmusstörungen .....	249
<u>9.2</u> Gefäßkrankheiten .....	250
9.2.1 Arterielle Verschlusskrankheiten Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) .....	250
9.2.2 Nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen.....	252
9.2.3 Unkomplizierte Krampfadern .....	255
<u>9.3</u> Hypertonie (Bluthochdruck) .....	256
<b>Teil B: 10. Verdauungsorgane .....</b>	<b>258</b>
<u>10.1</u> Speiseröhrenkrankheiten.....	258
<u>10.2</u> Magen- und Darmkrankheiten .....	260
10.2.1 Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden.....	260
10.2.2 Chronische Darmstörungen.....	262
10.2.3 Bauchfellverwachsungen.....	270
10.2.4 Hämorrhoiden.....	270
<u>10.3</u> Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse .....	272
10.3.1 Chronische Hepatitis.....	272
10.3.2 Fibrose der Leber .....	277
10.3.3 Fettleber.....	278
10.3.4 Lebertumor - Lebertransplantation - Heilungsbewährung.....	278
10.3.5 Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis.....	279
10.3.6 Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse.....	280
<b>Teil B: 11. Brüche.....</b>	<b>282</b>
<u>11.1</u> Leisten- oder Schenkelbruch .....	282
<u>11.2</u> Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie.....	282
<u>11.3</u> Zwerchfellbrüche .....	282
<b>Teil B: 12. Harnorgane .....</b>	<b>283</b>
<u>12.1</u> Nierenschäden .....	283
12.1.1 Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere .....	283
12.1.2 Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion.....	285
12.1.3 Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion.....	286
12.1.4 Nierentumore - Nierentransplantation - Heilungsbewährung ...	288

<u>12.2</u> Schäden der Harnwege .....	290
12.2.1 Chronische Harnwegsentzündungen.....	290
12.2.2 Entleerungsstörungen der Blase.....	290
12.2.3 Entfernung eines malignen Blasen Tumors - Heilungsbewährung.....	291
12.2.4 Harninkontinenz.....	292
<b>Teil B: 13. Männliche Geschlechtsorgane .....</b>	<b>294</b>
<u>13.1</u> Verlust des Penis.....	294
<u>13.2</u> Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens .....	294
<u>13.3</u> Hydrozele.....	297
<u>13.4</u> Nach Entfernung eines malignen Hodentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten. ....	297
<u>13.5</u> Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse .....	298
<u>13.6</u> Nach Entfernung eines malignen Prostata Tumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten. ....	298
<b>Teil B: 14. Weibliche Geschlechtsorgane .....</b>	<b>300</b>
<u>14.1</u> Verlust der Brust (Mastektomie).....	300
<u>14.2</u> Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität.....	304
<u>14.3</u> Verlust eines Eierstockes .....	308
<u>14.4</u> Chronischer oder chronisch-rezidivierender entzündlicher Prozess der Adnexe und/oder der Parametrien.....	309
<u>14.5</u> Endometriose .....	309
<u>14.6</u> Scheidenfisteln .....	310
<b>Teil B: 15. Stoffwechsel, innere Sekretion .....</b>	<b>312</b>
<u>15.1</u> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) .....	312
<u>15.2</u> Gicht.....	329
<u>15.3</u> Fettstoffwechselkrankheit.....	329
<u>15.4</u> Phenylketonurie .....	333
<u>15.5</u> Mukoviszidose (zystische Fibrose) .....	334
<u>15.6</u> Schilddrüsenkrankheiten .....	336
<u>15.7</u> Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz.....	338
<u>15.8</u> Porphyrinen .....	338
<b>Teil B: 16. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem .....</b>	<b>339</b>
<u>16.1</u> Verlust der Milz.....	340
<u>16.2</u> Hodgkin-Krankheit.....	340
<u>16.3</u> Non-Hodgkin-Lymphome .....	340
16.3.1 Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome .....	340
16.3.2 Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome .....	342
<u>16.4</u> Plasmozytom (Myelom) .....	342
<u>16.5</u> Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien .....	342
16.5.1 Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv.....	342
16.5.2 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie .....	342



16.5.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)	343
16.5.4 Chronische Eosinophilen-Leukämie/Hypereosinophilie-Syndrom	343
16.5.5 Polycythaemia vera	343
16.5.6 Essentielle Thrombozythämie	343
16.5.7 Die juvenile myelomonozytäre Leukämie	344
<u>16.6</u> Akute Leukämien	345
<u>16.7</u> Myelodysplastische Syndrome	345
<u>16.8</u> Knochenmark- und Stammzelltransplantation	346
<u>16.9</u> Anämien	346
<u>16.10</u> Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten	347
<u>16.11</u> Immundefekte	348
<b>Teil B: 17. Haut</b>	<b>350</b>
<u>17.1</u> Ekzeme	350
<u>17.2</u> Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem	351
<u>17.3</u> Akne	352
<u>17.4</u> Rosazea, Rhinophym	352
<u>17.5</u> Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes	352
<u>17.6</u> Blasenbildende Hautkrankheiten	354
<u>17.7</u> Psoriasis vulgaris	354
<u>17.8</u> Erythrodermien	355
<u>17.9</u> Ichthyosis	355
<u>17.10</u> Mykosen	356
<u>17.11</u> Totaler Haarausfall	356
<u>17.12</u> Naevus	356
<u>17.13</u> Entfernung eines malignen Tumors der Haut	356
<b>Teil B: 18. Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten</b>	<b>358</b>
<u>18.1</u> Allgemeines	358
18.2.1 Entzündlich-rheumatische Krankheiten	360
18.2.2 Kollagenosen	360
18.2.3 Vaskulitiden	360
<u>18.3</u> Nicht-entzündliche Krankheiten der Weichteile	361
<u>18.4</u> Fibromyalgie	361
<u>18.5</u> Chronische Osteomyelitis	365
<u>18.6</u> Muskelkrankheiten	366
<u>18.7</u> Kleinwuchs	366
<u>18.8</u> Großwuchs	369
<u>18.9</u> Wirbelsäulenschäden	370
<u>18.10</u> Beckenschäden	378
<u>18.11</u> Gliedmaßenschäden, Allgemeines	378
<u>18.12</u> Endoprothesen	380
<u>18.13</u> Schäden der oberen Gliedmaßen	384
<u>18.14</u> Schäden der unteren Gliedmaßen	390
<b>Vorbemerkung zu Teil C VMG</b>	<b>399</b>
<b>Teil C: Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht</b>	<b>400</b>

<b>Teil C: 1 Grundsätze zur Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht</b>	<b>400</b>
<b>Teil C: 2. Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs</b>	<b>401</b>
2.1 Tatsachen.....	401
2.2 Ereignis.....	401
2.3 Primäre Gesundheitsstörung .....	401
2.4 Sekundäre Gesundheitsstörung.....	401
<b>Teil C: 3 Ursächlicher Zusammenhang.....</b>	<b>404</b>
3.1 Allgemeines .....	404
3.2 Kausalkette .....	404
3.3 Schädigendes Ereignis, gesundheitliche Schädigung, Schädigungsfolge .....	404
3.4 Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs .....	404
<b>Teil C: 4 Kann-Versorgung.....</b>	<b>408</b>
<b>Teil C: 5. Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung und Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung .....</b>	<b>415</b>
5.1 Allgemeines .....	415
5.2 Anerkennung im Sinne der Entstehung .....	415
5.3 Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung.....	415
5.4 Zunahme der Ausprägung der Gesundheitsstörung .....	415
<b>Teil C: 6 Bestimmung des Grades der Schädigungsfolgen.....</b>	<b>418</b>
6.1 Vorübergehende Gesundheitsstörungen .....	418
6.2 Bereits bestehende Gesundheitsstörungen .....	418
6.3 Veränderung des Grades der Schädigungsfolgen.....	419
6.4 Nachfolgende Gesundheitsstörung .....	419
<b>Teil C: 7 Folgeschaden .....</b>	<b>421</b>
<b>Teil C: 8 Folgen von medizinischen Maßnahmen .....</b>	<b>422</b>
<b>Teil C: 9 Absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörungen.....</b>	<b>425</b>
<b>Teil C: 10 Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod</b>	<b>426</b>
<b>Teil C: 11. mit Wirkung zum 19.12.2019 gestrichen .....</b>	<b>430</b>
<b>Teil C: 12. mit Wirkung zum 19.12.2019 gestrichen .....</b>	<b>430</b>
<b>Teil C: 13. Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen ..</b>	<b>432</b>
<b>Teil D: Merkzeichen .....</b>	<b>434</b>
<b>Teil D: 1. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G).....</b>	<b>438</b>
<b>Teil D: 2. Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B) ..</b>	<b>466</b>
<b>Teil D: 3. Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG) .....</b>	<b>474</b>
<b>Teil D: 4. Gehörlosigkeit (Merkzeichen GI) .....</b>	<b>507</b>
<b>Sonstige Merkzeichen .....</b>	<b>508</b>
Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen RF).....	508
Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse.....	528
Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit .....	530
Hilflosigkeit (Merkzeichen H) .....	534
Merkzeichen TBl (taubblind) .....	534
<b>Anhang .....</b>	<b>536</b>

---

<b>Nicht bzw. nicht mehr in den VMG enthaltene Hinweise, Unterlagen pp</b>	<b>536</b>
<b>Vorbemerkung</b>	<b>536</b>
<b>Geschichte der AHP / VMG</b>	<b>544</b>
<b>Vorteilsgewährung aufgrund Feststellungen nach dem SGB IX</b>	<b>548</b>
SGB IX in der ab 01.01.2018 geltenden Fassung	557
SGB IX in der vom 01.07.2001 bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung	565
<b>Hinweise der AHP 2008 zur Begutachtung</b>	<b>570</b>
Gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage - Nr. 5 AHP 2008	570
Gutachtliche Untersuchung - Nr. 6 AHP 2008	572
Vorgeschichte - Nr. 7 AHP 2008	578
Befund - Nr. 8 AHP 2008	579
<b>Anmerkung zur TNM-Klassifikation</b>	<b>592</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>595</b>
<b>Index</b>	<b>600</b>



---

## **Vorwort**

### **Versorgungsmedizinische Grundsätze - Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung -**

Zum 01.01.2009 ist die Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 in Kraft getreten. Diese ersetzt die bisher für die Feststellung des Ausmaßes der nach dem Bundesversorgungsgesetz auszugleichenden Schädigungsfolgen und des Grades der Behinderung anzuwendenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“.

Die Versorgungsmedizin Verordnung vom 10.12.2008 ist fortgeschrieben worden durch die Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010, die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010, die Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010, die Vierte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 28.10.2011 die Fünfte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 11.10.2012 sowie Artikel 26 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ vom 12.12.2019 (BGBl. I S. 2652, Nr. 50).

Inhalt der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung :

Teil A: Allgemeine Grundsätze

Teil B: GdS-Tabelle

Teil C: Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht

Teil D: Merkzeichen

Nicht bzw. nicht mehr in den VMG enthaltene Hinweise, Unterlagen pp zum Schwerbehindertenrecht bzw. zum Sozialen Entschädigungsrecht - z.B. zu weiteren Merkzeichen, Kausalitätsbeurteilungen -, die aber dennoch zum überwiegenden Teil zumindest Gültigkeit als antizipiertes Sachverständigengutachten haben und auch ansonsten beachtenswerte Hinweise - insbesondere zum Gang der Untersuchung pp - sind im Anhang dargestellt.

Ulrich Wendler

Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen a.D.

## Teil A: Allgemeine Grundsätze

### Vorbemerkung:

Wenn mit dem Grad der Behinderung und dem Grad der Schädigungsfolgen das Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemeint ist, wird *(im Text der VMG)* einheitlich die Abkürzung GdS benutzt.

### Teil A: 1. Schädigungsfolgen

- a) Als Schädigungsfolge wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist.
- b) Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen.
- c) Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Abweichungen vom Gesundheitszustand, die keinen GdS bedingen (z. B. funktionell bedeutungslose Narben, Verlust von Zähnen).

Die Regelung in Teil A 1 VMG hat für das Schwerbehindertenrecht keine Bedeutung, da hier keine „Schädigungsfolgen“ anerkannt werden, sondern der Grad der Behinderung festgestellt wird.

Es kommt im Schwerbehindertenrecht letztlich auch nicht darauf an, welche Behinderungen tatsächlich festgestellt werden, sondern nur, welcher Gesamtgrad der Behinderung festgestellt wird; denn nur dieser Teil des Bescheides erfüllt die Voraussetzungen an einen Verwaltungsakt. Die Bezeichnung der Behinderungen (s. dazu, aber auch (S. 15) zu „Schädigungsfolgen“ die Anmerkung zu Teil A 2 a) VMG) dient nur der Begründung dieses Verwaltungsakts. Mit einer Klage kann also nicht die zusätzliche Aufnahme einer weiteren Behinderung in einen Bescheid erstrebt werden.

## Teil A: 2. Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB)

- a) GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Behinderung, Bezeichnung der Behinderung (s. S. 15), Diagnostische Maßnahmen (s. S. 18), Begutachtung (s. S. 19)

### **Behinderung**

1986 wurde bei der Neufassung des bis 30.06.2001 geltenden SchwbG (Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft) der Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) für den Bereich des SchwbG durch den Begriff „**Grad der Behinderung**“ ersetzt. Damit sollte eine Vermischung gleichlautender aber inhaltlich unterschiedlicher Begriffe des Sozialrechts vermieden werden (Begründung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung in BT-Drucksache 10/3138). Zwischenzeitlich (mit Wirkung zum 21.12.2007) ist auch im Sozialen Entschädigungsrecht die Bezeichnung MdE ersetzt worden, und zwar durch „Grad der Schädigungsfolgen“ (GdS) - („Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts“ vom 13.12.2007 <BGBl. 2007 I S. 2904 ff>). Dies soll der Klarstellung dienen, dass hier nicht schädigungsbedingte Gesundheitsstörungen auch nicht entschädigt werden.

Die vom 01.07.2001 bis zum 31.12.2017 geltende **Definition der Behinderung in § 2 SGB IX** ist praktisch identisch mit der in dem zuvor geltenden § 3 SchwbG (s. die Gegenüberstellung (S. 12)).

Eine inhaltliche Änderung ist durch die Formulierungen in den bis zum 31.12.2017 geltenden §§ 2 und 69 SGB IX nicht erfolgt (so auch Beirat vom 07./08.11.2001: „Behindertenbegriff des SGB IX“ und BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 3/02 R - m.w.N.).

Auch die zum 01.01.2018 erfolgte Neufassung des § 2 SGB IX beinhaltet keine erkennbare rechtliche Änderung und trägt im Wesentlichen eher sog. „neuem Sprachgebrauch“ Rechnung (s. dazu dann aber auch (S. 548) die Gesetzesbegründung <Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundesrats-Drucksache 428/16 vom 12.08.2016> unter „Änderung des SGB IX“):

**§ 2 SGB IX Fassungen (bis 31.12.2017 / ab 01.01.2018)**

**§ 2 SGB IX - Begriffsbestimmungen (ab 01.01.2018)**

*(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.*

*(2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.*

*(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).*

**§ 2 SGB IX - Behinderung (ab 01.07.2001)**

*(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

*(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.*

*(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).*



Allerdings gibt die durchgängige Formulierung des § 2 SGB IX

„... **mit hoher Wahrscheinlichkeit** länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen ...“ insoweit zu Zweifeln Anlass, ob eine Behinderung erst vorliegt und damit zu berücksichtigen ist, wenn sie über sechs Monate Bestand hat oder ob nicht vielmehr - wofür der Wortlaut sprechen könnte - eine Prognoseentscheidung zu treffen ist, welcher GdB voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorliegen wird. Das LSG NRW (Urteil vom 09.06.2005 - L 7 SB 181/04 -) ist hierzu der Auffassung, dass in einem Rechtsstreit nach dem Schwerbehindertenrecht eine **Verschlechterung in dem Gesundheitszustand** nicht immer zu berücksichtigen, also auch keine Prognoseentscheidung zu treffen sei. Voraussetzung sei nämlich, dass zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung eine nicht nur vorübergehende und damit eine sich über einen Zeitraum von mehr als **sechs Monate** erstreckende Gesundheitsstörung besteht. Für dieses Verständnis spricht die amtliche Begründung der Bundesregierung zu § 2, in der es u.a. heißt: „Absatz 1 Satz 2 enthält eine Bestimmung des Kreises der Personen, die nach dem Neunten Buch als „von Behinderung bedroht“ anzusehen sind. Eine generelle Gleichstellung der von Behinderung bedrohten mit den behinderten Menschen wie in § 1 Abs. 2 Rehabilitations-Angleichungsgesetz ist im Rahmen des Neunten Buches nicht möglich, da eine Reihe von Leistungen und sonstigen Hilfen nur bei eingetretener Behinderung erbracht werden; durch die Fassung der einschlägigen Leistungsvorschriften ist sichergestellt, dass sich hierdurch die Rechtsposition der von Behinderung bedrohten Menschen nicht ändert.“

Eine Behinderung ist nicht der regelwidrige körperliche oder geistige Zustand als solcher, sondern die **Auswirkung** einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht (BSG, Urteil vom 09.10.1987 - 9a RVs 5/86 -) bzw. die Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 152 Abs. 1 Satz 4 SGB IX bzw. bis 31.12.2017 § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX).

Eine Abweichung vom Gesundheitszustand, die keinen **GdB von wenigstens 10** rechtfertigt, kann nicht als Behinderung angesehen werden (so auch Beirat vom 22.10.1986: „Begriff der Behinderung nach § 3 Abs. 1 SchwbG n.F.“). Nicht aus jeder geringfügigen Abweichung vom Gesundheitszustand bzw. jeder Funktionsbeeinträchtigung (z.B. Narben, geringfügige Beeinträchtigung der Beweglichkeit eines Fingers, Fehlen von Zähnen) kann auf eine Behinderung geschlossen werden. Derartige Gesundheitsstörungen sind damit weder im Bescheid als Behinderungen aufzuführen, noch haben sie irgendwelche Auswirkungen auf die Bildung des Gesamtgrades der Behinderung.

Für die Bemessung der Höhe des GdB kommt es im Übrigen nicht darauf an, ob eine Erkrankung durch eine Therapie geheilt werden kann, sondern welche Auswirkungen von Störungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei Anwendung einer Therapie - z.B. Verabreichung eines Medikaments - verbleiben (BSG, Beschluss vom 15.07.2004 - B 9 SB 46/03 B -).

Die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit muss von dem für das **Lebensalter typischen Zustand** abweichen (vgl. dazu (S. 23) Teil A 2 c VMG und die Anmerkung dazu).

Eine Behinderung liegt noch nicht vor, wenn erst die **Anlage** zu einer solchen besteht oder aber, wenn die Behinderung zwar schon besteht, sich aber funktionell noch nicht auswirkt, wie das nach der Rechtsprechung z.B. bei einem zwerghenwüchsigen Kleinkind der Fall sein soll (BSG, Urteil vom 17.09.1980 - 9 Rvs 3/80 -).

Eine bestimmte **Behinderung darf nicht festgestellt werden**, wenn der behinderte Mensch erklärt, er beantrage deren Feststellung nicht. Diese Behinderung bleibt dann aber auch bei der Festsetzung des GdB außer Betracht (BSG, Urteil vom 26.02.1986 - 9a RVs 4/83 -). Wenn der behinderte Mensch in seinem Antrag eine Behinderung allerdings **nicht ausdrücklich ausgeschlossen** hat, so sind nach Auffassung des SVBs alle Behinderungen unverändert zu berücksichtigen (Beirat vom 24.04.1986: „Anmerkung zum Urteil vom 26.02.1986“).

Eine Klage auf Verurteilung zur **isolierten Feststellung von Gesundheitsstörungen** bzw. Funktionsbeeinträchtigungen als (weitere) Behinderungen ist wegen fehlenden Rechtsschutzinteresses unzulässig (BSG, Urteil vom 14.06.1998 - B 9 SB 17/97 -; LSG NRW, Urteil vom 26.01.2010 -L 6 SB 52/09).

Ebenso besteht keine rechtliche Grundlage für einen Anspruch darauf, dass das Gericht oder die Behörde feststellt, dass eine **Behinderung nicht besteht**. Zweck des Schwerbehindertenrechts ist es, soziale Benachteiligungen aufgrund eines Körperschadens auszugleichen. Damit sind nur Feststellungen zu treffen, mit denen dieser Zweck erreicht werden kann (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 03.09.2010 - L 11 SB 197/10 B ER -).

Bei mehreren Einzel-GdB ist ein Gesamt-GdB - gestuft in 10er Graden - festzustellen (zum Gesamt-GdB s. (S. 34) Teil A 3 VMG). Ein Gesamt-GdB ist aber erst ab einem GdB von insgesamt 20 festzustellen (§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX bzw. bis 31.12.2017 § 69 SGB XI). Liegt der Gesamt-GdB darunter, so ist dieser nicht ziffernmäßig festzustellen und der Antrag auf Feststellung eines GdB abzulehnen (BSG, Urteil vom 26.10.1989 - 9 RVs 4/88 -).

Ein Einzel-GdB ist keiner eigenen Feststellung zugänglich; für die Feststellung eines höheren GdB als 100 besteht keine Rechtsgrundlage (Bayerisches LSG, Urteil vom 17.09.2013 - L 15 SB 69/12 -).

Für die Bemessung des GdB gelten im Übrigen die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe, insbesondere die Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG (s. S. 137), entsprechend (LSG NRW, Urteil vom 08.08.2002 - L 7 SB 70/02 und Beirat vom 04.11.1987: „Inhalt der Begriffe MdE und GdB“).

Nach dem System des Schwerbehindertenrechts hat jeder behinderte Mensch Anspruch auf Feststellung des maßgeblichen GdB unabhängig davon, ob sich seine gegenwärtige rechtliche und/oder wirtschaftliche Situation dadurch unmittelbar verbessert. Ein besonderes Feststellungsinteresse (Rechtsschutzbedürfnis) ist nicht erforderlich. Dies hat das BSG mit seinem Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 8/06 R - klargestellt und damit dem LSG Hamburg eine Absage erteilt (so dann auch LSG NRW, Beschluss vom 29.09.2009 - L 6 B 25/09 SB -). Dieses hatte ein Rechtsschutzbedürfnis verneint, wenn aus dem höheren GdB kein Anspruch auf zusätzliche Leistungen oder Hilfen erwächst (LSG Hamburg, Urteil vom 20.06.2006 - L 4 SB 30/05 -).

### **Bezeichnung der Behinderung**

Nach § 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX (s. S. 557) (bzw. bis 31.12.2017 § 69 Abs. 1 SGB IX und zuvor bis 30.06.2001 § 4 Abs. 1 SchwbG) haben die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das **Vorliegen einer Behinderung** und den Grad der Behinderung festzustellen. Es ist also auch die Behinderung als solche festzustellen. Erst in Verbindung mit dieser Feststellung wird der Verwaltungsakt, der die Höhe des GdB regelt, inhaltlich hinlänglich bestimmt und damit nachprüfbar.

Dementsprechend sah die Nr. 10 Abs. 3 AHP 2008 - völlig zutreffend vor:  
*„Die Beurteilung beginnt in der Regel mit der Bezeichnung der Schädigungsfolge oder Behinderung. Diese muss vollständig und dabei zuverlässige Grundlage für den Bescheid sein. Die Bezeichnung soll vor allem die funktionelle oder anatomische Veränderung, die die Auswirkungen erkennen lässt, zum Ausdruck bringen. Klinische Diagnosen sind häufig nicht als Bezeichnung geeignet. Allgemeine Bezeichnungen wie „Zustand nach ...“, „Folge von ...“ sind nicht zu verwenden. Ebenso sind wertende Eigenschaftswörter wie „gering“, „mäßig“, „belanglos“ u.a. in der Regel zu vermeiden; das Ausmaß der Gesundheitsstörung ergibt sich aus der Höhe des GdB/MdE-Grades.“*

Dennoch genügt die Verwaltung ihrem gesetzlichen Auftrag in der Regel nicht. Sie führt nämlich meist in ihren Bescheiden gerade nicht die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. von nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigungen auf, die ihrerseits auf einer regelwidrigen Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelische Gesundheit beruht. Stattdessen gibt sie lediglich medizinische Diagnosen an.

Dies ist aber letztendlich in Verfahren nach dem SchwG bzw. SGB IX unschädlich.

Das BSG hat nämlich in mehreren Entscheidungen sinngemäß herausgearbeitet, dass die in dem Bescheid aufgenommene Diagnose als eine zur Begründung der Entscheidung geeignete Tatsache zu werten ist und dass ein darüber hinausgehender Anspruch auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung nicht besteht (und faktisch gar nicht erfüllbar ist, weil die Verwaltung dann einen für das Lebensalter untypischen regelwidrigen Zustand und die Auswirkungen der hierauf beruhenden Funktionsbeeinträchtigungen beschreiben müsste - s. dazu BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 -; BSG, Urteil vom 24.06.1998 - B 9 SB 17/97 -).

Da für die Feststellung des GdB aber nicht die getroffene Diagnose, sondern das Ausmaß der festgestellten Funktionseinschränkungen maßgeblich ist, ist letztlich auch keine exakte Diagnose erforderlich. Es reicht also aus, dass das Ausmaß der durch die (unbenannte) Behinderung verursachten Funktionsstörung - wie auch immer - zuverlässig abgeschätzt werden kann (Bayerisches LSG, Urteil vom 23.07.2003 - L 18 SB 8/02 -).

Der SVB hat bei Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht Bezeichnungen wie „Beinfunktionsstörungen, Funktionsstörungen der Gliedmaßen, Armbeschwerden, Herzschaden“ allerdings nicht für zweckdienlich gehalten. Eine genauere Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigungen sei für den Bescheid zwar nicht nötig, in der Begründung sollten aber möglichst nachvollziehbare Leidensbezeichnungen gewählt werden. Damit könnten die Betroffenen erkennen, dass die von ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen auch tatsächlich berücksichtigt worden seien (Beirat vom 21./22.03.2001: „Bezeichnung von Gesundheitsstörungen - Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen“).

Völlig anders stellt sich dies allerdings bei Anerkennungsbescheiden im sozialen Entschädigungsrecht (oder in der Unfallversicherung) dar. Soweit hier „Krankheiten“ bzw. „Schädigungsfolgen“ anerkannt werden, trifft die Verwaltung eine rechtliche Zuordnung, weil zugleich darüber entschieden wird, dass eine bestimmte Erkrankung auf bestimmte schädigende Ereignisse, Unfälle, Berufskrankheiten usw. zurückzuführen ist. Insoweit ist die medizinisch-diagnostische Bezeichnung von Bedeutung, weil infolge der

Anerkennung einer Erkrankung für sie z.B. Heilbehandlung zu gewähren ist oder diverse andere Ansprüche (z.B. Hinterbliebenrente nach § 38 BVG) daran anknüpfen. Hier gilt sogar, dass die Verwaltung eine unklare Bezeichnung der Schädigungsfolgen insoweit gegen sich gelten lassen muss, wie die Auslegung der ausgesprochenen Anerkennung unter Würdigung aller Umstände ergibt (BSG, Urteil vom 11.11.1959 - 11 RV 660/58 -).

Auf ein anderes Problem für die Verwaltung hat der SVB bei Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht aus der Rechtsprechung des BSG zu der nach § 24 SGB X vorgeschriebenen **Anhörung** in sog. Herabsetzungsverfahren (im Wesentlichen Reduzierung des zuvor bindend festgestellten GdB oder Entzug von Nachteilsausgleichen) geschlossen. Nach dieser Rechtsprechung kann ein Bescheid - zu Ungunsten des behinderten Menschen - rechtswirksam nur abgeändert werden, wenn diesem zuvor alle neu beigezogenen Befundberichte und die ergänzenden versorgungsärztlichen Stellungnahmen zur Kenntnis gebracht wurden. Nur dann könne sich der Betroffene vor Überraschungsentscheidungen und vorschnellen und vermeidbaren Eingriffen in seine Rechte schützen. Die für die Entscheidung erheblichen Tatsachen müssten in einer Weise unterbreitet werden, dass der behinderte Mensch sie als solche erkennen und sich zu ihnen sachgerecht äußern kann (s. dazu im Einzelnen: BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB 12/97 R -; BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB 14/97 R -; BSG, Urteil vom 28.04.1999 - B 9 SB 5/98 R -; zu den weiteren Voraussetzungen s. (S. 126 ff) Anmerkungen zu Teil A 7 - Wesentliche Veränderung der Verhältnisse III - Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakte - Rn. 8). Dies könne - so der SVB - dazu führen, dass von den behandelnden Ärzten künftig keine neutralen Befundschilderungen mehr abgegeben werden, weil dies die Arzt-Patienten-Beziehung belasten könnte.

Viele Ärzte würden sich nicht mehr so präzise äußern und evtl. sogar negative Aussagen vermeiden, wenn sie wissen, dass ihr Patient die Befunde zur Kenntnis erhält. Empfohlen wurde deshalb, dass sich die Verwaltung an die Ausführungen in Nr. 10 AHP halte. Wünschenswert sei, dass die behandelnden Ärzte bereits mit den Befundanforderungen durch die Verwaltung schriftlich darauf hingewiesen würden, dass die von ihnen mitgeteilten Befunde den Betroffenen zur Kenntnis gegeben werden (Beirat vom 21./22.03.2001: „Bekanntgabe von ärztlichen Unterlagen im Anhörungsverfahren“).

Zwischenzeitlich ist die Anhörungspflicht durch den Gesetzgeber wieder eingeschränkt worden, weil ein Verstoß dagegen nahezu sanktionslos ist. Nach der mit Wirkung zum 01.02.2001 in Kraft getretenen Neufassung des § 41 Abs. 2 SGB X kann die Anhörung nunmehr nämlich im gerichtlichen Verfahren bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz nachgeholt

werden. Das Gericht muss der Verwaltungsbehörde Gelegenheit geben, die Anhörung nachzuholen.

### **Diagnostische Maßnahmen**

In das **Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit** kann nur aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung eingegriffen werden. Eine solche Ermächtigung kann sich aus den AHP schon deshalb nicht ergeben, weil diese keine Rechtsnormen im engeren Sinne sind. Auch § 62 SGB I stellt keine solche Eingriffsnorm dar. Diese Vorschrift regelt nämlich nicht, in welchen Fällen die Verwaltung das Recht hat, in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit einzugreifen (wie z.B. im Falle des § 81 a Strafprozessordnung), sondern hier wird nur geregelt, in welchen Fällen die Weigerung eines Empfängers von Sozialleistungen, einen Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit zu dulden, sanktioniert wird (z.B. durch Nichtgewährung der Sozialleistung oder durch Umkehr der Beweislast).

Im Feststellungsverfahren nach dem SGB IX trägt jedoch der Antragsteller die Beweislast für das Vorliegen von Funktionsbeeinträchtigungen. Lässt sich eine Gesundheitsstörung nur mittels duldungspflichtigen Eingriffs beweisen und verweigert der Antragsteller den Eingriff, so geht dies selbst dann zu seinen Lasten, wenn nachvollziehbare Gründe für die Verweigerung bestehen. Gleiches gilt hinsichtlich der Nichtfeststellbarkeit der Funktionsbeeinträchtigungen bzw. deren genauen Ausmaßes und der Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche (s. dazu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28.07.2009 - L 15 SB 151/06 -).

Bei einer Herabsetzung des GdB (im gerichtlichen Verfahren „Anfechtungsklage“) kann der behinderte Mensch ebenfalls (§ 62 i.V.m. § 65 SGB I) duldungspflichtige Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit untersagen. In diesem Fall ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 65 Abs. 2 SGB I vorliegen, also ob

- bei der Untersuchung ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die Untersuchung mit erheblichen Schmerzen verbunden ist,
- die Untersuchung einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

Wenn dies der Fall ist, bleibt die Weigerung sanktionslos. Ist der Eingriff nach Maßgabe der §§ 62, 65 SGB I allerdings zuzumuten, so kehrt sich die Beweislast um, d.h. der behinderte Mensch muss dann belegen, dass keine wesentliche Besserung in seinem Gesundheitszustand eingetreten

ist. Grundsätzlich gilt, je gewichtiger die begehrte oder zu entziehende Sozialleistung ist, um so weitergehende Eingriffe sind zumutbar. Bei einer von der Behörde ins Auge gefassten Herabsetzung eines GdB von 70 auf 60 (= unbedeutende Kürzung) wird man dem behinderten Menschen durchaus noch zumuten können, z.B. eine Blutprobe abzugeben.

### ***Begutachtung***

Hier können weiterhin die Hinweise der AHP 2008 (einschließlich dazu weiter fortgeführter Anmerkungen) herangezogen werden:

- Gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage ((s. S. 570) Nr. 5 AHP 2008)
- Gutachtliche Untersuchung ((s. S. 572) Nr. 6 AHP 2008)
- Vorgeschichte ((s. S. 578) Nr. 7 AHP 2008)
- Befund ((s. S. 579) Nr. 8 AHP 2008)

b) Aus dem GdB und aus dem GdS ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. GdB und GdS sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss.

### ***Berücksichtigung des Berufs***

Im Schwerbehindertenrecht kann anders als z.B. im Unfallversicherungsrecht der Bezug auf das Arbeitsleben nicht das maßgebliche Kriterium für die Bemessung des GdB, sondern nur ein Teilaspekt sein. Das SGB IX erfasst nicht nur die Personen, die im Erwerbsleben stehen. Vielmehr steht der überwiegende Teil der behinderten Menschen nicht, noch nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben. Auch diese sind auf den Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile angewiesen, durch den eine Eingliederung in die Gesellschaft erleichtert wird.

Dem Schwerbehindertenrecht ist - schon deshalb - ein besonderes berufliches Betroffensein - also eine Erhöhung des GdB wegen besonderer Betroffenheit im Beruf - fremd (vgl. LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 158/94 -). Entscheidend ist aber, dass § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX in der bis 14.01.2015 geltenden Fassung lediglich auf § 30 Abs. 1 BVG verwies. Ein besonderes berufliches Betroffensein ist aber - nur für Versorgungsberechtigte - in § 30 Abs. 2 BVG geregelt. Fortgeführt wurde dies in Teil A 2 b Satze 2 VMG („GdB und GdS sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss.“)

Der Begriff der Erwerbsminderung spielt für die Höhe des GdB, im Gegensatz zum GdS im sozialen Entschädigungsrecht, meist keine Rolle. Insbesondere kann aus einem GdB von 100 nicht auf eine Erwerbsminderung i.S.d. gesetzlichen Rentenversicherung geschlossen werden. Umgekehrt kann aus einem Behinderungsgrad von unter 100 auch keine Erwerbsfähigkeit in o.g. Sinn abgeleitet werden. Auch aus der Gewährung einer Rente i.S.d. gesetzlichen Rentenversicherung kann grundsätzlich nicht auf eine bestimmte Höhe des GdB geschlossen werden (BSG, Beschluss vom 08.08.2001 - B 9 SB 5/01 B -: Ob eine Person einen GdB von 50 aufweist und somit schwerbehindert ist, steht mit der Frage, ob bei ihr nach dem SGB VI a.F. Erwerbsunfähigkeit oder nach dem SGB VI n.F. volle Erwerbsminderung besteht, in keinerlei Wechselwirkung, weil die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen völlig unterschiedlich sind). Allerdings kann eine Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung (im Sinne



der gesetzlichen Rentenversicherung) im Rahmen psychischer Erkrankungen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen) bei der Bestimmung des GdB zu berücksichtigen sein (siehe (S. 166) die entsprechende Anmerkung zu Teil B 3.7 zu „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“).

Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung und aus dem Sozialen Entschädigungsrecht werden nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit - MdE - bzw. dem Grad der Schädigungsfolgen - GdS - festgesetzt. Gemäß § 152 Abs.2 SGB IX (bzw. bis 31.12.2017 § 69 Abs. 2 SGB IX) gilt eine solche Feststellung auch als Feststellung der Höhe des GdB. Liegen über die Folgen des Berufsunfalls bzw. das Versorgungsleiden hinaus keine zusätzlichen Gesundheitsstörungen vor, so ist ein Antrag auf Feststellung der Höhe des GdB nicht erforderlich. Es reicht allerdings nicht aus, wenn in einer Erklärung anderer Behörden (z.B. des Finanzamtes - BSG, Urteil vom 30.01.1980 - 9 RVs 11/78 - oder in einer amtsärztlichen Bescheinigung - BSG, Urteil vom 17.09.1980 - 9 RVs 2/80 BSG -) ein bestimmter Behinderungsgrad unterstellt oder erwähnt wird.

Liegt demnach eine Funktionsstörung aufgrund eines Berufsunfalls vor und hat die Berufsgenossenschaft einen Bescheid über eine entsprechende MdE erteilt, so sind die Versorgungsbehörden einerseits an diese Entscheidung gebunden und andererseits nicht verpflichtet, einen gesonderten Bescheid nach dem Schwerbehindertenrecht zu erlassen (anderer Ansicht offenbar Türk, Die Versorgungsverwaltung 3/1994 S. 40 f). Gleiches gilt bei einem Versorgungsleiden, also bei der MdE bzw. dem GdS z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz pp. Betont werden muss, dass dies nur gilt, wenn tatsächlich keine weiteren Feststellungen zu treffen sind. Werden im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht außer dem Schädigungsleiden weitere Behinderungen geltend gemacht, besteht keine Bindungswirkung. Dann besteht auch keine Bindungswirkung hinsichtlich der MdE bzw. des GdS für das in die Gesamt-GdB-Bewertung einzubeziehende Schädigungsleidens (BSG, Urteil vom 05.07.2007 - B 9/9a SB 12/06 R -).

An einen übernommenen GdB ist die Verwaltung auch im Verfahren über einen Nachteilsausgleich gebunden, wenn dieser von einem bestimmten GdB abhängt (BSG, Urteil vom 29.01.1992 - 9a RVs 9/90 -).

Zu beachten ist, dass die VMG Funktionsstörungen teilweise anders bewerten als die von den Berufsgenossenschaften zugrunde gelegten Tabellen. So wird z.B. der Verlust eines Beines im Unterschenkel nach den VMG grundsätzlich mit einem GdB von 50 bewertet, während nach den Bewertungskriterien der Berufsgenossenschaften hier - je nach Höhe der Abtrennung - eine MdE von 40 bis 50 v.H. vorgegeben wird. Der Verlust eines

Armes im Unterarm wird hingegen im Unfallrecht mit einer MdE von 60 v.H. bewertet, während insoweit die VMG einen GdB von 50 vorsehen. Wird in den VMG ein höherer GdB vorgegeben, greift § 152 Abs.2 Satz 1 SGB IX (bzw. bis 31.12.2017 § 69 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), d.h., da insoweit ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht als glaubhaft zu unterstellen ist, kann der behinderte Mensch eine anderweitige Feststellung, also die eines höheren GdB, verlangen. Liegen die MdE-Werte in der Unfallversicherung höher als die in den VMG, sind bei der GdB-Feststellung nur die letztgenannten (niedrigeren) Werte der AHP in Ansatz zu bringen. Die Verwaltung ist also insoweit grundsätzlich berechtigt, von den Feststellungen der Berufsgenossenschaft abzuweichen. Wenn nämlich die in der Unfallversicherung verwandten Richtlinien zur MdE-Bildung von den Vorgaben der VV Nr. 5 zu § 30 BVG abweichen, sind sie nicht mit § 69 Abs. 1 SGB IX (ab 01.01.2018 § 152 Abs. 1 SGB IX) vereinbar (vgl. im Einzelnen LSG NRW, Urteil vom 06.06.2002 - L 7 SB 193/00 -).

Problematisch und nicht abschließend entschieden ist die Frage, wie zu verfahren ist, wenn die Feststellungen z.B. der Berufsgenossenschaft - offensichtlich - unzutreffend sind. Zumindest dann, wenn abschließend eine eigene schwerbehindertenrechtliche Feststellung erforderlich ist, besteht keine Bindung an vorhergehende berufsgenossenschaftliche Entscheidungen (LSG NRW, Beschluss vom 12.03.1997 - L 10 SVs 17/96 -; a.A. Danzer in Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung - ZfS -, 1996, S. 359 ff). Eine solche eigene schwerbehindertenrechtliche Feststellung ist allerdings fast immer erforderlich, da in Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht regelhaft noch andere Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen bzw. geltend gemacht werden.

c) GdB und GdS setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB und GdS nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d. h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB und GdS zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z. B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden.

### **Für das Lebensalter typischer Zustand**

Die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit muss von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.

Eine Behinderung muss immer auf einem regelwidrigen gesundheitlichen Zustand beruhen (so schon der Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages vom 19.06.1986 - Bundestagsdrucksache 10/5701), so dass Funktionsbeeinträchtigungen, die sich im Alter physiologisch entwickeln und die nach ihrer Art und ihrem Umfang für das Alter typisch sind, nicht als regelwidriger Zustand und infolgedessen nicht als Behinderungen angesehen werden können.

Pathologische Veränderungen - sofern ihre Auswirkungen einen GdB bedingen - sind allerdings immer Behinderungen, selbst wenn sie im Alter besonders häufig auftreten und als „Alterskrankheiten“ (z.B. Alzheimerische Erkrankung, Arteriosklerose, Hirndurchblutungsstörungen) bezeichnet werden (Rösner, Die Versorgungsverwaltung 1/1997 S 4 ff).

Auch **Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens sind in der Regel pathologisch**. Die entsprechenden Tabellen in den VMG (Teil B 5 Hör- und Gleichgewichtsorgan) sind daher altersunabhängig (siehe aber die nachfolgenden Ausnahmen bei der Nahadaptation und beim Hochtton-Hörverlust).

Die Nr. 18.2 AHP 2008 gaben - ausführlicher als die VMG und durchaus auch weiterhin als Richtwert zu beachten - als körperliche und psychische Leistungseinschränkungen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d.h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch und damit bei der GdB-Bemessung nicht zu berücksichtigen sind, beispielsweise vor:

- die altersbedingte allgemeine Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit (weniger Kraft, Ausdauer, Belastbarkeit),
- die allgemeine Verminderung der Leistungsbreite des Herzens und der Lungen durch physiologische Gewebeerterung (entsprechend den altersabhängigen Sollwerten der EGKS),
- eine leichte Verminderung der Beweglichkeit der Gliedmaßen und der Wirbelsäule (= geringgradige Abweichungen von den Normwerten der Bewegungsmessungen nach der Neutral-0-Methode),
- das Nachlassen von Libido oder Potenz,
- das altersentsprechende Nachlassen des Gedächtnisses, der geistigen Beweglichkeit und der seelischen Belastbarkeit,
- die altersspezifischen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Presbyopie = Erschwerung bis Verlust der Nahadaptation, Presbyakusis = altersbegleitender Hochtton-Hörverlust).

Als pathologische Veränderungen, d.h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können und auch dann zu berücksichtigen sind, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z.B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden, wurden beispielsweise genannt:

- Geschwülste,
- Folgen arteriosklerotisch bedingter Organerkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit, Arterienverschlüsse),
- stärkere, nicht als altersentsprechend beurteilbare Bewegungseinschränkungen durch Arthrosen, Schmerzsyndrome bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (z.B. Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalgie) und
- über das Alterstypische wesentlich hinausgehende hirnorganische Abbauerscheinungen (z.B. Demenzen vom Alzheimer-Typ oder bei zerebrovaskulärer Insuffizienz).

Weder bei Kindern und Jugendlichen noch bei hochaltrigen Personen ist der „alterstypische Zustand“ jedoch in der Regel sicher zu ermitteln. Auch darf, selbst wenn bestimmte Beeinträchtigungen der Gesundheit im hohen Alter typisch zu werden scheinen, dies für sich genommen nicht dazu führen, dass - gleichsam automatisch - Leistungen zur Teilhabe verweigert werden. Es handelt sich daher (so Bayerisches LSG, Urteil vom 12.12.2002 - L 18 SB 22/01 -) bei der Begrenzung des Behinderungsbegriffs auf eine Abweichung vom alterstypischen Zustand um eine sachlich nicht zu rechtfertigende Beschränkung des Begriffs der Behinderung, die in ihrer Allgemeinheit mit dem Recht älterer Menschen auf eine eigenständige Lebensführung nicht vereinbar ist.

**Abgrenzungsschwierigkeiten** können sich ergeben bei Zuständen, die in mittleren oder jungen Jahren zweifelsohne eine Regelwidrigkeit darstellen, jedoch im Alter bei einer großen Zahl von Menschen vorliegen, so dass sie nicht als Regelabweichung, sondern vielmehr als altersbedingte Veränderung aufzufassen sind (z.B. Impotentia generandi - Teil B 13.2 VMG-, Ausfall beider Eierstöcke bei unzureichender Substitutionsmöglichkeit - Teil B14.3 VMG). Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nach Teil B 9.11 VMG (Einschränkung der Herzleistung) ist zu beachten, dass nicht alleine die Fähigkeit, eine bestimmte Leistung zu erbringen, ausschlaggebend für die GdB-Bewertung sein darf. Vielmehr ist die altersentsprechende Leistungsfähigkeit des Untersuchten angemessen zu berücksichtigen (s. dazu Teil A 2 d VMG (S. 26)). So ist eine Belastung mit 75 Watt bei einem 25-jährigen deutlich unterdurchschnittlich, während dieselbe Leistung bei einem 85-jährigen auf eine innerhalb der Altersgruppe gute Leistungsfähigkeit hinweist.

Bei Nachteilsausgleichen darf ebenfalls allein aus dem Lebensalter kein Rückschluss gezogen werden. So hat das BSG ausgeführt (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 1/95 -), dass Säuglingen und Kleinkindern der Nachteilsausgleich „G“ unter denselben Kriterien wie bei Erwachsenen zu gewähren ist. Entsprechendes gilt für alle Nachteilsausgleiche. Es ist also nicht zu prüfen, ob bei **Säuglingen und Kleinkindern** behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen (vgl. auch Teil D 1 c VMG (S. 438)).

Lediglich bei **Hilflosigkeit** (Merkzeichen „H“ i.S.d. Teile A 4 und A 5 VMG) sind nach Auffassung des SVBs die Besonderheiten des Kindes- bzw. Jugendalters unter Beachtung des Teils A 5 c VMG zusätzlich zu berücksichtigen (Beirat vom 24./25.11.1993: „Gutachtliche Beurteilung des GdB und der Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Säuglingen und Kleinkindern“; s. aber dazu auch: Anmerkung (S. 61 / S. 74) zu Teil A 4 und A 5 VMG unter „Hilflosigkeit bei Kindern“).

Im Säuglings- und Kleinkindesalter ist auch der GdB nach dem Grad zu bemessen, wie er sich bei Erwachsenen mit der gleichen Gesundheitsstörung ergibt. Dies beruht u.a. auf der Bezugnahme in § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der bis 14.01.2015 geltenden Fassung auf § 30 Abs. 1 BVG, in dem es heißt *„Bei beschädigten Kindern und Jugendlichen ist der Grad der Schädigungsfolgen nach dem Grad zu bemessen, der sich bei Erwachsenen mit gleicher Gesundheitsstörung ergibt“*.

Bei frühgeborenen Kindern ist nach Auffassung des SVBs eine GdB-Bewertung in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht allerdings nicht sachgerecht. Bei der Beurteilung komme es stets auf den Einzelfall an, wobei eine Beurteilung vor dem sechsten Lebensmonat nicht sinnvoll sei. Nachuntersuchungen nach dem ersten Lebensjahr, vor Einschulung und etwa im zehnten Lebensjahr würden empfohlen (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frühgeborenen“).

d) Die in der GdS-Tabelle aufgeführten Werte sind aus langer Erfahrung gewonnen und stellen altersunabhängige (auch trainingsunabhängige) Mittelwerte dar. Je nach Einzelfall kann von den Tabellenwerten mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden.

Die in der GdS-Tabelle aufgeführten Werte beruhen auf wissenschaftlich fundierter Erfahrung. Im Einzelnen ist auf die Ausführungen unter „Geschichte der Anhaltspunkte und der Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ zu verweisen (s. S. 544). Dennoch ist wegen ihrer besonderen Bedeutung nochmals ausdrücklich auf zwei Grundsätze hinzuweisen:

- Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die VMG den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln. Denn es gehört zu den Aufgaben des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin, die Fortentwicklung der VMG entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft vorzubereiten. Etwas Anderes gilt nur dann, wenn substantiiert dargelegt wird, dass und inwiefern neuere medizinische Erkenntnisse bestehen (BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - B 9 SB 35/10 B -).
- Der Inhalt der AHP ist - ebenso wie der der VMG - nicht ausschließlich mit Hilfe juristischer Auslegungsmethoden zu ermitteln. Vielmehr sind Zweifel vorzugsweise durch Nachfrage bei dem verantwortlichen Urheber (dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin bzw. bei dem für diesen geschäftsführend tätigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales) zu klären (BSG, Beschluss vom 02.12.2010 - B 9 VH 2/10 B -).

e) Da der GdS seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdS nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz- Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf. Die sehr wenigen in der GdS-Tabelle noch enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng umschriebene Gesundheitsstörungen bezogen, die selten allein und sehr selten genau in dieser Form und Ausprägung vorliegen.

Nach § 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX (bis 31.12.2017 § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX) ist der GdB in Zehnergraden anzugeben.

Dennoch sind in den VMG - allerdings nur noch sehr wenige - Gesundheitsstörungen mit Fünfergraden enthalten. Es handelt sich dabei vor allem um Fünfergrade in den Tabellen der Fachgesellschaften für Augenheilkunde und für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Für den Gutachter bedeutet der „Zwischenwert“ zwischen den Zehnergraden: Wenn die Gesundheitsstörung für den Betroffenen auch nur wenig günstiger ist, als in den VMG beschrieben, ist der Zehnergrad unter dem Fünfergrad anzusetzen. Entspricht die Gesundheitsstörung genau der in den VMG beschriebenen oder ist sie etwas ungünstiger, ist der über dem Fünfergrad gelegene Zehnergrad anzunehmen (Beirat vom 22.10.1986: „GdB-Einschätzung bei Behinderungen, zu denen in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünfergrade angegeben sind“).

Bei Fehlen weiterer Behinderungen entspricht dieser Zehnerwert dem Gesamt-GdB. Wenn neben diesem Zehnerwert weitere Behinderungen zu berücksichtigen sind, soll der Gutachter nach Auffassung des SVBs bei der Bildung des Gesamt-GdB trotz des - erhöhten - Zehnerwertes nur von dem in den VMG genannten - niedrigeren Fünferwert ausgehen (Beirat vom 31.10.1989: „Erfahrungen bei der GdB-Beurteilung von Behinderungen, für die in der MdE/GdB-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünferwerte angegeben sind - vgl. Rundschreiben des BMA vom 31.10.1986“). Dieser Fünferwert ist damit nahezu regelhaft bei der Gesamt-GdB-Bildung nicht beachtlich.

Im sozialen Entschädigungsrecht wird ein bis zu fünf Grad geringerer Grad der Schädigungsfolgen vom höheren Zehnergrad mit umfasst. Ein GdS von 25 v.H. begründet also einen Versorgungsanspruch nach einem GdS von 30 v.H (§ 30 Abs. 1 Satz 2 BVG) - s. dazu auch die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG, die für die Erblindung eines Auges einen GdS von 30 v.H. vorgeben.

Ansonsten ist es tatsächlich unmöglich und deshalb rechtlich verboten, die MdE - und ebenso den GdB - genauer als in Zehnerstufen einzuschätzen (BSG, Urteil vom 14.02.2001 - B 9 V 1200 R -).

- f) Der GdS setzt eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen - oder voraussichtlich verbleibenden - Schaden entspricht. Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), können die zeitweiligen Verschlechterungen - aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung - nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB- und GdS-Beurteilung von dem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.
- g) Stirbt ein Antragsteller oder eine Antragstellerin innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdS anzusetzen, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Fallen Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod jedoch zusammen, kann ein GdS nicht angenommen werden. Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod fallen nicht nur zusammen, wenn beide Ereignisse im selben Augenblick eintreten. Dies ist vielmehr auch dann der Fall, wenn die Gesundheitsstörung in so rascher Entwicklung zum Tode führt, dass der Eintritt der Gesundheitsstörung und des Todes einen untrennbaren Vorgang darstellen.

### ***Tod des Antragstellers***

Teil A 2 g) VMG - früher Nr. 18 Abs. 6 AHP - ist im Schwerbehindertenrecht insoweit ohne Bedeutung, als nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 4/89 -) mit dem Tod des Antragstellers der Anspruch auf Feststellung einer Behinderung und auf Nachteilsausgleiche entfällt und der Anspruch weder durch Erbrecht noch durch sozialrechtliche Sondervorschriften auf eine andere Person übergehen kann (s. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 17.01.2013 - L 11 SB 99/11 ZVW -). Das gilt auch, wenn die Feststellung des GdB Grundlage für einen nach § 59 SGB I übertragbaren Geldleistungsanspruch ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.06.2009 - L 6 SB 286/08 -).



Ein sozialgerichtliches Verfahren ist mit dem Tod des Klägers grundsätzlich erledigt.

Bedeutung kann die Vorschrift dann jedoch noch im Rahmen von gerichtlichen Kostenentscheidungen (§ 193 SGG) erlangen, da hier u.a. auch die Erfolgsaussichten einer Klage zu beurteilen sind.

h) Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind beim GdS nicht zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung stellt eine andere Situation dar; während der Zeit dieser Heilungsbewährung ist ein höherer GdS gerechtfertigt, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt.

i) Bei der Beurteilung des GdS sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten. Die in der GdS-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS gerechtfertigt. Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen - z. B. eine Psychotherapie - erforderlich ist.

### ***Seelische Begleiterscheinungen***

Die in Teil der GdS-Tabelle (Teil B VMG) niedergelegten Werte berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen. Dasselbe gilt für Schmerzen, so dass auf die Anmerkung zu Teil A 2 j VMG - Schmerzen (S. 28) - verwiesen wird.

Bei den GdB-Vorgaben der VMG für die Zeit der Heilungsbewährung nach der Entfernung bösartiger Tumoren sind die besonderen psychischen Belastungen, die sich regelhaft für die Betroffenen aus dieser Situation ergeben, ebenfalls mit berücksichtigt. Wenn allerdings **außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen** - entsprechend den Ausführungen in Teil A 2 i) VMG - vorliegen und diese eine spezielle ärztliche Behandlung, z.B. eine Psychotherapie, erforderlich machen, ist der GdB entsprechend höher zu bewerten.

Der SVB hat sich auch damit befasst und zunächst auf den Aufsatz „Die Beurteilung der bösartigen Geschwulstkrankheiten nach dem Schwerbehindertengesetz“ von H.-H. Rauschelbach in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ (Heft 4/1981, Seite 69) verwiesen (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei malignen Geschwulstkrankheiten während der Zeit der Heilungsbewährung - Frage der zusätzlichen Bewertung seelischer Begleiterscheinungen“). 1990, also noch zum Zeitpunkt der Geltung der AHP 1983, hat der SVB dann anhand von zwei - wohl nun in den Einzelheiten überholten, von der Dogmatik her aber noch immer relevanten - Beispielen aufgezeigt, wie nach seiner Auffassung der Gesamt-GdB beim Zusammentreffen eines Leidens im Zeitraum der Heilungsbewährung mit weiteren Behinderungen zu bestimmen ist:

- Beispiel 1: Einzel-GdB von 50 für Herzinfarkt im Stadium der Heilungsbewährung und von 10 für Versteifung eines Handgelenks in ungünstiger Stellung = Gesamt-GdB von 60.
- Beispiel 2: Einzel-GdB von 80 für Gewebsneubildung im Bereich der Lunge ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion und von 40 für Herzleistungsminderung = Gesamt-GdB von 80.

Hervorgehoben wurde, dass der Begriff der Heilungsbewährung zu beachten sei. Ein GdB unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung schließe stets auch eine psychische Belastung, eine Einschränkung und Umstellung der Lebensführung und eine gewisse Leistungsminderung mit ein. Insofern sei bei der Bildung des Gesamt-GdB auf Überschneidungen zu achten. Ausgangspunkt müssten in jedem Fall die tatsächlichen Auswirkungen im Zusammenwirken der Organschäden sein und es sei dann zu prüfen, ob die Heilungsbewährung sich zusätzlich auswirke und eine Erhöhung des GdB rechtfertige.

Der in den beiden Beispielen gebildete Gesamt-GdB wurde als zutreffend erachtet, wenn im 1. Beispiel die tatsächliche Leistungsbeeinträchtigung des Herzens nur leichtgradig sei und im 2. Beispiel die Funktionsstörung am Herzen in einer Atemnot zum Ausdruck komme. Diese sei bei einem GdB von 80 für das Tumorleiden der Lunge bereits bis zu einem GdB von 50 mit einbezogen. Wenn sich im 2. Fall die Herzleistungsminderung allerdings in ganz anderen Symptomen - z.B. allein in einer Angina pectoris - äußere, sei ein Gesamt-GdB von 90 als angemessen anzusehen (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GesamtGdB beim Zusammentreffen eines Leidens im Zeitraum der Heilungsbewährung mit weiteren Behinderungen“).

Dazu ist vorsorglich anzumerken: Das 1. Beispiel ist sicherlich so nicht mehr zutreffend: Nach Teil A 3 d ee VMG ist der Gesamt-GdB - von Ausnahmefällen abgesehen - nämlich nicht wegen leichter Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 10 bedingen, zu erhöhen. Dieses Verbot gilt ausnahmslos, wenn Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die wie hier verschiedene Lebensbereiche betreffen (BSG, Urteil vom 13.12.2000 - B 9 V 8/00 R -). Unabhängig davon ist die GdB/MdE-Bewertung nach einem Herzinfarkt ab Geltung der AHP 1996 nur noch von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig; eine sogenannte Heilungsbewährung nach Herzinfarkt - mit der entsprechenden Erhöhung des GdB für die Zeit der Heilungsbewährung - ist nicht mehr vorgesehen. In Altfällen, in denen noch nach den AHP 1983 ein Herzinfarkt im Stadium der Heilungsbewährung mit einem regelhaften GdB von 50 festgestellt wurde, ist nach Ablauf der Heilungsbewährung eine Herabsetzung des GdB, in dem bereits die mit der Krankheit verbundenen seelischen Begleiterscheinungen enthalten sind, möglich (LSG NRW, Urteil vom 25.02.1997 - L 6 Vs 109/96 -).

Zur Heilungsbewährung s. auch die Anmerkung zu Teil B 1 VMG (S. 129).

- j) Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.

### **Schmerzen**

1. Die VMG gehen davon aus, dass die vorgegebenen GdB-Werte für einzelne Gesundheitsstörungen das damit verbundene (erfahrungsgemäß übliche) Maß an Schmerzen mit beinhalten. Nur die darüber hinausgehenden Schmerzen sind - ggf. - den GdB erhöhend zu berücksichtigen.
2. Schmerzen entziehen sich indes vielfach der objektiven Beurteilung. Sie zu verifizieren ist Aufgabe erfahrener Gutachter. Begrüßenswert ist, dass die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) sowie das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Leitlinien für die Begutachtung von Schmerzen erarbeitet haben. Die Leitlinien sollen den Ablauf und Inhalt der Begutachtung von Patienten, die als Leitsymptom Schmerzen beklagen, vereinheitlichen. Sie sollen der Komplexität von Schmerz, Schmerzerleben und Schmerzbeeinträchtigung durch die Beschreibung interdisziplinären Zusammenwirkens gerecht werden. Durch die Beschreibung sowohl der fachgebundenen Kompetenz als auch der Zusammenarbeit zwischen Gutachtern verschiedener Fachdisziplinen sollen qualitätssichernde Maßnahmen für die Gutachtenerstellung und Grundlagen für einheitliche Einschätzungen schmerzkranker Probanden in den verschiedenen Rechtsbereichen ermöglicht werden. Damit soll auch die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessert werden (Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen *(auf der CD zu diesem Buch) - derzeit (11/2017) noch in Überarbeitung*).

3. Eine Einstufung einer Schmerzerkrankung als Erkrankung mit eigenständigem Krankheitswert i.S.d. VMG und eigenem Teil-GdB kommt in der Regel nicht in Betracht. „Übliche“ Schmerzen sind in den in der GdB-Tabelle angegebenen Werten berücksichtigt. Lediglich in den Fällen, in denen nach Sitz und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden. Schmerzzustände sind dann durch Erhöhung der Einzel-GdB für die verschiedenen Funktionssysteme hinreichend zu berücksichtigen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.01.2008 - L 13 SB 79/04 -).
4. U.a. bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ berücksichtigt; beim Diabetes mellitus werden u.a. das „Ausmaß des Therapieaufwands“ und die „Beeinträchtigungen durch Einschnitte in der Lebensführung“ in die Bewertung einbezogen. Ob und vor Allem wie derartige Beeinträchtigungen bei sog. „chronischen Schmerzen“ Berücksichtigung finden, ist im Einzelfall zu hinterfragen. Das „Ausmaß des Therapieaufwands“ bzw. die „Einschnitte in der Lebensführung“ sind für viele Schmerzranke erheblich; die Krankheit „Chronischer Schmerz“ bestimmt für viele Betroffene den Tagesablauf.
5. Bei einer Wirbelsäulenerkrankung liegt eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit, die ggf. einen höheren GdB begründen könnte, bei Massagen, Spritzen und therapeutischen Lokalanästhesien nicht vor, da diese Behandlungen zu den gewöhnlichen Anwendungen bei Wirbelsäulenerkrankungen gehören. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom, das die Erhöhung des GdB rechtfertigt, kann nur anerkannt werden, wenn z.B. aus der Medikation ersichtlich wird, dass ein besonders hoher Leidensdruck besteht. Dies ist dann der Fall, wenn hohe und höchste Dosierungen stärkster Schmerzmittel per Medikation verabreicht werden (Bayerisches LSG, Urteil vom 30.01.2007 - L 15 SB 28/04 -).
6. Im Übrigen sind für den - juristischen - Beurteiler im Wesentlichen zwei Fragen maßgebend:
  - Findet eine dauerhafte Schmerzbehandlung statt?
  - Finden sich schmerzbedingte Schonungszeichen wie z.B. Muskelminderung oder verringerte Gebrauchsspuren (Beschwellung an Hand oder Fuß), die mit der beklagten Gesundheitsstörung korrelieren?

### **Teil A: 3. Gesamt-GdS**

- a) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar Einzel-GdS anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdS durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdS ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.
- b) Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdS-Werte angegeben sind.
- c) Bei der Beurteilung des Gesamt-GdS ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdS bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdS 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.
- d) Um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander unterschiedlich sein können:
  - aa) Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.
  - bb) Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken. Dies ist vor allem der Fall, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen - also z.B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen - vorliegen.
  - cc) Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden.
  - dd) Die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung nicht verstärkt.
  - ee) Von Ausnahmefällen (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit)

abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdS von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdS von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Gesamt-GdB, Rechtsprechung (s. S. 43), Einzelprobleme (s. S. 47)

### • Gesamt-GdB

Es kann im Wesentlichen auf die umfassenden Ausarbeitungen von

- Kunze: Rechtssystematische Erwägungen zur Bildung des Gesamt-GdB
- Straßfeld: Zur Gesamt-GdB-Bildung - *(Beide auf der CD zu diesem Buch)* verwiesen werden. Diese Ausführungen haben, auch wenn sie sich auf die AHP 1983 bzw. 1996 beziehen, weiterhin in vollem Umfang Geltung, da sich die Grundsätze zur GdB-Bildung nicht geändert haben.

#### 1. Die VMG unterscheiden zwischen **Einzel-GdB** und **Gesamt-GdB**.

Liegt nur eine Behinderung (Teilhabebeeinträchtigung) vor, so sind Einzel- und Gesamt-GdB identisch.

Liegen mehrere Behinderungen vor, so ist zunächst für **jede Funktionsbeeinträchtigung** ein Einzel-GdB zu ermitteln.

Sodann ist nach Maßgabe des Teil A 2 e) VMG (s. S. 26) ein (Teil-)GdB für das jeweilige Funktionssystem zu bilden, d.h. es werden die Beeinträchtigungen in den einzelnen Funktionssystemen - Gehirn einschließlich Psyche, Augen, Ohren, Atmung, Herz-Kreislauf, Verdauung, Harnorgane, Geschlechtsapparat, Haut, Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem, innere Sekretion und Stoffwechsel, Arme, Beine, Rumpf - zusammengefasst und es wird dafür ein (Teil-)GdB gebildet.

Immer wieder **unzutreffend** wird demgegenüber - insbesondere von den ärztlichen Sachverständigen - ein **Fachgebiets-(teil-)GdB** gebildet. Es gilt aber: **Die Höhe des GdB bei mehreren Funktionsstörungen** hängt davon ab, wie sie sich in verschiedenen Lebensbereichen auswirken, und nicht, ob sie zu verschiedenen ärztlichen Fachbereichen gehören (BSG, Urteil vom 16.03.1994 - 9 RVs 6/93 -; s. auch BSG, Urteil vom 18.12.1996 - 9 RV 17/95 - : Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB in erster Linie nach den Vorgaben den VMG zu bestimmen - oder LSG NRW, Urteil vom 09.02.1999 - L 6 SB 152/97 - : Zur Bildung eines „Fachbereichs-GdB“ und dem Gesamtausmaß der Beeinträchtigung unter Berücksichtigung verschiedener Funktionssysteme).

Der unter Berücksichtigung der Funktionssysteme gebildete jeweilige (Teil-)GdB ist nun Grundlage für die Ermittlung des Gesamt-GdB.

2. **Einzel- bzw. Teil-GdB** i.o.S., wie sie in den gutachtlichen / versorgungsärztlichen Stellungnahmen regelhaft zu finden sind, dienen ebenso wie die **Bezeichnung der einzelnen Behinderungen** - die fast ausnahmslos nur Diagnosen, aber keine Bezeichnung von Behinderungen darstellen (s. dazu die Anmerkung zu Teil A 2 a) VMG (S. 15)) - ausschließlich der Begründung des Gesamtergebnisses (BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 -); die einzelnen GdB-Werte werden in der Regel auch nicht in den Feststellungsbescheiden aufgeführt. Dementsprechend kann die **isolierte Beanstandung eines Einzel-GdB nicht** mit Erfolg gerügt werden (BSG, Urteil vom 05.05.1993 - 9/9a RVs 2/92 -). Nur der **Gesamt-GdB** stellt sich als „Regelung“ im Sinne eines Verwaltungsaktes (§ 31 SGB X) dar, mit der Folge, dass auch nur der Gesamt-GdB mit Widerspruch und Klage angegriffen werden kann (BSG, Urteil vom 05.05.1993, a.a.O.; LSG Niedersachsen, Urteil vom 18.12.1996 - L 8 Vs 248/95 -: Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist ein Einzel-GdB einer eigenen Feststellung nicht zugänglich und nicht isoliert anfechtbar; Bayerisches LSG, Urteile vom 27.03.2013 - L 3 SB 194/12 - und vom 17.09.2013 - L 15 SB 69/12 -); der Einzel-GdB erwächst auch nicht in Bindung. Wird die Festlegung eines Einzel-GdB angegriffen, muss zugleich dargetan werden, dass sich hierdurch der Gesamt-GdB ändert.
3. Aus den Einzel- bzw. Teil-GdB in obigem Sinn ist ein Gesamt-GdB, der maximal 100 betragen kann (Bayerisches LSG, Urteil vom 17.09.2013 - L 15 SB 69/12 -), zu bilden.

Wie der Gesamt-GdB im Einzelnen zu bilden ist, wird in Teil A 3 VMG beschrieben. Es gilt vorrangig: **Rechenmethoden** sind bei der Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet (BSG, Urteile vom 15.03.1979 - 9 RVs 6/77 BSG - und vom 14.02.2001 - B 9 V 12/00 R -). Trotzdem führt die damit auch verworfene sog. Lohmüller-Formel, mit der der Gesamt-GdB bis auf 2 Stellen hinter dem Komma errechnet werden kann - vereinfacht: GdB der schwerwiegendsten Gesundheitsstörung wird jeweils um bestimmte Bruchteile des GdB der übrigen Gesundheitsstörungen erhöht - vielfach zu annähernd gleichen Ergebnissen wie die geltende Ermittlungsmethode:

Danach sind maßgebend die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer **wechselseitigen Beziehungen** zueinander (Teil A 3 a) VMG).

*§ 152 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 3 Satz 1 SGB IX*

*(bis 31.12.2017 § 69 Abs.1 S. 4 und Abs. 3 Satz 1 SGB IX)*

*bestimmen insoweit: „Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in*



*der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. - Liegen mehrere Beeinträchtigungen der **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** vor, so wird der Grad der Behinderung nach den **Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit** unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt“.*

Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist damit also nicht nur auf die medizinisch-funktionale Wechselwirkung der Behinderungen abzustellen, sondern auf die Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Es ist daher in medizinischen Sachverständigengutachten zur Begründung der Höhe des Gesamt-GdB sinnvoll, die Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf das Leben in der Gesellschaft im Einzelnen aufzuführen, also darzulegen, bei welchen Aktivitäten die Behinderungen zu welchen Beeinträchtigungen führen. Nur so werden Gutachten und die darin enthaltene Wertung nachvollziehbar.

Die VMG beschreiben in mehreren Beispielen, wie der Gesamt-GdB zu bilden ist. Bei genauer Betrachtung geben die VMG dabei auch ein **gewisses Rechenschema** vor, allerdings ohne von dem Grundsatz abzurücken, dass eine Beurteilung nicht schematisch erfolgen darf, sondern sich immer am konkret zu beurteilenden Einzelfall orientieren muss.

Zur Frage, wie sich alle Behinderungen im Zusammenwirken zueinander funktional auswirken, bedarf es einer **medizinischen Beurteilung**. Zwar ist die Bewertung der GdB nicht die vordringliche Aufgabe des medizinischen Sachverständigen (BSG, Urteil vom 17.12.1975 - 2 RU 35/75 -; BSG, Urteil vom 27.01.1987 - 9a RVs 53/85 -). Wenn es indes darum geht, alle Behinderungsmomente in einer Gesamtschau unter Beachtung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander einzuschätzen, sind ärztliche Meinungsäußerungen unerlässlich. Ihnen kommt zwar bei der GdB-Schätzung **keine bindende Wirkung** zu; sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage (BSG, Urteil vom 27.01.1987 - 9a RVs 53/85 -). Das Gericht ist aber nicht verpflichtet, den Ausführungen medizinischer Sachverständigen zu folgen, sondern es entscheidet in freier Würdigung der erhobenen Beweise. Dabei hat es die Beweiswürdigung anhand der feststehenden medizinischen Tatsachen vorzunehmen und den Gesamt-GdB anhand der VMG selbst zu beurteilen. Mit einer solchen richterlichen Vorgehensweise haben die Beteiligten zu rechnen und können keine Überraschungsentscheidung reklamieren.

Anders ist es ggf., wenn das Gericht dem eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten nicht folgt, sondern ohne Hinweis auf das Bestehen eigener Sachkunde seine Beweiswürdigung allein auf eine von ihm selbst unter Auswertung medizinischer Fachliteratur entwickelte Beurteilung stützt (BSG, Beschluss vom 27.06.2016 - B 9 SB 18/16 B -).

Bei der Bildung des Gesamt-GdB setzen die VMG - zusammengefasst - vier wichtige Eckpunkte:

- a. Die einzelnen Behinderungen dürfen nicht addiert werden.
- b. Der höchste Einzel-GdB zählt in vollem Umfang. Weitere Behinderungen sind unter Beachtung von Teil A 3 d) VMG darauf zu überprüfen, in welchem Umfang sie zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB führen, wobei
- c. Einzel-GdB von 10 von seltenen Ausnahmen abgesehen zu keiner Erhöhung des Gesamt-GdB führen (Teil A 3 d) ee) VMG - BSG, Urteil vom 13.12.2000 - B 9 V 8/00 R -). 20-er Grade der Behinderung können, müssen aber nicht erhöhend wirken (siehe auch u.a. Anmerkung (S. 42).
- d. Der Gesamt-GdB ist zu überprüfen durch einen Vergleich mit einer Gesundheitsstörung, für die in der GdS-Tabelle ein fester Wert vorgeesehen ist (Teil A 3 b) VMG). Ein GdB von 50 soll also nur angenommen werden, wenn die Summe der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so gravierend wie z.B. der **Verlust eines Beines im Unterschenkel** ist.

Davon ausgehend ist der Gesamt-GdB im Einzelnen wie folgt zu bilden:

Der **höchste Einzel-GdB** bleibt immer ungekürzt und wird der „Berechnung“ vorangestellt (Teil A 3 c) VMG). Dabei gibt es nur eine - im Übrigen auch für alle anderen Behinderungen geltende - Ausnahme: Der behinderte Antragsteller kann ausdrücklich erklären, er wolle bestimmte Behinderungen **nicht festgestellt** haben. Diese Behinderungen sind dann bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 26.02.1986 - 9 a RVs 4/83 -).

Sodann ist zu prüfen, **inwieweit weitere Behinderungen den Gesamt-GdB beeinflussen**.

In welchem Umfang die weiteren Behinderungen Berücksichtigung finden, richtet sich danach, in welchem Verhältnis sie zueinander stehen:

- a. Funktionsbeeinträchtigungen sind voneinander unabhängig und betreffen **ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens**, wenn sich die Behinderungen in **unterschiedlichen Lebensbereichen** auswirken und nicht unmittelbar in einer überschneidenden Beziehung zueinander stehen (Teil A 3 d) aa) VMG - BSG, Urteil vom 16.03.1994 - 9 RVs 6/93 -).

Beispielhaft haben die AHP 2008 hier das Zusammentreffen eines insulinpflichtigen Diabetes mit einer Hör- und einer Gehbehinderung angeführt.

- b. Die Funktionsbehinderungen **überschneiden** sich im Sinne von Teil A 3 d) cc) VMG, wenn sie sich in den **gleichen Bereichen im Ablauf des täglichen Lebens** auswirken und sich nicht gegenseitig verstärken.

Hier wurde von den AHP 2008 als Beispiel genannt, dass neben einem Herzschaden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung ein Lungenemphysem und ein Schaden an einem Fuß vorliegen. Die Gehfähigkeit und die gesamte Leistungsfähigkeit wird in diesem Beispiel schon durch den Herzschaden so sehr eingeschränkt, dass sich die anderen Gesundheitsstörungen nur noch wenig auswirken können.

Wird also ein Herzschaden mit einem Einzel-GdB von 70 sowie ein Lungenemphysem und ein Schaden an einem Fuß jeweils mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet, so scheint es mit den VMG ohne weitergehende Prüfung gerechtfertigt, den Gesamt-GdB bei 70 zu belassen.

Wird dagegen der Herzschaden mit einem Einzel-GdB von 70, das Lungenleiden mit einem GdB von 40 und das Fußleiden mit einem GdB von 30 bewertet, so ist auf jeden Fall eine eingehende Prüfung erforderlich, welche genauen Auswirkungen die einzelnen Gesundheitsstörungen haben, nämlich ob sich diese wirklich in allen Belangen des täglichen Lebens überschneiden und ob der Gesamt-GdB nicht auf über 70 anzuheben ist. Eine vollständige Konsumption von höheren Behinderungsgraden als 20 sehen die VMG nämlich nicht vor. Aus Teil A 3 d) ee) VMG kann eher der Rückschluss gezogen werden, dass Behinderungen mit einem Einzel-GdB von **mindestens 30** bei der Bildung des Gesamt-GdB **in der Regel zu berücksichtigen** sind. Nur bei Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 10 bzw. 20 sehen die VMG ausdrücklich deren Entfall - unter den vorgegebenen Konstellationen - vor.

- c. Eine Gesundheitsstörung wird durch die andere **gar nicht verstärkt** im Sinne von Teil A 3 d) dd) VMG, wenn die weitere Gesundheitsstörung nicht zu einer sich im täglichen Leben auswirkenden zusätzlichen Funktionsbeeinträchtigung führt.

Hier nannten die AHP 2008 als Beispiel, dass neben einer Peronäuslähmung eine Versteifung des Fußgelenks in günstiger Stellung an demselben Bein vorliegt. Die Versteifung des Fußgelenks wirkt sich nicht zusätzlich behindernd aus, da schon durch die Peronäuslähmung das Fußgelenk nicht mehr benutzt werden kann.

- d. Die VMG führen weiter die Konstellation an, dass sich Funktionsbeeinträchtigungen **besonders nachteilig** aufeinander auswirken.

Das soll nach Teil A 3 d) bb) VMG der Fall sein, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen, also z.B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen, vorliegen.

Diese Fallgestaltung ist jedoch in der GdS-Tabelle meist schon berücksichtigt, jedenfalls insoweit, als es sich um **gleichartige Schäden an paarigen Gliedmaßen** handelt. Bei Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen ist auch nicht etwa ein Einzel-GdB für jedes Gliedmaß, sondern ist gleich ein **„Gesamt-(teil-)GdB“ für beide Gliedmaßen** zu bilden. So bedingt - bereits nach der GdS-Tabelle - der Verlust beider Beine automatisch einen GdB von 100.

Wenn die VMG keine entsprechende GdB-Werte für Gesundheitsstörungen angeben, die sich besonders nachteilig aufeinander auswirken, ist in Analogie zu den geregelten Tatbeständen ein („Gesamt“-teil-)GdB zu bilden (s. auch Anmerkung zu Teil B 18.11 VMG (S. 378)). Die Leidensbezeichnung sollte dabei beispielsweise lauten: „Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenkes in günstiger Stellung an beiden Füßen“ oder „Kniegelenksversteifung links, Bewegungseinschränkung im Kniegelenk rechts“.

Ein **nachteiliges Auswirken** im o.a. Sinn, bei dem nicht schon ein (einheitlicher) Einzel-GdB zu bilden ist, liegt beispielsweise vor, wenn wegen eines Magenleidens Medikamente nicht genommen werden können, die zur Linderung der Beschwerden eines Wirbelsäulenleidens erforderlich wären (Kunze, Die Versorgungsverwaltung 5/1994 S. 7). In derartigen Fällen kann es gerechtfertigt sein, den **Erhöhungsrahmen weitgehend auszuschöpfen**. So wird ein Wirbelsäulenleiden mit einem GdB von 40 und ein Magenleiden mit einem GdB von 20 (Magengeschwür mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes) in der geschilderten Konstellation mit einem Gesamt-GdB von 50 zu bewerten sein, wenn nicht sogar ein Gesamt-GdB von 60 zumindest diskutiert werden kann.

Bei der Bildung des Gesamt-GdB nach diesen Maßstäben ist zu beachten, dass leichte Gesundheitsstörungen, die einen **GdB von 10** bedingen, von seltenen Ausnahmefällen abgesehen keine Berücksichtigung finden (vgl. Teil A 3 d) ee) VMG). Dieses **Erhöhungsverbot** gilt grundsätzlich. Eine Erhöhung wegen einer Gesundheitsstörung mit einem GdB von 10 kommt nur in Betracht, wenn sich eine Funktionsstörung ausnahmsweise besonders nachteilig auf eine andere auswirkt (BSG, Urteil vom 13.12.2000 - B 9 V 8/00 R -, s. auch das Beispiel in Teil A 3 d) ee) VMG: hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres - mit einem GdB von 10 - bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit). Eine besonders ungünstige Beeinflussung hat der SVB auch bei einer (Dreh-)Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (GdB 10) und gleichzeitig bestehender Einschränkung des Gesichtsfeldes (GdB 10) gesehen und insgesamt einen GdB von 20 für angemessen erachtet (SVB vom 10.04.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim Vorliegen von mehreren geringgradigen Behinderungen“).

Ansonsten gilt das Erhöhungsverbot nach Teil A 3 d) ee) VMG auch dann, wenn mehre Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 10 vorliegen.

Die Berücksichtigung von **Einzel-GdB von 20** führt immer wieder zu Diskussionen.

Nach Teil A 3 d) ee) VMG ist es auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Müßig ist hier zunächst der häufig zu beobachtende Versuch einer Auslegung des Wortes „vielfach“; denn er führt nicht weiter.

Richtig ist vielmehr die Prüfung, ob durch Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 20 bedingen, das Ausmaß der Gesamt-Behinderung zunimmt. Hilfestellung geben dabei folgende Überlegungen:

- a. Die VMG sind so zu verstehen, dass ein 20-er GdB in der Regel Berücksichtigung findet, wenn die Gesundheitsstörungen **sich gegenseitig verstärken**.
- b. Dagegen findet ein 20-er Wert in der Regel keine Berücksichtigung, wenn sich die Gesundheitsstörungen **überschneiden** oder **gar nicht verstärken**.
- c. Sind die Gesundheitsstörungen in ihren Auswirkungen **voneinander unabhängig**, ist im Wesentlichen das Ausmaß der schwerwiegendsten Gesundheitsstörung ausschlaggebend. Ist dieses bereits erheblich - z.B. Herzschaden mit einem GdB von 70 -, so ist die Gesamtbeeinträchtigung so sehr durch dieses Leiden bestimmt, dass eine Gesundheitsstörung mit einem GdB von 20 - z.B. Einschränkung der Schulterbeweglichkeit - nicht mehr zu einer messbaren Steigerung der Beeinträchtigung führen dürfte.

Ansonsten wird in der Praxis vielfach in die Beurteilung einbezogen, ob es sich bei den zu berücksichtigenden Einzel-GdB-Werten um „schwache“ oder „starke“ Werte handelt, also ob eine Tendenz zu einem niedrigeren oder höheren Einzel-GdB besteht. Bedingt z.B. die schwerwiegendste Gesundheitsstörung einen „glatten“ GdB von 30, wird darauf abgestellt, ob es sich bei dem ggf. weiter zu berücksichtigenden GdB von 20 um einen „starken 20er Wert“ mit Tendenz zu einem GdB von 30 handelt. Ist dies der Fall, kommt es zu einer Erhöhung auf einen Gesamt-GdB von - hier - 40. Ist der Einzel-GdB von 20 „schwach“, verbleibt es bei einem Gesamt-GdB von 30 (s. z.B. SG Düsseldorf, Gerichtsbescheid vom 03.04.2008 - S 30 SB 444/06 -; LSG NRW, Beschluss vom 26.04.2010 - L 6 SB 187/09 -). Ist der GdB, der möglicherweise zur Erhöhung des Gesamtausmaßes der Beeinträchtigung führen kann, als „mittel“ einzustufen, soll - obwohl dies eigentlich der erste Prüfungsschritt sein sollte - geprüft werden, ob eine Überschneidung, Verstärkung pp vorliegt (LSG NRW, Urteil vom 31.03.2009 - L 6 SB 110/08 -). Genauso

wird vielfach in die Überlegung einbezogen, ob der höchste Einzel-GdB eine Tendenz zu einem höheren bzw. niedrigeren Wert aufweist.

**Zu beachten ist:** Es bestehen keine durchgreifenden Bedenken, diese Überlegungen zur Bildung des Gesamt-GdB, auch wenn sie eher rechnerischer Natur sind, in die Meinungsbildung einzubeziehen. Dies allein kann allerdings nicht zu einer abschließenden Beurteilung führen (s. dazu weiter unten die Anmerkung zu dem Urteil des LSG NRW vom 14.04.2005 - L 7 SB 158/02 SB -).

Letztendlich muss das zunächst erzielte Ergebnis nach Teil A 3 b) VMG abschließend noch auf seine Schlüssigkeit überprüft werden, und zwar durch den Vergleich der bei dem behinderten Menschen bestehenden Gesundheitsstörungen in ihrer Gesamtheit mit einem Gesundheitsschaden, für den die GdS-Tabelle feste Einzelwerte vorgibt. Ein GdB von 50 ist also angemessen, wenn die Behinderungen so gravierend sind wie der Verlust eines Beines im Unterschenkel o.ä. Dieser Vergleich ist wegen der Verschiedenartigkeit der Gesundheitsstörungen und derer Auswirkungen allerdings ausgesprochen schwierig. Es bietet sich an, von der schwerwiegendsten der zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auszugehen und zu prüfen, ob diese Gesundheitsstörung in den VMG in noch stärkerer Ausprägung (mit höherem GdB) erfasst ist. Mit dieser ist dann der zu beurteilende Gesamtzustand zu vergleichen. Die vielfach anzutreffende Aussage, die Behinderungen seien dem Verlust eines Beines im Unterschenkel gleichzustellen (oder halt nicht) ist jedenfalls in der Regel an Pauschalität nicht zu übertreffen und führt nicht weiter.

- **Rechtsprechung**

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass die in den nachfolgenden Beispielen genannten GdB-Feststellungen Einzelfallentscheidungen darstellen und nicht ungeprüft auf andere Fälle **übernommen** werden können; sie sind lediglich als **Argumentationshilfe** zu verstehen:

Die im Bescheid nach dem Schwerbehindertenrecht als medizinische Diagnosen aufgeführten Behinderungen dienen nur der **Begründung des festgestellten GdB**. Eine den AHP / VMG entsprechende Bewertung des GdB war nicht von Anfang an rechtswidrig, wenn sich die medizinische Lehrmeinung und die VMG ändern. Der auf einem bestehenden Verdacht beruhende GdB kann herabgesetzt werden, wenn der **Verdacht** entfällt (BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 -).

Bei der **Bildung des Gesamt-GdB** ist zu berücksichtigen, ob nach den AHP (VMG) die Auswirkungen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen jeweils mit einem Einzel-GdB zu bewerten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob die Funktionsbeeinträchtigungen auf einer oder auf mehreren Gesundheitsstörungen beruhen (BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95 -).

Es besteht für die Bildung des Gesamt-GdB keine Rechenregel im Sinne von **30 + 20 + 20 = 50**. Es gibt auch keinen Erfahrungssatz und auch keine rechnerische oder logische Regel, die verlangen würden, alle mit einem Einzel-GdB von 20 bewerteten Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der Bildung des Gesamt-GdB stets erhöhend zu berücksichtigen, soweit sie sich nicht überschneiden oder decken. Es bleibt bei dem seit jeher aufgestellten Grundsatz, dass bei der Feststellung des Gesamt-GdB weder mathematische Formeln noch feste Rechenregeln angewendet werden dürfen. Durch das Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsstörungen können sich einzelne Störungen stärker auswirken als bei einem bis auf die einzelne Störung gesunden Menschen. Andererseits ist es auch möglich, dass sich das Maß der Behinderung insgesamt durch hinzutretende Leiden nicht vergrößert (LSG NRW, Urteil vom 29.06.2012 - L 13 SB 127/11 -). Zutreffend hat hier das LSG NRW, Urteil vom 06.04.2000 - L 7 SB 1/00 - zusammengefasst, dass **dezidierte Feststellungen** hinsichtlich der im Einzelnen vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen, ihrer GdB-Bewertung sowie ihrer wechselseitigen Beziehungen zu treffen sind (hier bei Funktionsbeeinträchtigungen mit **Einzel-GdB von 30, 20, 20, 10 und 10**). Verwiesen werden kann an dieser Stelle nur auf Entscheidungen, die nach o.A. nur einen Einzelfall behandeln können und nicht zu verallgemeinern sind:

Bei Funktionsstörungen mit **Einzel-GdB-Graden von 30, 20, 20 und mehreren 10er-Graden** kann die sorgsame, konkret auf den Einzelfall bezogene Bewertung dazu führen, einen Gesamt-GdB von 50 zu rechtfertigen. Letztlich entscheidend ist, ob der Zustand des Betroffenen mit dem Bild eines Schwerbehinderten zu vergleichen ist, für den die AHP / VMG (exemplarisch) einen GdB von 50 vorsehen (LSG NRW, Urteil vom 25.02.1998 - L 10 Vs 107/97 -).

Bei drei Behinderungen mit **Einzel-GdB von 30, 20 und 20** kann ein GdB von 50 angemessen sein, wenn sich die Auswirkungen der Behinderungen untereinander **negativ verstärken** (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.04.2016 - L 13 SB 228/14 -).

Auch bei sich **nicht überschneidenden** Gesundheitsstörungen mit **Einzel-GdB von 30, 20, 20** kann ein Gesamt-GdB von 50 gebildet werden (LSG NRW - L 7 Vs 142/92 -). Diese Auffassung wird auch im Kommentar von Rohr/Strässer (Nr. 19 Anm. 4) vertreten, der in seinem Beispiel bei Einzel-



GdB von 40 für einen Diabetes, 20 für Taubheit und 20 für ein Kniegelenksleiden einen Gesamt-GdB von 60 bildet. Rauschelbach („Der medizinische Sachverständige“ 1980, Seite 91) sieht dies ähnlich, wenn er einen GdB von 50 für gerechtfertigt hält bei einer Bewegungsbehinderung am Bein (GdB 30), einer Sehbehinderung (GdB 20) und einem Diabetes (GdB 20).

Sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen voneinander unabhängig und betreffen sie damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens, kann bei Einzelwerten von 30 (psychisches Leiden), 20 (Darmerkrankung) und nochmals 20 (untere Extremität) ein Gesamtgrad der Behinderung von 50 angemessen sein (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.12.2017 - L 13 SB 22/17 -).

**Vier „starke“ Einzel-GdB von 20** bei voneinander unabhängigen Gesundheitsstörungen können zu einem Gesamt-GdB von 50 führen (LSG NRW, Urteil vom 09.02.1999 - L 6 SB 152/97 -).

Liegen zwei Teilhabebeeinträchtigungen vor, von denen die eine einen **Einzel-GdB von 40** (Funktionssystem „Verdauungsorgane“) und die andere einen **Einzel-GdB von 20** (Funktionssystem „Augen“) bedingt, so ist ein **Gesamt-GdB von 50** angemessen, wenn die Teilhabebeeinträchtigungen - wie hier - unabhängig nebeneinander stehen und völlig unabhängige Bereiche, d.h. völlig unterschiedliche Organsysteme, betreffen (LSG NRW, Urteil vom 14.04.2005 - L 7 SB 158/02 SB -).

#### **Anmerkung:**

Dieser - behinderten Menschen durchaus günstigen - Entscheidung (die im Übrigen nur als Beispiel für viele in der Begründungsweise ähnliche, im Ergebnis aber durchaus auch anders lautende Entscheidungen „gegriffen“ wurde) dürfte zumindest in dieser Form nur schwer zu folgen sein. Die gegebene Begründung von unabhängig nebeneinander stehenden Funktionsbeeinträchtigungen reicht zur Erhöhung des Gesamtausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung jedenfalls dann nicht aus, wenn die zur Erhöhung herangezogene Beeinträchtigung einen GdB von „nur“ 20 bedingt. So führt das LSG selber aus, dass es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, eine Erhöhung vorzunehmen.

Es müssen also die **Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen genau eruiert** werden - nämlich hier: Welche nachvollziehbaren Auswirkungen hat überhaupt eine Beeinträchtigung des Funktionssystems „Augen“ mit einem GdB von 20 - oder immer wieder diskutiert eine Beeinträchtigung des Gehörs mit einem GdB von 20? Die bloße Einstellung eines GdB oder ggf. - dann immerhin schon weitergehend - der technischen Messwerte der Funktionsprüfungen führt nicht weiter. Die Feststellung des Gesamt-GdB mag dabei im Einzelfall, z.B. bei einer Taubheit eines Ohres (GdB 20), noch recht einfach sein, weil auch ohne

Einschaltung eines Sachverständigen die Beeinträchtigung auf der Hand liegt und damit hinreichend Beurteilungskriterien zur Gesamt-GdB-Bildung vorhanden sind. Etwas anderes gilt aber bei Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen im Ablauf des täglichen Lebens nicht so geläufig sind (z.B. Welcher tatsächlichen Beeinträchtigung unterliegt der behinderte Mensch mit einer einen GdB von 20 bedingenden Einschränkung der Sehschärfe von 0,32 links und 0,4 rechts; was sieht er eigentlich und was nicht?). Erst durch entsprechende weitere Aufklärung - nämlich die klare Festlegung der Auswirkungen der Gesundheitsstörung - kann also eine fundierte Bewertungsgrundlage für den Gesamt-GdB geschaffen, d.h. eine Beurteilung der Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander vorgenommen werden. Dabei kann dann auch die o.a. Überlegung (S. 42) einer weiteren Differenzierung nach Tendenz der einzelnen GdB-Werte einfließen.

Auf diese Art und Weise ist dann auch eine überzeugende Entscheidung zu treffen. Wiederum lediglich als Beispiel dafür kann hier auf ein weiteres Urteil des o.a. Senats (LSG NRW, Urteil vom 28.06.2007 - L 7 SB 152/04 -) verwiesen werden: Wegen der unterschiedlichen Auswirkungen von drei Gesundheitsstörungen - Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit einer Hand (GdB 30), psychische Beeinträchtigung mit Alpträumen und Schlafstörungen („voller“ GdB 20) Darmerkrankung mit häufiger Stuhlfrequenz und abdominellen Störungen („voller“ GdB 20), diese bei vermehrter psychischer Beeinträchtigung mit erhöhten Beschwerden, wird ein GdB von 50 erreicht.

Bei einer depressiven Störung mit einem GdB von 40 und einem Tinnitus mit einem GdB von 30 kann ein Gesamt-GdB von „nur“ 40 gerechtfertigt sein, nämlich dann, wenn sich die **Auswirkungen** der beiden Gesundheitsstörungen **überschneiden** bzw. die depressive Störung Folge des Tinnitus ist (LSG NRW, Urteil vom 10.06.2009 - L 10 SB 26/08 -).

Eine **Vielzahl von Erkrankungen** ist nicht GdB-bestimmend. So geben die Versorgungsmedizinischen Grundsätze z.B. vor, dass es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Davon ausgehend kann bei **5 Gesundheitsstörungen**, die jeweils einen (schwachen) **Einzel-GdB von 20** bedingen, durchaus ein Gesamt-GdB von „nur“ 40 gerechtfertigt sein (Bayerisches LSG, Urteil vom 02.07.2013 - L 15 SB 119/10 -).

Bei **leichten Behinderungen mit einem GdB von 20** ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Es ist daher - von seltenen Ausnahmefällen abgesehen,

z.B. bei gegenseitiger, die Lebensqualität erheblich beeinträchtigender Verstärkung - nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20 einen Gesamt GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Eine solche Wertigkeit kommt den vom Ordnungsgeber als leichte Behinderungen eingestufteten Funktionseinschränkungen in der Regel nicht zu (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.01.2014 - L 8 SB 211/13 -).

Zwar ist es bei Gesundheitsstörungen, die nur einen **GdB von 20** bedingen, vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Dies gilt aber nicht, wenn diese Gesundheitsstörungen - hier psychische Leiden - zu einer weiteren subjektiven Verstärkung der körperlichen Beschwerden führen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.09.2010 - L 13 SB 366/09 -).

Auch wenn die VMG vorgeben, dass es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem **GdB von 20** vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen, können Besonderheiten des Einzelfalles ausnahmsweise gleichwohl eine Erhöhung gebieten (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.08.2012 - L 13 SB 81/12 -).

Eine schematische, regelhafte Bewertung dahingehend, dass bei einem **Einzel-GdB von 30** ein weiterer Einzel-GdB von 30 regelmäßig nur zu einer Erhöhung um 10 Punkte und nur ausnahmsweise zu einer Erhöhung um 20 Punkte führt, steht nicht im Einklang mit den Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB. Ein weiterer GdB von 30 kann z.B. zu einer Erhöhung um 20 und nicht nur um 10 führen, wenn eine wesentliche Zunahme der Behinderung vorliegt. Bei einer starken Überschneidung der Behinderungen wird eine solche Zunahme aber zu verneinen sein (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.10.2018 - L 3 SB 5/17 -).

### ***Einzelprobleme***

#### **• Arbeitgeber / Gleichstellung**

Ein **Arbeitgeber** kann die Feststellung des Schwerbehindertenstatus seines Arbeitnehmers nicht anfechten (BSG, Urteil vom 22.10.1986 - 9a RVs 3/84 -). Ebenso ist der Arbeitgeber eines minderbehinderten Menschen nicht berechtigt, dessen Gleichstellung anzufechten. Denn die die Gleichstellung regelnde Norm des § 2 SchwbG bzw. seit 01.07.2001 des § 2 Abs. 3 SGB IX ist nicht dazu bestimmt, auch den Individualinteressen der von einer Gleichstellung mittelbar betroffenen Arbeitgeber zu dienen (BSG, Urteil vom 19.12.2001 - B 11 AL 57/01 R -).

Nach § 2 Abs. 3 SGB IX sollen den schwerbehinderten Menschen **gleichgestellt** werden die Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 (Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Geltungsbereich des SGB IX) vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz i.S.d. § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können. Bei dem Arbeitsplatz eines aktiven Soldaten handelt es nicht um einen solchen i.S.d. § 2 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 156 SGB IX. Die Berufsgruppe der Soldaten ist von der Gleichstellungsmöglichkeit im Hinblick auf die Besonderheiten des Soldatenverhältnisses ausgenommen (LSG München, Urteil vom 06.08.2014 - L 10 AL 45/13 -).

- **Feststellungen nur bei Inlandswohnsitz bzw. -aufenthalt?**

Das Schwerbehindertenrecht schützt behinderte Ausländer auch dann, wenn sie sich nur geduldet seit Jahren in Deutschland aufhalten, ein Ende dieses Aufenthaltes unabsehbar ist und die Ausländerbehörde gleichwohl keine Aufenthaltserlaubnis erteilt (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - B 9 SB 1/99 R -; Hessisches LSG, Urteil vom 23.09.2009 - L 4 SB 57/08 -; BSG, Urteil vom 29.04.2010 - B 9 SB 2/09 R -). Aber auch schon dann, wenn der Aufenthalt eines aufenthaltsrechtlich nur geduldeten Ausländers, dessen GdB mindestens 50 beträgt, voraussichtlich länger als sechs Monate andauern wird, besteht in Anlehnung an die Definition der Behinderung in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ein Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Dabei kann die Beurteilung als Prognose schon vor Ablauf einer sechsmonatigen Aufenthaltszeit in Deutschland getroffen werden (BSG, Urteil vom 29.04.2010 - B 9 SB 2/09 R -). Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit und die Versorgungsverwaltung haben die Voraussetzungen der Erteilung der Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG in diesen Fällen nicht zu prüfen (Hessisches LSG, L 4 SB 57/08).

Fraglich war lange, ob einem behinderten Menschen, der seinen **Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt nach außerhalb der Bundesrepublik Deutschland** verlegt hat, ein Anspruch auf Feststellungen nach dem SGB IX zusteht. Dies wurde z.T. (Bayerisches LSG, Urteil vom 22.06.2004 - L 15 SB 22/04 -; LSG NRW, Urteil vom 26.01.2006 - L 7 SB 164/04 -) mit der Begründung verneint, dass der deutsche Gesetzgeber nicht gehindert sei, den Anspruch auf (deklaratorische) Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach dem Territorialitätsprinzip auf Personen zu beschränken, die in der Bundesrepublik Deutschland dauerhaft Wohnsitz genommen haben bzw. sich nicht nur vorübergehend dort aufhalten; über- bzw. zwischenstaatliches Recht stehe nicht entgegen. Das BSG hatte indes

schon zuvor sinngemäß die Rechtsauffassung vertreten, das die territoriale Beschränkung in § 2 Abs. 2 SGB IX im Rahmen der Anwendung des § 69 Abs. 1 SGB IX (bzw. hier und im Folgenden ab 01.01.2018 § 152 SGB IX) nicht beachtet werden muss; also die Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den GdB verlangt werden kann, da insoweit, also im Rahmen des § 69 Abs.1 SGB IX, nicht an § 2 Abs. 2 SGB IX angeknüpft werde; nur der in § 69 Abs. 5 SGB IX geregelte Anspruch auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nebst Eintragung eventueller Merkmale sei an den Nachweis der Erfüllung der Tatbestandes des § 2 Abs. 2 SGB IX gebunden. Nicht eindeutig war dem - den Rechtsstreit - B 9 SB 8/01 R - erledigenden Vergleichsvorschlag des BSG zu entnehmen, ob weitergehende Anforderungen an ein Feststellungsinteresse zu stellen sind. 2007 hat das BSG klargestellt, dass ein Wohnsitz im Ausland der Feststellung des GdB nicht entgegensteht, wenn der im Ausland wohnende behinderte Mensch die Feststellung des GdB benötigt, um konkrete inländische Rechtsvorteile in Anspruch nehmen zu können - z.B. Schwerbehindertenpauschbetrag im Einkommensteuerrecht, vorzeitige Altersrente für schwerbehinderte Menschen aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die abstrakte, also rein theoretische Möglichkeit der Inanspruchnahme rechtlicher Vorteile im Inland reicht allerdings nicht aus (BSG, Urteile vom 05.07.2007 - B 9/9a SB 2/07 R und B 9/9a SB 2/06 R -; Hessisches LSG, Urteil vom 05.12.2017 - L 3 SB 10/16 -). Dementsprechend haben auch Bürger der Europäischen Union, die sich als Grenzgänger nur gelegentlich in Deutschland aufhalten, ohne hier einen Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz zu haben, keinen Anspruch auf Feststellung des GdB bzw. von Nachteilsausgleichen (LSG NRW, Urteil 08.06.2011 - L 10 SB 74/10 -).

Hinsichtlich der Zuständigkeit der Verwaltung bei Umzug des behinderten Menschen gilt: Bei einer Anfechtung eines Aufhebungsbescheids („reine“ Anfechtungsklage) bleibt die Behörde zuständig, die den Bescheid erlassen hat (BSG, Urteil vom 05.07.2007 - B 9/9a SB 2/06 R -). In anderen Fällen, also dem Regelfall einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, tritt ein Beklagtenwechsel kraft Gesetzes ein (BSG, Urteil vom 05.07.2007 - B 9/9a SB 2/07 R -). Diese Grundsätze gelten nicht nur bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, sondern auch wenn der behinderte Mensch seinen Wohnsitz in ein anderes Bundesland verlegt.

- **Rückwirkende Feststellung**

Feststellungen des GdB (oder von Nachteilsausgleichen) sind für die Zeit ab Eingang des entsprechenden Antrags zu treffen.

Wird eine vor den Antrag rückwirkende Feststellung des GdB begehrt, kommt es zunächst darauf an, ob schon zuvor ein Bescheid zur Höhe des GdB ergangen ist. Liegt bereits ein Bescheid vor, ist von dem Antragsteller zu prüfen, ob dieser Bescheid ggf. bei seinem Erlass rechtswidrig war - dann bietet sich ein sog. Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X an (s. die Anmerkung (S. 118) zu Teil A 7 VMG) - oder ob später, also nach Erlass dieses Bescheides, eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten ist - dann bietet sich ein sog. Änderungsantrag nach § 48 SGB X an (s. dazu die Anmerkung (S. 98) zu Teil A 7 VMG). Diese Unterscheidung ist bei Antragstellung allerdings nicht zwingend; denn ein Feststellungsantrag ist in der Regel nach seinem objektiven Erklärungswert und der recht verstandenen Interessenlage des Antragstellers (§ 133 BGB) so zu verstehen, dass dieser unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt, was ihm auf Grund des von ihm geschilderten Sachverhalts rechtlich zusteht (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -).

Ansonsten gilt:

- a. War der bindende Bescheid rechtswidrig i.S.d. § 44 SGB X, wird in der Regel eine rückwirkende Feststellung des GdB erreicht werden. Eine Rückwirkung liegt allerdings im Ermessen der Verwaltung (BSG, Urteil vom 29.05.1991 - 9a/9 RVs 11/89 -) und ist auf vier Jahre beschränkt.
- b. Ist seit dem bindenden Bescheid eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 SGB X eingetreten, gilt § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X, nach der der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse abgeändert werden soll, soweit die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt (so auch Bayerisches LSG, Urteil vom 24.10.2006 - L 18 SB 18/04 -). Der höhere GdB ist also ab dem - nachgewiesenen Zeitpunkt - seines Vorliegens festzustellen.

**a) Rechtslage bis 31.12.2012**

War indes keine Feststellung zum GdB getroffen worden, half bisher ggf. § 6 Abs. 1 Satz 2 SchwbAwV weiter. Danach war, wenn der **schwer**behinderte Mensch ein besonderes Interesse an der Feststellung glaubhaft macht, dass bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein GdB (bzw. ggf. ein Nachteilsausgleich) vorgelegen hat, zusätzlich auf dem Ausweis das Datum einzutragen, von dem ab die jeweiligen Voraussetzungen nachgewiesen sind. Welche Voraussetzungen im Hinblick auf dieses **besondere Interesse** an einer rückwirkenden Feststellung erfüllt sein mussten, war lange umstritten:

Ausgangspunkt war insoweit das Urteil des BSG vom 29.05.1991 - 9a/9 RVs 11/89 -, das vielfach dahingehend verstanden wurde, dass **steuerliche Vorteile** ein besonderes Interesse nicht darstellen würden (z.B. Bay. LSG, Urteil vom 24.10.2006 - L 18 SB 18/04 -, LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.04.2007 - L 11 SB 22/06 -). Gleiches hat das SG Dresden für den Fall angenommen, dass das besondere Interesse damit begründet wird, rückwirkend **Kindergeld** beanspruchen zu wollen (SG Dresden, Gerichtsbescheid vom 09.12.2004 - S 7 SB 340/02 -). Ebenso sollte zumindest nach einem Teil der Rechtsprechung wegen **rentenversicherungsrechtlicher Vorteile** - vgl. § 236a SGB VI, nach dessen Satz 6 die Altersgrenze von 60 Jahren nicht angehoben wird für Versicherte, die bis zum 16.11.1950 geboren sind und am 16.11.2000 schwerbehindert waren - grundsätzlich keine rückwirkende Feststellung des GdB begehrt werden können (SG Duisburg, Urteil vom 28.02.2006 - S 24 SB 4/05 -). Soweit demgegenüber ein besonderes Interesse an der rückwirkenden Feststellung eines GdB von 50 bejaht wurde, wenn dem behinderten Mensch nach § 236a SGB VI die von ihm bereits beantragte Altersrente für schwerbehinderte Menschen ohne Berücksichtigung von Abschlägen zustehen würde, wenn seine Schwerbehinderteneigenschaft bereits zum 16.11.2000 festgestellt wird, wurde dies überwiegend auf sog. offenkundige Fälle, mithin Fälle mit eindeutiger Sachlage, beschränkt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.02.2010 - L 11 SB 351/08 -, und zur Offenkundigkeit im Übrigen: LSG Saarland, Beschluss vom 02.09.2002 - L 5 SB 12/01 -; SG Dresden, Gerichtsbescheid vom 09.12.2004 - S 7 SB 340/02 -; SG Aachen, Urteil vom 22.02.2011 - S 17 SB 1031/10 -).

Nachdem das BSG bereits 2006 darauf hingewiesen hatte, dass die Frage, welche Qualität die Interessen eines behinderten Menschen haben müssen, damit Feststellungen nach dem SGB IX rückwirkend getroffen werden können, noch - höchstrichterlich - klärungsbedürftig sei (BSG, Beschluss vom 11.10.2006 - B 9a SB 1/06 BH -), hat es diese Klarstellung in den Folgejahren vorgenommen:

- Die Möglichkeit des Bezuges einer **abschlagsfreien Altersrente** (s. dazu sowie zur Berücksichtigung der rückwirkenden Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung (BSG, Urteil vom 29.11.2007 - B 13 R 44/07 R -) begründe zweifelsohne ein besonderes Interesse an einer vor Antragstellung zurückwirkenden Feststellung des GdB von 50 als Grundlage für die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (BSG, Urteil vom 07.04.2011 - B 9 SB 3/10 R -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.08.2013 - L 13 SB 42/12 -).
- Zwar bringe die Zuerkennung eines **Pauschbetrages nach § 33b EStG** für ein bestimmtes Kalenderjahr dem behinderten Menschen wohl weitaus weniger finanzielle Vorteile als die Vermeidung eines - lebenslangen - Rentenabschlages. Um einen nennenswerten finanziellen Vorteil handele es sich indes gleichwohl. So werde kein Grund gesehen, warum derartige Vorteile kein besonderes Interesse i.S. des § 6 Abs. 1 S. 2 SchwbAwV begründen sollten. Entscheidend sei, dass diese Vorteile für den Antragsteller bei einer rückwirkenden Feststellung des GdB auch konkret in Betracht kommen, so müsse z.B. der entsprechende Steuerbescheid noch nicht bindend oder zumindest abänderbar sein (BSG, Urteil vom 16.02.2012 - B 9 SB 1/11 R -).
- Das besondere Interesse sei **glaubhaft** zu machen. Dies begründe grundsätzlich die Verpflichtung des Antragstellers, alle notwendigen Tatsachen darzulegen und alle erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Amtsermittlungspflicht schränke diese Verpflichtung zwar ein, setze aber auch erst an, wenn der Antragsteller seinen Darlegungspflichten, auf die er ausdrücklich hingewiesen werden müsse, nachgekommen sei und die Wahrscheinlichkeit für den glaubhaft zu machenden Umstand dargetan habe. Der Umfang der notwendigen Glaubhaftmachung richte sich nach dem konkret angestrebten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil und erfordere mithin eine auf den Einzelfall bezogene Wertung (BSG, Urteil vom 16.02.2012 - B 9 SB 1/11 R -).
- **Offenkundigkeit** der Sach- und Rechtslage (s.o.) könne nicht gefordert werden. Eine Rechtsnorm, die dies bestimme, existiere nicht; insbesondere enthalte § 6 SchbAwV keine entsprechende Einschränkung



(BSG, Urteil vom 07.04.2011 - B 9 SB 3/10 R -; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 19.02.2014 - L 7 SB 31/10 -).

- Das Interesse, Ansprüche wegen eines **Arbeitsunfall** zu verfolgen, reicht schon deshalb nicht aus, weil Berufsgenossenschaften nicht an die Entscheidung der Versorgungsverwaltung gebunden sind (BSG, Beschluss vom 11.10.2006 - B 9a SB 1/06 BH -).

### **b) Rechtslage vom 01.01.2013 bis zum 29.12.2016**

Mit Wirkung zum 01.01.2013 wurden die Regelungen in § 6 Abs. 1 Satz 2 und 3 SchwbAwV durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Schwerbehindertenausweisverordnung vom 07.06.2012 (BGBl. 2012, 1275) aufgehoben. Hintergrund dafür war, dass die für den Vollzug des Schwerbehindertenrechts zuständigen Länder die Möglichkeit erhalten sollten, den Schwerbehindertenausweis künftig als Plastikkarte im Bankkartenformat (ID - 1) auszugeben und dass schlichtweg auf der verkleinerten Plastikkarte nicht genügend Platz für die Eintragung des Datums einer rückwirkenden Wirkung war (vgl. Bundesrat-Drucksache 184/12 vom 30.03.2012). Weiter heißt es in der Begründung: *„Deswegen wird diese Eintragungsmöglichkeit nicht aufrecht erhalten. Die schwerbehinderten Menschen haben jedoch auch in Zukunft die Möglichkeit, in solchen Fällen den Nachweis durch den Feststellungsbescheid oder eine gesonderte Bescheinigung zu führen, so dass sie in ihrer Rechtsposition keine Einbuße erleiden.“* Indes führt diese Begründung nicht weiter; denn sie ändert nicht, dass die Grundlage für eine rückwirkende Feststellung (§ 6 Abs. 1 Satz 2 SchwbAwV) entfallen ist. Es muss allerdings bezweifelt werden, ob § 6 Abs. 1 Satz 2 SchwbAwV von jeher eine solche Grundlage war; denn die Bundesregierung war nicht ermächtigt, in der SchwbAwV zu bestimmen, ob überhaupt und unter welchen Voraussetzungen Feststellungen für die Vergangenheit zu treffen sind. Der damals geltende § 70 SGB IX (*„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die Gestaltung der Ausweise, ihre Gültigkeit und das Verwaltungsverfahren zu erlassen.“*) ermächtigte dazu jedenfalls nicht (vgl. Dau in jurisPR-SozR 13/2012 Anm. 5). Indes soll sich nicht nur aufgrund der o.a. Begründung in der Bundesrat-Drucksache 184/12 vom 30.03.2012, sondern auch und insbesondere aufgrund der vom BSG aus Sinn und Zweck des Feststellungsverfahrens nach § 69 Abs. 1 SGB IX (in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) gewonnenen Erkenntnisse ergeben, dass dessen Rechtsprechung zu rückwirkenden Feststellungen weiterhin Bestand hat (Dau in jurisPR-SozR 22/2012 Anm. 1, s. auch SG Aachen, Urteil vom 29.04.2014 - S 12 SB 412/13 -).

### **c) Rechtslage ab 30.12.2016**

Durch Artikel 2 Bundesteilhabegesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) wurde mit Wirkung zum 30.12.2016 in § 69 Abs. 1 SGB IX Satz 2 eingefügt *„Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird.“*.

§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB IX wurde mit Wirkung zum 01.01.2018 § 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, der numehr Anspruchsgrundlage für eine rückwirkende Feststellung ist. Eine Änderung der o.a. materiell-rechtlichen Anforderungen ist schon im Hinblick auf den Wortlaut der Regelungen (§ 6 Abs. 1 Satz 2 SchwbAwV bzw. § 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) nicht eingetreten.

Weitere Rechtsprechung:

Thüringer LSG, Beschluss vom 28.12.2017 - L 5 SB 336/17 B -: Ein Interesse an einer rückwirkenden Feststellung i.S.d. § 69 Abs. 1 Satz 2 SGB X (s.o.) besteht nicht, wenn geltend gemacht wird, dass bei Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft vor dem 27. Lebensjahr ein Anspruch auf Kindergeld bestehe. Der dafür erforderliche Nachweis einer Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres muss nämlich nicht durch einen Bescheid des Versorgungsamtes, sondern kann auch anderweitig geführt werden. Im Übrigen muss zusätzlich die Behinderung für die fehlende Fähigkeit des Kindes zum Selbstunterhalt ursächlich sein, was aber nicht durch das Versorgungsamt zu prüfen bzw. festzustellen ist.

Zur rückwirkenden GdB-Feststellung bei Malignom s. die entsprechende Anmerkung (S. 141) zu Teil B 1 VMG.

- **beantragter GdB / Mindest-GdB**

Der Antrag, einen GdB von mindestens X festzustellen, wird in der Rechtsprechung nicht einheitlich bewertet. Im Voraus anzumerken ist hier, dass die nachfolgend aufgezeigten Probleme „hausgemacht“ erscheinen und zumindest z.T. auch auf gerichtlichen Mängeln zu beruhen. Schließlich gibt § 106 Abs. 1 SGG vor, dass der Vorsitzende des Gerichts u.a. darauf hinzuwirken hat, dass unklare Anträge erläutert, sachdienliche Anträge gestellt, ungenügende Angaben tatsächlicher Art ergänzt sowie alle für die Feststellung und Beurteilung des Sachverhalts wesentlichen Erklärungen abgegeben werden. An dieser richterlichen Pflicht kann auch die Feststellung „daß im Schwerbehindertenverfahren um Festsetzung eines höheren GdB zumeist unbestimmte und nach oben offene Anträge gestellt werden, weil sich der (Gesamt-)GdB nicht errechnen läßt, sondern Ergebnis einer Bewertung unter Würdigung sämtlicher Einzelbehinderungen und ihrer wechselseitigen Beziehungen ist.“ (BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 7/94 -), nichts ändern.

Jedenfalls einhellig gesehen wird der Fall, dass mit der Klageschrift ausdrücklich nur die **Feststellung eines bestimmten GdB** begehrt wird. Hier erwächst der angefochtene Bescheid insoweit in Teilbestandskraft, als dass in dem weiteren Klageverfahren nicht mehr die Feststellung eines höheren GdB als des angegebenen GdB begehrt werden kann (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.09.2014 - L 13 SB 171/13 -).

Wird im gerichtlichen Verfahren in erster Instanz hingegen die **Feststellung eines GdB „höher als mit 30“** bzw. eines GdB „höher als 30“ beantragt und diesem Antrag durch Urteil mit der Feststellung eines GdB von 40 stattgegeben, so soll eine Erweiterung des Klagebegehrens im Berufungsverfahren vor dem LSG (z.B. auf einen GdB von 50) unzulässig sein (so Bayerisches LSG, Urteil vom 25.03.1999 - L 15 SB 47/97 -). **Ein Antrag auf Feststellung eines Mindest-GdB** soll nämlich dahingehend zu verstehen sein, dass dieser Mindest-GdB - und kein höherer GdB - angestrebt wird. Etwas anderes soll nur gelten, wenn sich aus dem Klagevorbringen ergibt, dass es dem Kläger tatsächlich darum geht, einen höheren GdB - und eben keinen Mindest-GdB - festzustellen zu lassen (so LSG NRW, Beschluss vom 20.11.2003 - L 10 SB 102/02 -).

Im Ansatz gleich geht auch das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.01.2016 - L 11 SB 254/15 -, davon aus, dass bei Auslegung einer Willenserklärung (hier des Antrags) der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften ist. Dies zugrunde gelegt sei bei einem auf Feststellung „eines höheren GdB als 20“ gerichteten Antrag bei lebensnaher Betrachtung zunächst davon auszugehen, dass die Feststellung eines GdB beantragt wird, der höher ist als 20. Da zudem Hinweise auf eine irgendwie geartete Obergrenze fehlten, könne die Formulierung vom reinen Wortverständnis her ferner nur so verstanden werden, dass damit ein **nach oben offener Antrag** gestellt worden sei.

Bei Auslegung des Vorbringens eines Klägers könne sich aber durchaus eine Beschränkung wie auch ein weitergehendes Klagebegehren ergeben. So könne z.B. tatsächlich ein GdB von 30 begehrt werden, wenn in der Klagebegründung auf eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 SGB IX abgestellt werde (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.05.2016 - L 11 SB 16/16 -). Bei einer ausdrücklichen, wiederholten und hergeleiteten Geltendmachung eines GdB von 50 in der Klageschrift, sei aber von einem auf einen GdB von 50 gerichteten Begehren auszugehen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.03.2017 - L 11 SB 285/16 -).

Das BSG, Urteil vom 14.06.2018 - B 9 SB 2/16 R - (Revisionsurteil zu LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.05.2016 a.a.O.) hat sich der Forderung

nach Willensaufklärung (u.E. zu Recht) weitgehend angeschlossen: Bei unklaren Anträgen müsse das Gericht mit den Beteiligten klären, was gewollt sei, und darauf hinwirken, dass sachdienliche und klare Anträge gestellt werden. Bleibe der Erklärungsinhalt des Antrags trotzdem mehrdeutig, sei das Gewollte, also das mit der Klage verfolgte Prozessziel, im Wege der Auslegung festzustellen. Es sei der in entsprechender Anwendung des § 133 BGB der wirkliche Wille zu erforschen. Dabei seien nicht nur der Wortlaut, sondern auch die sonstigen Umstände des Falles, die für das Gericht und die anderen Beteiligten erkennbar seien, zu berücksichtigen. Dem entsprechend sei die rechtliche Würdigung des Klageantrags durch das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.05.2016 a.a.O. nicht zu beanstanden.

Probleme könnten aber die nicht unbedingt eindeutigen Ausführungen des BSG eröffnen „Bleibt indes der Erklärungsinhalt des Antrags trotzdem mehrdeutig, dann ist nach den dargelegten Grundsätzen ebenfalls meistbegünstigend auszulegen“ und weiter „Im Zweifel ist davon auszugehen, dass unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt wird, was dem Kläger aufgrund des Sachverhalts rechtlich zusteht“. Ob dies der Fall sein wird, ist abzuwarten; die vom BSG in seiner Entscheidung dazu zitierten Fundstellen führen jedenfalls nicht weiter.

- **Mitwirkung**

Die Versorgungsverwaltung kann die Feststellung des GdB oder auch des Vorliegens von gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (s. Teil D VMG) ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen, wenn der Antragsteller seinen Mitwirkungspflichten (s. hierzu §§ 60 ff. SGB I - *auf der CD zu diesem Buch*) nicht nachkommt und hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert. Die Feststellung oder Änderung eines GdB ist zwar keine Sozialleistung; die Vorschriften über die Mitwirkung des Leistungsberechtigten bei der Beantragung von Sozialleistungen sind aber entsprechend anwendbar (BSG, Urteil vom 16.12.2014 - B 9 SB 3/13 R -). Dies gilt solange, bis die Mitwirkung nachgeholt wird (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20.06.2013 - L 6 SB 1692/12 -). Dementsprechend verstößt auch das Gericht nicht gegen seine Pflicht aus § 103 SGG zur Sachaufklärung von Amts wegen, wenn es keine weiteren Ermittlungen anstellt, weil ein Kläger nach Belehrung über seine Mitwirkungspflicht sowohl die Entbindung seiner behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht als auch eine Begutachtung ablehnt. Das Gericht kann dann auf der Grundlage des bisherigen Ermittlungsergebnisses entscheiden; dabei trägt der Kläger die Beweislast für die Nichterweislichkeit (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.03.2017 - L 10 SB 393/16 -). Zu beachten ist, dass der in § 66 Abs. 3 SGB I vorgese-

hene schriftliche Hinweis zwingende formelle Voraussetzung für die Ver-sagung oder Entziehung einer Sozialleistung wegen fehlender Mitwirkung im Verwaltungsverfahren ist. Dieser Hinweis muss die notwendige Bestimmtheit aufweisen, damit der zur Mitwirkung Aufgeforderte eindeutig erkennen kann, was ihm bei Unterlassung der Mitwirkung droht; der Hinweis muss unmissverständlich und konkret die Entscheidung bezeichnen, die im Einzelfall beabsichtigt ist, wenn der Betroffene dem Mitwirkungsverlangen innerhalb der gesetzten Frist nicht nachkommt (s. im Einzelnen BSG, Urteil vom 12.10.2018 - B 9 SB 1/17 R -).

- **Begründungsmängel**

Hinsichtlich der der Bezeichnung von Behinderungen wird auf die Anmerkung zu Teil A 2 a) VMG verwiesen. Ansonsten gilt: Das Problem liegt auf der Hand.

In den **internen ärztlichen Stellungnahmen** der Verwaltung sind, in der Regel auf einem Formblatt, nur die Behinderungen, die zugehörigen Einzel-GdB und der Gesamt-GdB aufgeführt. In den Bescheiden sind entsprechend nur noch die Behinderungen und der Gesamt-GdB aufgeführt. Für den Antragsteller ist damit nicht ersichtlich, wie es zur Bildung des Gesamt-GdB gekommen ist. Auch wenn die interne ärztliche Stellungnahme eingesehen wird, bleibt meist unklar, wie die Behörde zu ihrer Entscheidung, z.B. hinsichtlich des Gesamt-GdB, gelangt ist. Allenfalls kann hier aus der Höhe der Einzel-GdB auf die Einschätzung der Gesundheitsstörung durch den ärztlichen Berater geschlossen werden. Lautet die Behinderung aber z.B. „Wirbelsäulenveränderungen“ und wird ein GdB von 30 zugrunde gelegt, so bleibt unklar, ob der ärztliche Berater von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten oder von schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt ausgegangen ist. Beides wird nämlich nach Teil B 18.9 VMG mit einem GdB von 30 bewertet. Werden vom ärztlichen Berater Einzel-GdB mit 30, 20, 20 und der Gesamt-GdB mit 40 angegeben, so bleibt ebenso unklar, welcher der Zwanzigerwerte nun erhöhend berücksichtigt und warum ein Gesamt-GdB von 40 und nicht von 50 gebildet wurde.

Derartige ärztliche Stellungnahmen und darauf beruhende Verwaltungsakte als den Anforderungen des § 35 SGB X, der eine Begründung des Verwaltungsaktes fordert, genügend zu bewerten, gelingt in der Praxis nur aus sog. Praktikabilitätsgründen. Auch der SVB hat sich bei seinen Überlegungen mit der grundsätzlichen Frage beschäftigt, ob bei Begutachtungen der Gesamt-GdB begründet werden müsse. Die Fragestellung war insoweit zwar dahin eingeschränkt, ob eine Begründung bei Begutachtungen aufgrund Erstanträgen nach dem Schwerbehindertenrecht nach Aktenlage zu erfolgen habe; das Grundproblem ist aber - da insoweit kein Ansatz

für eine Differenzierung erkennbar ist - bei allen Begutachtungen als relevant anzusehen. Durchaus erkannt wurde, dass in der Mehrzahl der Fälle keine Begründung für den Gesamt-GdB gegeben wird. Ursächlich dafür sei die große Zahl von erforderlichen Stellungnahmen und die unzureichende Kapazität der versorgungsärztlichen Dienste. Dennoch müssten Stellungnahmen nachvollziehbar abgefasst werden; es sei deshalb auch anzustreben, den Gesamt-GdB zu begründen (Beirat vom 15./16.04.1996: „Begründung des Gesamt-GdB durch den Gutachter“).

Das hier angesprochene Problem der Begründung des Gesamt-GdB ist nicht verwaltungseigen; es ist durchgängig auch bei den im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten anzutreffen. Allerdings besteht hier der wesentliche Unterschied, dass eine gesetzliche Grundlage dafür, dass die Verwaltung ihre Bildung des Gesamt-GdB begründet, nicht existiert bzw. die o.a. Regelungen des § 35 SGB X gegenüber der Verwaltung als sog. Massenverwaltung „großzügig“ gehandhabt werden. Sie kann deshalb - nahezu - unbeschadet davon absehen, ihre Entscheidung zum Gesamt-GdB zu begründen. Die Sozialgerichte unterliegen in diesem Punkt jedoch einer ständigen Schlüssigkeits- und Begründungskontrolle und müssen die von ihnen herangezogenen Sachverständigen u.a. deshalb anhalten, ihre Gesamtbeurteilung eingehend zu begründen.

Die Forderung des SVBs, eine Begründung des Gesamt-GdB sei anzustreben, ist zwar mehr als sachgerecht, aber - angesichts der selber erkannten äußeren Umstände und in Ermangelung von gesetzlichen Konsequenzen bei Nichtbefolgung - offensichtlich unrealistisch. Folge sind allein überflüssige sozialgerichtliche Rechtsstreitigkeiten und die damit verbundene Kostenbelastung der Allgemeinheit (Steuerzahler), die ihre Ursache nur darin haben, dass die Verwaltung dem betroffenen Bürger ihre Entscheidung nicht nachvollziehbar dargelegt hat.

Es bleibt dennoch dabei: Als Mindeststandard muss verlangt werden, dass der ärztliche Berater zumindest stichpunktartig darlegt, wie er zur Bildung von Einzel- und Gesamt-GdB gelangt ist.

Beispiel:

- 1.) „Nierenfunktionseinschränkung“ / Serumkreatininwerte andauernd zwischen 2 und 4 mg/dl erhöht / gemäß Teil B 12.1.3 VMG = GdB 40
- 2.) „Lendenwirbelsäulensyndrom“ / geringe funktionelle Auswirkungen / gemäß Teil B 18.9 VMG = GdB 10

Gesamt GdB = 40

10`er Wert bleibt unberücksichtigt, da kein Ausnahmefall nach Teil A 3 d) ee) VMG .

Entsprechend ist im Bescheid zu verfahren.

Im sozialgerichtlichen Verfahren kann und sollte bei einer unzureichenden

Begründung der Verwaltungsentscheidung bzw. des Gesamt-GdB - ebenso wie bei ansonsten unzureichenden Ermittlungen diesem Umstand zumindest durch eine entsprechende Kostenentscheidung Rechnung getragen werden (LSG NRW, Beschluss vom 21.09.1998 - L 10 B 6/98 SB -).

- **einstweiliger Rechtsschutz**

Eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes setzt u.a. eine besondere Dringlichkeit voraus. Wird ein GdB von 50 begehrt und eine Eilbedürftigkeit mit dem besonderen Schutz schwerbehinderter Menschen im Arbeitsrecht sowie der Sorge um den Arbeitsplatz begründet, so reicht dies zur Begründung einer Eilbedürftigkeit nicht, wenn die Möglichkeit besteht, einen Antrag auf Gleichstellung Behinderter mit schwerbehinderten Menschen zu stellen (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 20.04.2011 - L 13 SB 69/11 B ER -).

Die vorläufige Feststellung von Merkzeichen ist im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nicht bereits grundsätzlich ausgeschlossen. Indes kann ein Anordnungsgrund aber nur in eng begrenzten Ausnahmefällen angenommen werden. Es müssen schwere und unzumutbare Nachteile dargelegt werden, damit dem Begehren entsprochen werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 06.02.2020 - L 13 SB 18/20 B ER -).

- **Prozesskostenhilfe**

Ein Prozesskostenhilfe begehrender Kläger ist grundsätzlich auf seinen Anspruch auf einen Prozesskostenvorschuss gegen den Ehepartner zu verweisen. Dies gilt - jedenfalls nach Auffassung des LSG Berlin-Brandenburg - allerdings nicht in Klageverfahren, die auf Feststellung des GdB gerichtet sind. Die Geltendmachung des höchstpersönlichen Rechts auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann nicht von der Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen gegen den Ehepartner abhängig gemacht werden. Es ist die erforderliche Hilfe von der staatlichen Gemeinschaft zu gewähren (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 23.03.2015 - L 13 SB 259/14 B PKH -).

- **Verfahrensrecht**

Im Schwerbehindertenrecht darf die Widerspruchsbehörde nicht über ein erstmals im Vorverfahren geltend gemachtes rechtlich selbstständiges Begehren (hier Nachteilsausgleich „G“) entscheiden, weil sie funktional und sachlich nicht zuständig ist, an Stelle der Ausgangsbehörde tätig zu werden. In diesem Umfang ist ein angefochtener Widerspruchsbescheid als Verwaltungsakt rechtswidrig (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.09.2016 - L 6 SB 5073/15 -).

## **Teil A: 4. Hilflosigkeit**

- a) Für die Gewährung einer Pflegezulage im sozialen Entschädigungsrecht ist Grundvoraussetzung, dass Beschädigte (infolge der Schädigung) „hilflos“ sind.
- b) Hilflos sind diejenigen, die infolge von Gesundheitsstörungen - nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und dem Einkommensteuergesetz „nicht nur vorübergehend“ - für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.
- c) Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen. Hilflosigkeit liegt im oben genannten Sinne auch dann vor, wenn ein psychisch oder geistig behinderter Mensch zwar bei zahlreichen Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe nicht unmittelbar bedarf, er diese Verrichtungen aber infolge einer Antriebsschwäche ohne ständige Überwachung nicht vornähme. Die ständige Bereitschaft ist z. B. anzunehmen, wenn Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist.
- d) Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht (z. B. Hilfe beim Anziehen einzelner Bekleidungsstücke, notwendige Begleitung bei Reisen und Spaziergängen, Hilfe im Straßenverkehr, einfache Wund- oder Heilbehandlung, Hilfe bei Heimdialyse ohne Notwendigkeit weiterer Hilfeleistung). Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen (z. B. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung) müssen außer Betracht bleiben.
- e) Bei einer Reihe schwerer Behinderungen, die aufgrund ihrer Art und besonderen Auswirkungen regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem



Umfang erfordern, kann im Allgemeinen ohne nähere Prüfung angenommen werden, dass die Voraussetzungen für das Vorliegen von Hilflosigkeit erfüllt sind. Dies gilt stets

- aa) bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung,
- bb) Querschnittslähmung und anderen Behinderungen, die auf Dauer und ständig - auch innerhalb des Wohnraums - die Benutzung eines Rollstuhls erfordern,
- f) in der Regel auch
  - aa) bei Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderungen allein einen GdS von 100 bedingen,
  - bb) Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen, ausgenommen Unterschenkel- oder Fußamputation beiderseits. (Als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mindestens der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).
- g) Führt eine Behinderung zu dauerndem Krankenlager, so sind stets auch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der behinderte Mensch das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
- h) Stirbt ein behinderter Mensch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist die Frage der Hilflosigkeit analog Nummer 2 Buchstabe g zu beurteilen.

*I. Allgemein, II. Hilflosigkeit/Pflegebedürftigkeit (s. S. 62), III. Anspruchsvoraussetzungen der Hilflosigkeit (s. S. 63), Anlage (Gesetzeslage) (s. S. 69)*

### **I. Allgemein**

Die Definition der Hilflosigkeit musste in den AHP mit der Schaffung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung) 1995 angepasst werden, um die Begriffe „Hilflosigkeit“ i.S.d. AHP (später VMG) und „Pflegebedürftigkeit“ i.S.d. SGB XI gegeneinander abzugrenzen. Mit der Änderung des Wortlauts ging allerdings keine inhaltliche Änderung einher (BT-Drs. 12/5262, S. 172). Die Rechtsprechung zum bisherigen Hilflosigkeitsbegriff behielt und behält daher weiterhin Gültigkeit (s. auch BSG, Urteil vom 02.07.1997 - 9 RV 19/95 - und BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RV 8/96 -: aus der am 01.04.1995 in Kraft getretenen Neufassung des § 35 Abs. 1 BVG ergeben sich für den Begriff der Hilflosigkeit keine unterschiedlichen Maßstäbe). Auch durch die zum 01.01.2017 erfolgte Einführung des neuen Pflegebegriffs in §§ 14, 15 SGB XI (Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften - Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II - vom 21.12.2015, BGBl. 2015, S. 2424 ff.) ergeben sich keine Änderungen in Bezug auf die Hilflosigkeit i.S.d. AHP / VMG (SG Aachen, Urteil vom 23.04.2019 - S 12 SB 656/17 -).

## **II. Hilflosigkeit/Pflegebedürftigkeit**

„Hilflosigkeit“ ist nicht der „Pflegerbedürftigkeit“ gleichzustellen. Der Begriff Pflegebedürftigkeit wird im SGB XI verwendet (s. hierzu (S. 69) die Anlage zur Anmerkung zu Teil A 4 - Hilflosigkeit). Er trifft auf eine größere Anzahl der Fälle zu, denn Leistungen nach dem SGB XI werden oft schon dann gewährt, wenn Hilflosigkeit (bei weitem) noch nicht vorliegt:

**1. Pflegebedürftigkeit** konnte nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 08.06.2009 z.B. schon gegeben sein, wenn der Umfang der Hilfe täglich **45 Minuten** überschritt. Dagegen kann **Hilflosigkeit** erst angenommen werden, wenn der erforderliche Hilfebedarf i.S.d. Nr. 21 Abs. 4 AHP / Teil A 4 VMG „**erheblich**“ ist und **mindestens eine Stunde überschreitet** (s. dazu unten (S. 66) unter „Zeitlicher Umfang der notwendigen Hilfe“). Allerdings konnte zumindest bei sachgerechter Feststellung von Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegerstufe III) i.S.d. bis zum 31.12.2016 geltenden § 15 SGB XI (a.F.) auch regelhaft auf das Vorliegen von Hilflosigkeit geschlossen werden (Beirat vom 15. bis 16. April 1997: „Merkzeichen „H“ - Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI“ und Beirat vom 08. bis 09. November 2005: „Merkzeichen H und Pflegeaufwand“).

**2. Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit** unterschieden sich aber nicht nur hinsichtlich der zeitlichen Anforderungen sondern auch hinsichtlich der **Anspruchsvoraussetzungen**. So gehörten z.B. Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation nicht zum im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigenden Bedarf (anders aber wohl ab 01.01.2017 s. § 14 Abs. 2 SGB XI i.d. ab 01.01.2017 geltenden Fassung (s. S. 71). Auch Gehen und Stehen, der Besuch kultureller Veranstaltungen und das Verlassen der Wohnung wurden nach den BRi a.a.O. zum Teil anders beurteilt als im Bereich der Hilflosigkeit. Hauswirtschaftliche Verrichtungen spielen dagegen bei der Hilflosigkeit keine Rolle (s. S. 64 „Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen“).

In Einzelfällen konnte es wegen der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen sogar dazu kommen, dass zwar Hilflosigkeit vorlag, Leistungen der Pflegeversicherung aber nicht einmal nach Stufe I a.F. zu gewähren waren.

**3. In jedem Falle** galt, dass - ausgenommen vom Vorliegen der Pflegerstufe III a.F. - aus der Gewährung von Pflegezulage nicht auf Hilflosigkeit und dass auch aus der Feststellung von Hilflosigkeit nicht automatisch auf das Vorliegen der Pflegerstufe I a.F. geschlossen werden konnte (s. dazu auch Beirat vom 18. bis 19. März 1993: „Feststellung von Hilflosigkeit aufgrund von Rückschlüssen aus § 177 SGB VI“ (a.F.), Beirat vom 15. bis 16. April

1997: „Merkzeichen „H“ - Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI“ und Beirat vom 03. bis 04. November 1999: „Gutachtliche Beurteilung Merkzeichens „H“ - Umfang und Dauer der notwendigen Hilfen“). Bei der Pflegestufe II a.F. musste - so der Sachverständigenbeirat -, bevor Hilflosigkeit angenommen werden könne, vom versorgungsärztlichen Dienst geprüft werden, ob das Pflegegutachten bei Nachweis von mehr als 120 Minuten Grundpflege dem notwendigen gutachtlichen Qualitätsstandard entspricht (Beirat vom 08. bis 09. November 2005: „Merkzeichen H und Pflegeaufwand“).

4. In Folge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes vom 21.12.2015 hat die Pflegeversicherung mit Wirkung zum 01.01.2017 einen erheblichen Wandel erfahren. Wegen der vielfältigen Veränderungen beim Pflegebedürftigkeitsbegriff und beim neuen Begutachtungsinstrument sind die neuen Pflegegrade bereits mit den bis zum 31.12.2016 geltenden Pflegestufen nur sehr eingeschränkt vergleichbar (BT-Drs. 18/5926, S. 113; s.a. (S. 69) Anlage zur Anmerkung zu Teil A 4 - Hilflosigkeit). Eine Vergleichbarkeit zur „Hilflosigkeit“ i.S.d. AHP / VMG ist nicht zu erkennen, so dass auch weiterhin die Regel gilt, dass aus der Gewährung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht auf Hilflosigkeit und dass auch aus der Feststellung von Hilflosigkeit nicht automatisch auf das Vorliegen eines Pflegegrades (Pflegestufe a.F.) geschlossen werden kann. Allerdings soll ab Pflegegrad 4 davon ausgegangen werden können, dass generell eine Hilfebedürftigkeit besteht (so SG Aachen, Urteil vom 23.04.2019 - S 12 SB 656/17 - unter Berufung auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.10.2018 - L 6 SB 2329/18 -).

Im Übrigen scheint der im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beachtende Katalog von möglichen Beeinträchtigungen in § 14 Abs. 2 SGB XI in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung (s. S. 69) durchaus geeignet, einzelne dort aufgeführte Verrichtungen nach Maßgabe hier nachfolgend angesprochener Anspruchsvoraussetzungen auch bei der Prüfung auf Hilflosigkeit heranzuziehen.

### **III. Anspruchsvoraussetzungen der Hilflosigkeit**

#### **1. nicht nur vorübergehend**

Die Hilflosigkeit muss auf einer Behinderung beruhen. Eine Behinderung wiederum setzt einen regelwidrigen Zustand mit einer - nicht nur vorübergehenden - Funktionsbeeinträchtigung voraus und liegt erst vor, wenn eine entsprechende Beeinträchtigung für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten (voraussichtlich) vorliegt (so auch Beirat vom 30.10.1985: „Zum Begriff „nicht nur vorübergehend“). Eine Hilflosigkeit über eine **Dauer von sechs Monaten** ist auch nach § 33 b Abs. 3 Einkommensteuergesetz erforderlich; denn dort wird eine ständige Hilflosigkeit gefordert.

Demgegenüber genügt bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht eine Zeit der Hilflosigkeit von einem Monat für die Gewährung einer Pflegezulage nach § 35 BVG (Rundschreiben des BMA vom 27.04.1971 - V 2 - 5231 - 474/71 - <BVBl. 1971, S. 52, Nr. 46> - Beirat vom 30.10.1985: „Zum Begriff „nicht nur vorübergehend“).

## ***2. Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages***

a) Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind allein die Tätigkeiten, die für die **persönliche Existenz des behinderten Menschen** und die **Pflege seiner Person** notwendig sind und ohne die er nicht bestehen kann.

Unter diese Verrichtungen fallen im Wesentlichen: An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme (Essen und Trinken), Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren), Verrichten der Notdurft (Stuhlgang, Wasserlassen), Mobilität (Aufstehen, Zubettgehen, Bewegung in der Wohnung und außerhalb) sowie geistige Anregungen und Kommunikation (Sehen, Hören, Sprechen, Fähigkeit zur Interaktion) - (BSG, Urteil vom 02.07.1997 - 9 RV 19/95 -; BSG, Urteil vom 02.07.1997 - 9 RVs 9/96 -; BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RV 8/96 -).

Hauswirtschaftliche Verrichtungen wie Instandhaltung und Reinigung der Wohnung, Einkaufen von Lebensmitteln, Nahrungszubereitung, Wäschen waschen sind hingegen weder im Rahmen des Schwerbehindertenrechts noch im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts zu berücksichtigen (BSG a.a.O.). Etwas anderes gilt auch nicht, wenn die Behinderung an sich einen besonderen hauswirtschaftlichen Bedarf erfordert, weil z.B. behinderungsbedingt Kleidungsstücke besonders häufig gewaschen werden müssen; denn es kommt allein auf das tatsächliche Ausmaß der zu berücksichtigenden Hilfeleistung und nicht auf den Grund derselben an. Verrichtungen, die mit der Wartung und Pflege des Behinderten zusammenhängen, wie z.B. Verbinden und die Verabreichung von notwendigen Arzneimitteln, gehören dagegen zu den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, wenn sie täglich erforderlich sind (BSG, Urteil vom 24.04.1963 - 11 RV 800/62 -).

b) Hilflosigkeit kann auch dann bestehen, wenn **ständige Bereitschaft** einer Pflegeperson erforderlich ist, um jederzeit eingreifen zu können. Dabei ist nicht nötig, dass die fremde Hilfe tatsächlich auch fortwährend geleistet wird. Denn die Notwendigkeit einer dauernden Bereitschaft zur Hilfeleistung kann der aktiven Hilfe gleichstehen und somit Hilflosigkeit begründen. Voraussetzung ist aber, dass die Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist (LSG NRW, Urteil vom 25.01.2001 - L 7 SB 47/99 -). Aber auch wenn fremde Hilfe jederzeit bereit stehen muss,

um eine **Lebensgefahr** zu bannen, bedeutet dies nicht regelhaft, dass Hilflosigkeit besteht. Zu beachten ist nämlich, dass Hilfe bei mehreren - nämlich drei (s.u.) regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen erforderlich sein muss (s. dazu unten „Zeitlicher Umfang der notwendigen Hilfe“).

Eine sog. reine nächtliche Bereitschaftszeit ist demgegenüber nicht als Pflegezeit zu berücksichtigen (LSG NRW, Urteil vom 28.02.2001 - L 10 V 19/00 -). Es können aber u.U. Bereitschaftszeiten z.B. im Bezug auf einen nächtlichen Toilettengang sowie wegen Asthmaanfällen und Stürzen, die im Durchschnitt ein- bis zweimal wöchentlich auftreten, angerechnet werden, wenn sie zeitlich und örtlich denselben Einsatz erfordern wie körperliche Hilfe. Dies setzt jedoch voraus, dass eine entsprechende einsatzbereite Anwesenheit und Aufmerksamkeit aus gesundheitlichen Gründen notwendig ist (BSG, Urteil vom 12.02.2003 - B 9 SB 1/02 R -).

Grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig ist eine Begleitung zu Arztterminen. In Anlehnung zu den in der Pflegeversicherung (seinerzeit) geltenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (BRi) ist die Begleitung zu Arztbesuchen oder Therapien nur dann berücksichtigungsfähig, wenn diese Termine regelmäßig mindestens einmal pro Woche stattfinden (Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 10.11.2015 - L 2 SB 16/12 -).

**c)** Im Einzelfall kann auch geistige Anregung und Erholung zu den Maßnahmen gehören, die im Ablauf des täglichen Lebens notwendig sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Behinderung ein solches Ausmaß erreicht hat, dass die geistig-seelische Existenz im Kern betroffen wird und dadurch ohne fremde Hilfe ein Mindestmaß an persönlicher, kontaktschaffender Zuwendung nicht mehr zu realisieren ist und soziale Isolierung droht (LSG NRW, Urteil vom 18.12.1986 - L 7 V 152/86 -). Hilfen bei der Erfüllung der geistig-seelischen Grundbedürfnisse der behinderten Menschen gehören nämlich zu den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 -).

Bei Blinden kann dies Vorlesen sein, bei anderen behinderten Menschen z.B. die Unterstützung beim Besuch von öffentlichen Veranstaltungen oder etwa die Hilfe zur sozialen Kontaktaufnahme (Rohr/Strässer zu Nr. 21 Anm. 3.1).

**d)** Bei psychisch und geistig behinderten Menschen sind auch Anleitungen, die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auszuführen, anrechnungsfähig. Gleiches gilt für psychisch behinderte Menschen mit einer entsprechenden Antriebsschwäche (Rohr/Strässer a.a.O.).

### **3. Zeitlicher Umfang der notwendigen Hilfe**

Streitig war - und ist es zum Teil noch - die Frage, welcher zeitliche Mindestaufwand an Hilfeleistungen erbracht werden muss, damit die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „H“ gerechtfertigt ist.

Der SVB hat die Auffassung vertreten, dass der Umfang der erforderlichen Hilfen bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages wenigstens zwei Stunden täglich betragen müsse (Beirat vom 15./16.04.1997: „Merkzeichen „H“ - Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI“, Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen - Mindestvoraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit“, Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung Merkzeichens „H“ - Umfang und Dauer der notwendigen Hilfen“).

Das BSG hat sich zunächst dahingehend festgelegt, dass jedenfalls nicht hilflos ist, wer täglich nur in dem relativ geringen Umfang von einer Stunde auf fremde Hilfe angewiesen ist (BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 - in Breithaupt 1991, 546 -, BSG, Urteil vom 08.03.1995 - 9 RVs 5/94 -). 1997 hat das BSG dann den Begriff einer „zeitlichen Mindestgrenze von einer Stunde täglich“ verwandt, (BSG, Urteil vom 02.07.1997 - 9 RVs 9/96 - ; BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RV 8/96 -), der teilweise dahingehend verstanden wurde, dass Hilfeleistungen mit einem Zeitaufwand von über einer Stunde die Feststellung des Nachteilsausgleichs „H“ rechtfertigen.

Dem ist u.a. der SVB insoweit entgegengetreten, dass die Aussagen des BSG auf einem Missverständnis beruhten und dass aus einer offensichtlich fehlerhaften Zitierung der früheren Rechtsprechung durch das BSG keine anderen Rechtsfolgen abgeleitet werden könnten (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen - Mindestvoraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit“).

Im Dezember 2002 hat das BSG dann ausgeführt, dass Voraussetzung für die Feststellung von Hilflosigkeit

- ein täglicher Zeitaufwand an Hilfeleistungen von mindestens zwei Stunden
- bei mindestens drei Verrichtungen sei.

Es sei aber nicht nur allein auf den täglichen Betreuungsaufwand abzustellen, sondern auch auf den - insbesondere wirtschaftlichen - Wert der Hilfeleistung. Sei dieser Wert, der durch die Zahl und die zeitliche Verteilung der Verrichtungen bestimmt werde, besonders hoch - eine Hilfsperson kann regelmäßig nur für zusammenhängende Zeitabschnitte, nicht jedoch für einzelne Handreichungen herangezogen beziehungsweise beschäftigt werden -, so könne Hilflosigkeit auch bei einem Zeitaufwand an Pflege ab

einer Stunde angenommen werden. Zur Ermittlung der Voraussetzungen dieses - auslegungsfähigen - Begriffs „Wert der Hilfeleistung“ wurde der Rechtsstreit an das Schleswig-Holsteinische LSG zurückverwiesen (BSG, Urteil vom 10.12.2002 - B 9 V 3/01 R -). Mit drei weiteren Urteilen hat das BSG die Voraussetzungen für die Anerkennung von Hilflosigkeit - täglicher Zeitaufwand an Hilfeleistungen bei mindestens drei Verrichtungen von mindestens zwei Stunden - nochmals festgeschrieben. Weiterhin ist den Entscheidungen indes - zumindest mit letzter Sicherheit - nicht zu entnehmen, wie der besondere wirtschaftliche Wert der Hilfeleistung konkret festzulegen ist, der die Annahme von Hilflosigkeit - ausnahmsweise - auch dann rechtfertigen kann, wenn die Hilfeleistungen nur ein bis zwei Stunden Zeitaufwand erfordern (s. BSG, Urteile vom 12.02.2003 - B 9 V 13/01 R -, - B 9 SB 1/02 R - und - B 9 SB 4/01 R -). Der SVB ist dieser Rechtsprechung zumindest insoweit beigetreten, als auch er - wie schon zuvor - einen Pflegeaufwand von mindestens 120 Minuten pro Tag für erforderlich erachtet. Zum besonderen wirtschaftlichen Wert der Hilfeleistung hat er keine Stellung bezogen (Beirat vom 08./09.11.2005: „Merkzeichen H und Pflegeaufwand“).

Zusammenfassend ist damit festzuhalten (s. z.B. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.04.2014 - L 11 SB 67/11 -):

- Hilflosigkeit ist bei einer täglichen Pflege von zwei Stunden und mehr immer gegeben.
- Liegt die Pflegezeit unter 1 Stunde, kommt Hilflosigkeit nicht in Betracht.
- Liegt die Pflegezeit zwischen einer und zwei Stunden, kann Hilflosigkeit in Betracht kommen, wenn der wirtschaftliche Wert der Hilfeleistung hoch ist.

#### **4. Frage des Tatbestandes**

Hilflosigkeit ist eine Frage des Tatbestandes. Diese Frage ist nicht allein nach dem medizinischen Befund bzw. aufgrund ärztlicher Schlussfolgerungen zu beurteilen. Zu entscheiden ist - wenn nicht Regelfälle nach Teil A 4 e) und f) VMG - vielmehr auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände des einzelnen Falles (siehe hierzu BSG, Urteil vom 11.6.1959 - 11/10 RV 126/57 -). Für Behörden und Gerichte bedeutet dies, dass das Ausmaß der tatsächlich erforderlichen Hilfeleistung nicht nur durch medizinische Gutachten abgeklärt werden kann, sondern dass z.B. auch **Vernehmungen von Pflegepersonen als Zeugen** und/oder eine Inaugenscheinnahme als Beweismittel in Betracht kommen (s. dazu auch BSG, Beschluss vom 07.04.2011 - B 9 SB 47/10 B - zum Nachteilsaufgleich „RF“).

## 5. Regelbeispiele

Bei den unter Teil A 4 e) aa) und bb) VMG genannten Sehbehinderten und Rollstuhlbenutzern ist ohne Prüfung des Einzelfalls Hilflosigkeit anzuerkennen, selbst wenn sie berufstätig sind und in einer Wohnung alleine leben.

Eine **hochgradige Sehbehinderung** i.S.d. Teils A 4 e) aa) VMG liegt nur vor, wenn eine entsprechende funktionale Einschränkung besteht. So rechtfertigt z.B. ein Retinoblastom, das zum Verlust eines Auges und zu einer Tumorbehandlung des anderen Auges geführt hat, einen GdB von 80 für fünf Jahre in Heilungsbewährung, auch wenn der rein funktionale GdB deutlich geringer ist. Damit liegt aber keine hochgradige Sehbehinderung (GdB 80) vor, die die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „H“ rechtfertigt, weil insoweit auf die rein funktionale, unabhängig von der Frage der sog. Heilungsbewährung bestehende Sehbehinderung abzustellen ist. Ein Anspruch auf „H“ ergibt sich aber bei Kindern und Jugendlichen aus Nr. 22 Abs. 4 n AHP 2008 (bzw. Teil A 5 d) mm) VMG), nach denen bei malignen Erkrankungen (z.B. akute Leukämie) Hilflosigkeit für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie anzunehmen ist. Mit Abschluss der Therapie entfallen somit aber auch die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „H“ (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 22.12.2011 - L 7 SB 60/10 -).

Behinderte, die einen **Rollstuhl** allerdings nur zeitweise zu ihrer Entlastung benutzen, wie etwa bei längeren Wegen außerhalb der Wohnung, sind nach der Beurteilung des SVBs nicht ohne weiteres als hilflos anzusehen. Anders sei dies jedoch bei Behinderten, die sich ständig und auch innerhalb des Wohnraums, abgesehen vielleicht von wenigen mühsamen Schritten, nur mit Hilfe eines Rollstuhls fortbewegen können und somit praktisch gehunfähig seien. In diesen Fällen sei davon auszugehen, dass eine Behinderung vorliege, die auch Hilflosigkeit bedinge (Beirat vom 22.10.1986: „Hilflosigkeit bei Benutzung eines Rollstuhles“).

Dies sieht das LSG Niedersachsen-Bremen etwas differenzierter: Es sei nicht zwingende Voraussetzung, dass tatsächlich ein Rollstuhl in der Wohnung genutzt werde; auch komme es nicht darauf an, dass das Gehvermögen des Betroffenen nicht wie bei einem Querschnittsgelähmten vollständig aufgehoben sei. Entscheidend sei vielmehr, ob der Betroffene nicht mehr stehen und gehen könne und damit nicht mehr in der Lage sei, sich mit Gehhilfen oder Ähnlichen innerhalb der Wohnung von einem Ort zum anderen Ort zu bewegen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.06.2007 - L 13 SB 87/03 -).

Bei den ansonsten aufgeführten Personenkreisen kann allerdings im Einzelfall auch kein Anspruch auf Zuerkennung von Hilflosigkeit bestehen, wenn z.B. die Behinderung durch besondere körperliche Fähigkeiten den gewöhnlich zu erwartenden Hilfebedarf **ausnahmsweise** nicht erfordert.



## **Anlage zur Anmerkung zu Teil A 4 - Hilflosigkeit**

Die Gesetzeslage in der Pflegeversicherung bis zum 31.12.2016 ergab sich aus den §§ 14, 15 SGB XI:

### **§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.*
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:*
  - 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,*
  - 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,*
  - 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.*
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.*
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:*
  - 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,*
  - 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,*
  - 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,*
  - 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.*

### **§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit**

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:*
  - 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*
  - 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*
  - 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die*

*Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.*

- (2) *Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.*
- (3) *Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt*
  1. *in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,*
  2. *in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,*
  3. *in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.*

*Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.*

In Folge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424) erfuhr die Pflegeversicherung mit Wirkung zum 01.01.2017 einen erheblichen Wandel. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt die Orientierung nicht mehr ausschließlich an den Alltagsverrichtungen des täglichen Lebens. Die bisher in § 14 Abs. 4 SGB XI enthaltene Auflistung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen ist entfallen. Auch sind weder die erforderliche Pflegezeit noch die Häufigkeit bzw. der Rhythmus von Hilfeleistungen (s. (S. 69) dazu § 15 SGB XI) weiter maßgebend. Entscheidend soll nun vielmehr allein sein die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die für die eigenständige Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens notwendig sind. Zudem gibt es mehr Abstufungen der Pflegebedürftigkeit als bisher. Die neuen Pflegegrade sind wegen der vielfältigen Veränderungen beim Pflegebedürftigkeitsbegriff und beim neuen Begutachtungsinstrument mit den bis zum 31.12.2016 geltenden Pflegestufen nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Daher wird bei der Umstellung nicht einfach die Zahl der Pflegestufen erhöht, sondern die Pflegegrade stellen ein neues, eigenes und differenzierteres System der Einstufung dar (BT-Drs. 18/5926, S. 113). Eine Vergleichbarkeit zur „Hilflosigkeit“ i.S.d. AHP / VMG ist nicht zu erkennen.

Die **ab 01.01.2017** geltenden §§ 14, 15 SGB XI lauten:

### **§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

- (1) *Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.*
- (2) *Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:*
1. *Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;*
  2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;*
  3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;*
  4. *Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;*
  5. *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:*
    - a) *in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,*

- b) *in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführungsmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,*
  - c) *in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie*
  - d) *in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;*
6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.*
- (3) *Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.*

## **§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

- (1) *Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.*
- (2) *Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:*
- 1. *Punktbereich 0:  
keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
  - 2. *Punktbereich 1:  
geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
  - 3. *Punktbereich 2:  
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
  - 4. *Punktbereich 3:  
schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und*
  - 5. *Punktbereich 4:  
schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.*

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
  2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
  3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
  4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
  5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1:  
geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2:  
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3:  
schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4:  
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5:  
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.
- (5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist

*oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.*

- (6) *Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.*
- (7) *Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:*
- 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,*
  - 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,*
  - 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,*
  - 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.*

### **Teil A: 5. Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen**

- a) Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur die bei der Hilflosigkeit genannten „Verrichtungen“ zu beachten. Auch die Anleitung zu diesen „Verrichtungen“, die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung (z. B. durch Anleitung im Gebrauch der Gliedmaßen oder durch Hilfen zum Erfassen der Umwelt und zum Erlernen der Sprache) sowie die notwendige Überwachung gehören zu den Hilfeleistungen, die für die Frage der Hilflosigkeit von Bedeutung sind.
- b) Stets ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet. Der Umfang der wegen der Behinderungen notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen muss erheblich sein. Bereits im ersten Lebensjahr können infolge der Behinderung Hilfeleistungen in solchem Umfang erforderlich sein, dass dadurch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt sind.
- c) Die Besonderheiten des Kindesalters führen dazu, dass zwischen dem Ausmaß der Behinderung und dem Umfang der wegen der Behinderung erforderlichen Hilfeleistungen nicht immer eine Korrelation besteht, so dass - anders als bei Erwachsenen - auch schon bei niedrigerem GdS Hilflosigkeit vorliegen kann.

#### **Hilflosigkeit bei Kindern**

Das Schwerbehindertenrecht kennt für den steuerrechtlich bedeutsamen Nachteilsausgleich „H“ keinen besonderen Begriff der „Hilflosigkeit bei Kindern“. Soweit die Verwaltungspraxis in Übereinstimmung mit den AHP (aber auch in den VMG) im Kindesalter Hilflosigkeit unter erleichterten Voraussetzungen zubilligt, fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage.

Kinder bedürfen spezieller Überwachung durch die Eltern wegen ihrer Un- erfahrenheit, die sich auch bei Erkrankungen auswirkt. Ihre wachsende Unabhängigkeit von elterlicher Betreuung durch den Reifeprozess und die damit zunehmende selbständige Bewältigung ihres Lebens verdeutlichen jedoch, dass die Hilfeleistungen in Bezug auf die Erkrankung, die ohne wesentliche Veränderungen im Krankheitsbild im Erwachsenenalter keine Hilflosigkeit bedingt, nur alters-, aber nicht krankheitsbedingt sind. Erfordert ein unverändertes Krankheitsbild vermehrte Hilfeleistungen im Kindesalter, haben diese Mehrleistungen für den Nachteilsausgleich „H“ deshalb keine Bedeutung. Nur die Hilfe, die auch ein ebenso kranker Erwachsener benötigt, ist vom - kindlichen - Alter unabhängig und damit zu berücksichtigen.

Trotzdem können die AHP (aber auch die VMG) in der Praxis und der sozialgerichtlichen Rechtsprechung jedenfalls nicht ignoriert werden, schon gar nicht mit dem Ziel, nachträglich die Rechtswidrigkeit von begünstigenden Verwaltungsakten zu begründen (BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 -).

Diesem Urteil, nach dem in den AHP bei der Prüfung der Hilflosigkeit von Kindern ein großzügigerer Maßstab angelegt werde, da alterstypische Umstände wie u.a. der alterstypische Umgang mit einer Erkrankung anspruchsbegründend berücksichtigt würden, ist der SVB nicht beigetreten: Die Auffassung des BSG sei unzutreffend. Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern werde ebenso wie bei Erwachsenen verfahren. Es komme auf die gleichen persönlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens an. Einer Behinderung müsse eine Regelwidrigkeit zu Grunde liegen. Als regelwidrig gelte ein Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweiche. Bei Kindern könne nicht das als regelwidrig angesehen werden, was sie geistig, körperlich und seelisch nicht im gleichen Umfang wie Erwachsene könnten. Vergleichsmaßstab sei somit nicht der Erwachsene, sondern nur das gesunde gleichaltrige Kind. Berücksichtigt werde auch nur der Teil der Hilflosigkeit, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreite. Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen könnten bei Kindern zudem völlig anders sein als bei Erwachsenen mit der gleichen Behinderung. Bei chronisch kranken Kindern wirke sich die Verantwortung der Eltern für die Lebensführung ungleich stärker aus als im täglichen Leben gesunder Kinder. Chronisch kranke Kinder benötigen stets wesentlich mehr Zuwendungen und Hilfen als gesunde Kinder gleichen Alters. Bei bestimmten Behinderungen (z.B. bei Verhaltensstörungen, Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, malignen Erkrankungen) könnten diese in einem solchen Umfang erforderlich sein, dass Eltern körperlich und psychisch an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gelangten. Bei der

Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Vorliegen von Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen seien daher die in den AHP genannten Kriterien auch weiterhin zugrunde zu legen (Beirat vom 10.04.1991: „Hilflosigkeit bei Kindern (Urteile des BSG vom 29.8.1990)“ und Beirat vom 24./25.11.1993: „Gutachtliche Beurteilung des GdB und der Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Säuglingen und Kleinkindern“).

Unabhängig von diesem Streit gilt:

Überschreiten Kinder und Jugendliche die in Teil A 5 VMG festgelegten Altersgrenzen, so bedeutet dies eine wesentliche Änderung der rechtlichen Verhältnisse i.S.d. § 48 SGB X (siehe hierzu auch die Anmerkung zu Teil A 7 VMG (S. 102)). Die Verwaltung ist hier berechtigt, den Nachteilsausgleich „H“ zu entziehen. Das bedeutet allerdings nicht, dass damit automatisch das im kindlichen/jugendlichen Alter gewährte Merkzeichen „H“ zu entziehen ist. Stattdessen ist jeweils zu prüfen, ob nicht die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ nach allgemeinen Maßstäben (vgl. Teils A 4 VMG) erfüllt sind (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 10.04.2019 - L 10 SB 111/17 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 11.10.2019 - L 13 SB 289/18 -). besteht. Die Möglichkeit eines Entzugs besteht auch, wenn sich die Selbständigkeit des behinderten Jugendlichen, der - ohne dass ein Regelfall i.S.d. Teils A 5 VMG vorlag - zunächst behinderungsbedingt der Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie der notwendigen Überwachung bedurfte, durch den altersbedingten Reifeprozess soweit erhöht hat, dass eine wesentliche Verringerung des Hilfebedarfs eingetreten ist (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 05.05.2011 - L 7 SB 10/07 -).

Im Übrigen ist auf (S. 89) Teil A 5 e) VMG zu verweisen. Siehe ansonsten zur Hilflosigkeit die Anmerkung (S. 61) zu Teil A 4 VMG - Hilflosigkeit.

- d) Bei angeborenen oder im Kindesalter aufgetretenen Behinderungen ist im Einzelnen folgendes zu beachten:
- aa) Bei geistiger Behinderung kommt häufig auch bei einem GdS unter 100 - und dann in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - Hilflosigkeit in Betracht, insbesondere wenn das Kind wegen gestörten Verhaltens ständiger Überwachung bedarf. Hilflosigkeit kann auch schon im Säuglingsalter angenommen werden, z. B. durch Nachweis eines schweren Hirnschadens.

Dazu hat der SVB 1993 ausgeführt (Beirat vom 24./25.11.1993: „Gutachtliche Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Kindern mit Down-Syndrom“), dass im Säuglingsalter eine differenzierte gutachtliche Beurteilung noch nicht möglich sei und erst dann gelinge, wenn das Aus-



maß des Entwicklungsrückstands erkennbar sei. Bis dahin sei eine Schwerbehinderung anzunehmen. Aufgrund der medizinischen Fortschritte sei es allerdings nicht gerechtfertigt sei, bei Kindern mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) von einem GdB von 100 auszugehen. Ergänzend ist der SVB 1996 zu der Auffassung gelangt, dass es aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen möglich sei, bei Säuglingen mit Down-Syndrom das Ausmaß der geistigen Behinderung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse einer Frühförderung bereits ab dem sechsten Lebensmonat einzuschätzen. Hilflosigkeit (Nachteilsausgleich „H“) sei bei Säuglingen mit Down-Syndrom unabhängig vom GdB für die Dauer der Frühförderung regelhaft anzunehmen (Beirat vom 18./19.11.1996: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades und von Hilflosigkeit bei Down-Syndrom im Säuglingsalter“).

bb) Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, die für sich allein einen GdS von mindestens 50 bedingen, und bei anderen gleich schweren, im Kindesalter beginnenden Verhaltens- und emotionalen Störungen mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist regelhaft Hilflosigkeit bis zum 18. Lebensjahr anzunehmen.

Durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde Teil A Nr. 5 Buchstabe d) bb) geändert. Der ursprüngliche Text

*„Bei autistischen Syndromen sowie anderen emotionalen und psychosozialen Störungen mit langdauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist in der Regel Hilflosigkeit bis zum 16. Lebensjahr - in manchen Fällen auch darüber hinaus - anzunehmen.“*

wurde durch

*„Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, die für sich allein einen GdS von mindestens 50 bedingen, und bei anderen gleich schweren, im Kindesalter beginnenden Verhaltens- und emotionalen Störungen mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist regelhaft Hilflosigkeit bis zum 18. Lebensjahr anzunehmen.“*

ersetzt.

Amtliche Begründung (Bundratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010) dafür war: „Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Der erheblichen Varianz der Ausprägung dieser besonderen im Kindesalter beginnenden psychischen Störungen wird mit der Angabe eines Mindest-GdS Rechnung getragen. Aufgrund der neuronalen Veränderungen in Pubertät und Adoleszenz besteht in diesen Lebensphasen häufig eine hohe Krankheitsausprägung.“

cc) Bei hirnorganischen Anfallsleiden ist häufiger als bei Erwachsenen auch bei einem GdS unter 100 unter Berücksichtigung der Anfallsart, Anfallsfrequenz und eventueller Verhaltensauffälligkeiten die Annahme von Hilflosigkeit gerechtfertigt.

Anders als bei Kindern und Jugendlichen kann bei Erwachsenen, die an einem cerebralen Anfallsleiden erkrankt sind, „Hilflosigkeit“ erst dann angenommen werden, wenn diese Behinderung für sich allein einen GdB von 100 bedingt (LSG NRW, Urteil vom 02.12.1997 - L 6(10) Vs 128/96 -).

dd) Bei sehbehinderten Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Hilflosigkeit anzunehmen.

Bei tauben Menschen ist Hilflosigkeit während der gesamten Dauer der Ausbildung bis zum Abschluss der ersten Ausbildung anzunehmen (s. dazu Unterpunkt „Taubheit / an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“). Nach ursprünglicher Auffassung des SVBs war eine entsprechende Anpassung bei der Beurteilung, ob Hilflosigkeit auch bei sehbehinderten Menschen bis zum Ende der beruflichen Ausbildung anzunehmen ist, nicht erforderlich. Es müsse hier der Einzelfall entschieden werden (Beirat vom 10.11.2004: „Beurteilung des Nachteilsausgleichs H bei Sehbehinderung“). Nachfolgend wurden von Teil A 5 d dd VMG ausdrücklich zunächst nicht nur Kinder sondern auch Jugendliche bis zur „Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte“ erfasst (Beirat vom 06./07.11.2008: „Änderung der AHP / VMG“ und Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010); es wurde ein Widerspruch darin gesehen, dass Hilflosigkeit bis zum Abschluss der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte nur bei sehbehinderten Kindern angenommen wurde, obwohl diese Schulausbildung regelhaft in das Jugendalter hineinreiche. Hilflosigkeit sei stets bis zum Abschluss der speziellen Schulausbildung anzunehmen, auch wenn die Schulausbildung erst im Jugendalter abgeschlossen werde. Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde dann eine klare Grenze gezogen:

Hilflosigkeit ist nun bei sehbehinderten Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzunehmen. Hintergrund für diese Änderung war die Erkenntnis, dass der Begriff „spezielle Schulausbildung für Sehbehinderte“ nicht einheitlich definiert und dass Hilflosigkeit nicht an eine spezielle noch an die Schulausbildung überhaupt gebunden ist. Daher sei es „sinnvoll“, Hilflosigkeit bei Sehbehinderung - anders als bei der Taubheit (s.o.) - an das Lebensalter, und

zwar die Vollendung des 18. Lebensjahres, zu binden. Mit dieser Formulierung sind dann auch Jugendliche eingeschlossen, die sich in einer beruflichen Ausbildung befänden.

ee) Bei Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ist Hilflosigkeit ab Beginn der Frühförderung und dann - insbesondere wegen des in dieser Zeit erhöhten Kommunikationsbedarfs - in der Regel bis zur Beendigung der Ausbildung anzunehmen. Zur Ausbildung zählen in diesem Zusammenhang: der Schul-, Fachschul- und Hochschulbesuch, eine berufliche Erstausbildung und Weiterbildung sowie vergleichbare Maßnahmen der beruflichen Bildung.

Die Diagnose „Taubheit“ und „An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ sei (so Beirat vom 23.04.1986: „Hilflosigkeit bei Kindern mit Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit“) bereits im ersten Lebensjahr, etwa ab dem 5. Lebensmonat, zu stellen. Mit der Diagnose sollte auch die Frühförderung dieser Kinder beginnen, in die die Eltern als Bezugspersonen einzubeziehen seien und die dann auch erhebliche zusätzliche Hilfeleistungen für das Kind erbringen müssten, die weit über die regelhaften Hilfeleistungen bei gesunden gleichaltrigen Kindern hinausgingen. Der Nachteilsausgleich „H“ sei ab Beginn der Frühförderung zu gewähren.

Nach dem Wortlaut des Teils A 5 d) ee) VMG muss lediglich Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit bei Kindern vorliegen. Es ist damit nicht erforderlich, dass diese Behinderung bereits seit Geburt besteht. Die im späteren Kindesalter erworbene Taubheit rechtfertigt den Nachteilsausgleich „H“ auch, wenn diese Behinderung hinsichtlich der Höhe des GdB anders zu bewerten ist als eine angeborene Taubheit (SG Düsseldorf - S 38 SB 15/98 -).

Wann Hilflosigkeit infolge von Taubheit bzw. an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit endet, war umstritten. Nach den AHP 1983 war davon auszugehen, dass bei Gehörlosen Hilflosigkeit nach Beendigung der Gehörlosenschule (16. Lebensjahr) in aller Regel nicht mehr besteht, weil für die körperbezogenen Verrichtungen wie Aufstehen, Körperpflege, Nahrungszubereitung und -aufnahme sowie für die körperliche Bewegung regelmäßig keine fremde Hilfe mehr erforderlich war. Der SVB hat keine starre Grenze gesehen und z.B. bei erheblich verzögerter Reifung bzw. fehlender Berufsreife weiter Hilflosigkeit angenommen, so z.B. für die Zeit eines nachfolgenden Besuchs der berufsfördernden Gehörlosenschule (Beirat vom 26.10.1988: „H bei Taubheit über das 16. Lebensjahr hinaus“). Dagegen sei das Merkzeichen „H“ nicht mehr zu begründen, wenn im Rahmen der Schwerhörigenschule eine weiterführende Schule - gemeint war hier eine über den qualifizierten Hauptschulabschluss (Sekundarstufe I)

hinausgehende Schule - besucht werde (s. dazu unten (S. 81) zur Gehörlosenschule - Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung von Hilflosigkeit bei angeborener Taubheit“).

Mit Urteilen vom 23.06.1993 hat das BSG ausgeführt, dass Hilflosigkeit über den Zeitpunkt der Beendigung der Gehörlosenschule hinaus während der gesamten Dauer der Ausbildung bis zum Abschluss der - ersten - Ausbildung besteht. Begründet wurde dies im Wesentlichen mit dem erheblichen Umfang der notwendigen kommunikativen Hilfen während dieser Zeit; die Kommunikation gehöre zu den gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 -). Dieser Rechtsprechung hat sich der SVB angeschlossen; die AHP wurden entsprechend gefasst (Beirat vom 24./25.11.1993: „Hilflosigkeit bei Gehörlosigkeit - Urteile des BSG vom 23.06.1993“).

Nach Abschluss einer beruflichen Erstausbildung ist der Nachteilsausgleich „H“ in der Regel jedoch nicht mehr zu gewähren. Aufgrund seines Kommunikationsdefizits ist ein Gehörloser nämlich nicht lebenslang hilflos. Vielmehr prägt das Kommunikationsdefizit die Lebensführung der vor Spracherwerb Ertaubten regelmäßig nur bis zum Ablauf einer ersten Berufsausbildung, mithin in der von Lernen, Kenntnis- und Fähigkeitserwerb geprägten Lebensspanne; danach ist der Entzug des Nachteilsausgleichs „H“ möglich (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - B 9 SB 4/02 R -).

Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass ein Gehörloser nach Wegfall der Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „H“ mit Abschluss der Erstausbildung und nach anschließender beruflicher Integration erneut hilflos werden kann, weil eine berufliche Weiterbildung erfolgt. Diese kann aber nur dann die Wiedergewährung des Nachteilsausgleichs rechtfertigen, wenn die Weiterbildung gleich hohe Anforderungen an Lernen und Fertigkeitserwerb wie eine Erstausbildung stellt und länger als sechs Monate dauert (BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 9/95 - und BSG, Urteil vom 10.12.2003 - B 9 SB 4/02 R -). Dies sei z.B. bei einem Gehörlosen, der nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung später zumindest für eine Zeit von über sechs Monaten die Meisterschule besucht, der Fall (Beirat vom 15./16.04.1997: „Merkzeichen „H“ bei Gehörlosen mit abgeschlossener Berufsausbildung“).

Es dürfte allerdings zu weit gehen, jede Form der beruflichen Bildung und Weiterbildung ausreichen zu lassen. Der Nachteilsausgleich wäre dann nämlich nicht mehr an das jugendliche Alter gebunden (siehe Überschrift des Teils A 5), sondern an eine berufliche Bildungsphase, die in der heutigen Gesellschaft zunehmend in jedem Lebensalter Platz greift (s. dazu BSG, Urteil vom 10.12.2003 - B 9 SB 4/02 R -).

Bei Gehörlosen ist jedoch dann eine lebenslange Hilflosigkeit anzunehmen, wenn der Gehörlose wegen Minderbegabung, einer geistigen Behinderung oder einer zusätzlichen Gesundheitsstörung nicht in der Lage ist, das Mindestmaß an Verständigungsmöglichkeiten mit der hörenden Umwelt zu erleben, das bei einem erfolgreichen Besuch einer Gehörlosenschule vermittelt wird (BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 5/95 a.a.O.). Dementsprechend sind auch nach Meinung des SVBs bei angeborener Gehörlosigkeit die Nachteilsausgleiche „H“ und „B“ sowie „G“ im Erwachsenenalter anzunehmen, wenn der Betroffene keine Gehörlosenschule besucht hat und damit auch noch im Erwachsenenalter **Analphabet** ist, solange nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Änderung der Situation erreicht werden kann. Kindern, denen der Nachteilsausgleich „H“ wegen Taubheit gewährt wurde, kann damit folgerichtig dieser Nachteilsausgleich im Erwachsenenalter nicht entzogen werden, wenn sie eine Gehörlosenschule nicht besucht haben und Analphabeten bleiben; sie haben dann auch weiterhin Anspruch auf die Nachteilsausgleiche „G“ und „B“. Vielfach dürfte es sich dabei aber auch um Fälle mit geistiger Retardierung handeln, bei denen auch so auf Dauer die Voraussetzungen für die genannten Vergünstigungsmerkmale erfüllt sind (Beirat vom 24.04.1985: „Hilflosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten“ und Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung von Hilflosigkeit bei angeborener Taubheit“). Ein GdB (bzw. ein Nachteilsausgleich) käme aber nur in Betracht, wenn der Analphabetismus auf einer Behinderung, z.B. einer geistigen Behinderung, beruhe. Keinesfalls könne allein der Umstand, dass ein Antragsteller deutsch weder lesen noch schreiben könne, als Behinderung angesehen werden (Beirat vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Analphabetismus“).

Bei der Bewertung des GdB für die geistige Behinderung oder den Intelligenzmangel ist der Analphabetismus zusätzlich und erhöhend einzubeziehen. Dies gilt allerdings nicht bei solchen geistigen Behinderungen und so schweren Intelligenzmängeln, bei denen Analphabetismus grundsätzlich zu erwarten ist.

In den VMG ist entsprechend der o.a. Entwicklung der Begriff „**Gehörlosenschule**“ nicht mehr enthalten. Im Rahmen einer Anfrage, ob die in Nr. 30 Abs. 5 Satz 2 AHP a.F. (Nachteilsausgleich „G“) aufgeführte „Gehörlosenschule“ die gymnasiale Oberstufe einschließe oder mit Abschluss der Sekundarstufe I ende, hat der SVB ausgeführt, der Begriff entspreche nicht mehr dem heutigen Schulsystem. Medizinisch komme es nicht auf den besuchten Schultyp, sondern auf die Fähigkeit an, Ausgleichsfunktionen zu nutzen. Entscheidend sei damit nicht der besuchte Schultyp, sondern das Lebensalter und die allgemeine Reife (Beirat vom 13.11.2002: „Begutachtung im Schwerbehindertenrecht: Zum Begriff „Gehörlosenschule“ in Nr. 30 Abs. 5 der Anhaltspunkte“).

ff) Bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumensegelspalte ist bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) Hilflosigkeit anzunehmen. Die Kinder benötigen während dieser Zeit in hohem Maße Hilfeleistungen, die weit über diejenigen eines gesunden gleichaltrigen Kindes hinausgehen, vor allem bei der Nahrungsaufnahme (gestörte Atmung, Gefahr des Verschluckens), bei der Reinigung der Mundhöhle und des Nasen-Rachenraumes, beim Spracherwerb sowie bei der Überwachung beim Spielen.

Die Frage, bis wann Hilflosigkeit bei Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten (LKGS-Spalten) anzunehmen ist, wurde über Jahre erörtert. Der SVB hat dazu die Auffassung vertreten, dass nicht das Lebensalter entscheidend sei. Die betroffenen Kinder seien vor und während der Behandlung in besonders hohem Maße von Hilfeleistungen der Eltern, z.B. bei der Nahrungsaufnahme (gestörte Atmung, Gefahr des Verschluckens) sowie bei der Förderung und Entwicklung der Sprache, abhängig. Bis zum Abschluss der Behandlung übersteige das Maß der Hilfsbedürftigkeit den üblichen Aufwand bei Unterstützung eines gesunden gleichaltrigen Kindes bei Weitem. Hilflosigkeit bei Kindern mit LKGS-Spalten sei deshalb bis zum erfolgreichen Abschluss der operativen Therapie, d.h. im Allgemeinen bis zum 4. Lebensjahr, anzunehmen. Eine darüber hinausgehende logopädische Behandlung reiche allerdings für sich allein nicht aus, die weitere Annahme von Hilflosigkeit zu begründen (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung des GdB und von Hilflosigkeit bei Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalträgern“).

Unter dem 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Vorschlag des SVBs bekannt gegeben, dass in Nr. 26.7 AHP - GdB bei Lippen, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern - (nunmehr Teil B 7.6 VMG) - die Klammern mit Lebensalterangaben zu streichen und die Angabe: „5. Lebensjahr“ durch „ein Jahr nach der Operation“ zu ersetzen seien (s. u.a. dazu (S. 216) die Anmerkung zu Teil B 7.6 VMG). Nachdem der SVB vorgeschlagen hatte, die entsprechende Änderung auch in Nr. 22 Abs. 4 Buchst. f AHP vorzunehmen (Beirat vom 07./08.11.2007: „LKGS-Spalten und Hilflosigkeit“), wurde dies dann letztlich in Teil A 5 d) ff) VMG umgesetzt.

gg) Beim Bronchialasthma schweren Grades ist Hilflosigkeit in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.

Die Art der Behandlung - hier Notwendigkeit einer täglichen Sauerstoffzufuhr (wie z.B. Sauerstoffkonzentrator über viele Stunden) - ist nach Auffassung des SVBs kein Kriterium für die Beurteilung von Hilflosigkeit. Vielmehr müsse auch bei einer täglichen Sauerstoffzufuhr im Einzelfall geprüft werden, ob fremde Hilfe in erheblichem Umfang dauernd oder, wenn Hilfe nicht ständig geleistet wird, ob häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr dauernde Hilfebereitschaft erforderlich sei (Beirat vom 4.11.1987: „Hilflosigkeit bei fortgeschrittener Einschränkung der Atemfunktion“).

hh) Bei angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden ist bei einer schweren Leistungsbeeinträchtigung entsprechend den in Teil B Nummer 9.1.1 angegebenen Gruppen 3 und 4 Hilflosigkeit anzunehmen, und zwar bis zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit (z. B. durch Operation), längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

Eine Antikoagulantienbehandlung im Kindesalter, die eine ständige Überwachung erfordert, rechtfertigt nach Auffassung des SVBs keine generelle Annahme von Hilflosigkeit; die Anspruchsvoraussetzungen seien einfallbezogen zu prüfen (Beirat vom 08.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung von Kindern mit Antikoagulantienbehandlung“).

ii) Bei Behandlung mit künstlicher Niere ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen. Bei einer Niereninsuffizienz, die für sich allein einen GdS von 100 bedingt, sind Hilfeleistungen in ähnlichem Umfang erforderlich, sodass auch hier bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres die Annahme von Hilflosigkeit begründet ist.

Nach Einschätzung des SVBs sind in der ersten Phase nach der Transplantation infolge der immunsuppressiven Therapie eine stärkere Überwachung und im Hinblick auf den bei chronisch niereninsuffizienten Kindern und Jugendlichen beschriebenen psychophysischen Entwicklungsrückstand Maßnahmen zur Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung notwendig. Deshalb sei auch nach einer erfolgreichen Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen in der Regel für die Dauer von bis zu zwei Jahren Hilflosigkeit anzunehmen (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung von Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen nach Nierentransplantation“).

jj) Beim Diabetes mellitus ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.

Beim Diabetes mellitus wurde bei fortbestehender unausgeglichener Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Hilflosigkeit (wegen ständiger Überwachung oder wegen der Gefahr hypoglykämischer Schocks, zwecks strenger Einhaltung der Diät und zur Dosierung des Insulins sowie im Hinblick auf die notwendigen körperlichen Betätigungen) angenommen. Bei dem einem Diabetes mellitus vergleichbaren Krankheitsbild der primären Nebenrindeninsuffizienz wurde es deshalb aus Gründen der Gleichbehandlung als gerechtfertigt angesehen, die Voraussetzungen für das Merkzeichen „H“ ebenfalls bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zu bejahen (Bayerisches LSG, Urteil vom 23.10.2002 - L 18 SB 147/97 -).

Zu beachten ist indes nunmehr, dass durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010 die ursprünglich in Teil A 5 Buchstabe d Doppelbuchstabe jj aufgeführte Ergänzung zum Diabetes mellitus, dass „bei fortbestehender instabiler Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“ Hilflosigkeit anzunehmen sei, gestrichen worden ist. Nach der amtlichen Begründung der Änderung soll der Beurteilungsmaßstab, dass Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus bis zum Alter von 16 Jahren gegeben sei, unverändert bleiben. Bei der gestrichenen Ergänzung habe es sich aber stets um eine Einzelfallentscheidung gehandelt, so dass ein ausdrücklicher Hinweis auf die Altersgruppe von 16 bis 18 Jahren entbehrlich sei. Diese Begründung überzeugt nicht vollends, denn der gestrichene Zusatz gab vor, dass bei fortbestehender instabiler Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Hilflosigkeit anzunehmen sei und stellte damit zumindest ein zu widerlegendes Indiz dar. Diese Indizwirkung ist zu Lasten der 17- bis 18jährigen Betroffenen entfallen; ihnen obliegt nun der Vollbeweis, dass sie aufgrund instabiler Stoffwechsellage hilflos sind (s. dazu LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25.05.2016 - L 13 SB 87/15 -). Dementsprechend muss nunmehr auch für das Krankheitsbild der primären Nebenrindeninsuffizienz von 17- bis 18jährigen Betroffenen (s. o.a. Urteil des Bayerischen LSG vom 23.10.2002) der Vollbeweis der Hilflosigkeit geführt werden.

kk) Bei Phenylketonurie ist Hilflosigkeit ab Diagnosestellung - in der Regel bis zum 14. Lebensjahr - anzunehmen. Über das 14. Lebensjahr hinaus kommt Hilflosigkeit in der Regel nur noch dann in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.

Die Nr. 22 Abs. 4 Buchst. I AHP - jetzt Teil A 5 d) kk) VMG - wurde aufgrund



Stellungnahme des SVBs vom 08./09.11.2000 (BMA vom 20.03.2001 - VI a 5 - 65463 - 3) neu gefasst: Der zeitliche Aufwand für die Berechnung und Zubereitung der bei der Phenylketonurie erforderlichen Diät sowie für die ständige Überwachung und Anleitung liege wenigstens zwei Stunden über dem Aufwand für die ansonsten bei einem gesunden gleichaltrigen Kind erforderlichen Betreuungsmaßnahmen. Zudem sei die Diätführung in der Zeit des präpubertalen Wachstumsschubes (12. bis 14. Lebensjahr) besonders schwierig und von den Kindern auch in diesem Alter ohne fremde Hilfe nicht zu leisten. Zu streichen seien die in der Nr. 22 Abs. 4 Buchst. I genannten Stoffwechselkrankheiten Homozystinurie und Ahornsirupkrankheit, die sehr selten seien und so unterschiedliche Verlaufsformen hätten, dass Hilflosigkeit nicht regelhaft vorliege. Auch die Galaktosämie sei zu streichen; hier ergebe sich Hilflosigkeit unabhängig von der Art der Diätdurchführung aus dem Ausmaß der geistigen Behinderung nach Nr. 22 Abs. 4 Buchst. a AHP (Beirat vom 08.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung von Kindern mit Stoffwechselkrankheiten“). Die Änderung wurde mit der Ausgabe 2005 der AHP 2004 vollständig umgesetzt.

Wer wegen einer Stoffwechselstörung eine besonders teure Diät benötigt, um eine schwere Erkrankung mit Hilflosigkeit zu verhüten, hat keinen Anspruch auf das Merkzeichen „H“ (BSG, Urteil vom 26.11.1991 - 9a RVs 8/90 -).

II) Bei der Mukoviszidose ist bei der Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen - im Allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres - Hilflosigkeit anzunehmen. Das ist immer der Fall bei Mukoviszidose, die für sich allein einen GdS von wenigstens 50 bedingt (siehe Teil B Nummer 15.5). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kommt Hilflosigkeit bei schweren und schwersten Einschränkungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Betracht.

Nach Auffassung des BSG liegt Hilflosigkeit bei an Mukoviszidose erkrankten Kindern - zumindest bei einer leichteren Form der Erkrankung - nicht vor. In den zu beurteilenden Fällen jedenfalls sei keine fremde Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - wie z.B. Aufstehen, Waschen, Kämmen, Essen, Nahrungszubereitung, körperliche Bewegung und geistige Erholung - erforderlich. Vielmehr liege eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor, die für einige Zeit am Tag ambulante „Behandlungspflege“, also medizinische Hilfeleistungen, wie z.B. Verabreichen von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Spülungen und Einreibungen sowie hier Unterstützung bei Inhalationen oder Klopfdrainagen, erfordere. Selbst aber wenn die sog. Be-

handlungspflege bei Mukoviszidose-Patienten den für solcher Art Erkrankte gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zugerechnet würde, seien die Betroffenen nicht in erheblichem Umfang auf Hilfeleistungen angewiesen (BSG, Urteile vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 14/89 und 9a/9 RVs 7/89 -).

Nach Beurteilung des SVBs, die dann auch zur Neufassung der Nr. 22 Abs. 4 Buchst. m AHP - jetzt Teil A 5 d) II) VMG - führte, werden zwar zeitaufwendige Lagerungs- und Klopfdrainagen im Regelfall nicht mehr durchgeführt. Erforderlich seien jedoch weiterhin Hilfen und ständige Überwachung bei der Bronchialdrainage, bei der Einnahme von Medikamenten und bei den Inhalationen. Zudem sei eine hochkalorische Ernährung sicherzustellen und habe vielfach auch eine intensive psychische Betreuung zu erfolgen. Hilfeleistungen seien umso umfangreicher, je schwerer das klinische Erscheinungsbild und je ausgeprägter die Essstörungen und die psychischen Beeinträchtigungen des Kindes seien. Deshalb seien in schwereren Fällen Hilfeleistungen in einem Umfang erforderlich, die weit über die Hilfeleistungen bei gesunden gleichaltrigen Kindern und den Rahmen einer sog. „Behandlungspflege“ hinausgingen und einen Zeitaufwand von zwei bis vier Stunden erfordern könnten. Nur in leichteren Fällen sei der Umfang der Hilfen nicht erheblich (Beirat vom 10.04.1991: „Hilflosigkeit bei Kindern mit Mukoviszidose (Urteile des BSG vom 29.8.1990)“). Die Voraussetzungen für das Merkzeichen „H“ seien grundsätzlich von der Höhe des GdB unabhängig; entscheidend sei hier allein der Umfang der zur Sicherung der Existenz notwendigen Hilfe Dritter. Die erforderlichen Hilfeleistungen seien erst dann regelhaft relevant, wenn das Leiden ein entsprechendes Ausmaß erreicht habe (Beirat vom 29./30.03.2000 und vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ bei Kindern mit Mukoviszidose“). Auch wenn bei einem Kind mit Mukoviszidose der GdB „lediglich“ 30 betrage, der günstige Krankheitsverlauf aber nur durch die Hilfeleistungen Dritter erreicht werde, sei die Feststellung von „Hilflosigkeit“ möglich. Der insoweit notwendige Hilfebedarf müsse allerdings das für „H“ erforderliche Maß erreichen (Beirat vom 13.11.2002: „Hilflosigkeit bei Kindern mit Mukoviszidose“).

Ist bei einem Kind der Nachteilsausgleich „H“ anerkannt, kommt auch der Nachteilsausgleich „B“ in Betracht (s. (S. 466) die Anmerkung zu Teil D 2 VMG).

An Mukoviszidose erkrankte Menschen haben über die Vollendung des 16. Lebensjahres hinaus nur noch dann Anspruch auf Feststellung des Nachteilsausgleichs „H“, wenn die für Erwachsene geltenden Kriterien für Hilflosigkeit im Sinn des § 33b Abs. 6 Sätze 2 und 3 EStG erfüllt sind (Bayrisches LSG, Urteil vom 28.01.2010 - L 15 SB 5/03 -).

mm) Bei malignen Erkrankungen (z. B. akute Leukämie) ist Hilflosigkeit für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie anzunehmen.

Bei der Frage, ob bei Leukämie Hilflosigkeit i.S.d. Nr. 22 Abs. 4 Buchst. n) AHP - jetzt Teil A 5 d) mm VMG - besteht, soll es allein auf die Intensivtherapie ankommen. Mit der weiteren adjuvanten Therapie seien keine Gefahren verbunden, die die Annahme von Hilflosigkeit rechtfertigten (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei akuter Leukämie - Frage: Wann endet die Therapie?“). Mit den AHP 2005 wurde dann auch das Wort „Therapie“ durch „Intensiv-Therapie,“ ersetzt.

nn) Bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten schweren Immundefekten ist Hilflosigkeit für die Dauer des Immundefekts, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich macht, anzunehmen.

Da die Dauer der wegen eines Immundefekts notwendigen Überwachung (Infektionsgefahr) im Einzelfall sehr unterschiedlich sei, kann nach dem SVB auch keine sachlich gerechtfertigte pauschale Altersgrenze, bis zu der regelhaft Hilflosigkeit anzunehmen ist, bestimmt werden. Es sei in jedem Einzelfall eine dem individuellen Krankheitsverlauf angepasste gutachtliche Beurteilung erforderlich (Beirat vom 12./13.11.1997: „Dauer der Hilflosigkeit bei Kindern mit schweren Immundefekten“).

oo) Bei der Hämophilie ist bei Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung - und damit schon bei einer Restaktivität von antihämphilem Globulin von 5 % und darunter - stets bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, darüber hinaus häufig je nach Blutungsneigung (zwei oder mehr ausgeprägte Gelenkblutungen pro Jahr) und Reifegrad auch noch weitere Jahre, Hilflosigkeit anzunehmen.

Zu der Frage, ob sich die Angaben zur Restaktivität von antihämphilem Globulin in der Nr. 22 Abs. 4 Buchst. p) AHP - jetzt Teil A 5 d) oo) VMG - auf Werte mit oder ohne Substitution beziehen, hat der SVB zunächst darauf hingewiesen, dass es bisher eine optimale Therapie nicht gebe. Die Restaktivität an antihämphilem Globulin sei Ausdruck der Schwere des genetisch nicht einheitlichen Krankheitsbildes „Hämophilie“ und beziehe sich auf Werte ohne Therapie. Die in der o.a. Nr. genannten Werte gälten nur für die klassische Hämophilie; andere Blutungsübel seien analog zu bewerten (Beirat vom 08.11.2000 „Gutachtliche Beurteilung bei Hämophilie“).

- pp) Bei der juvenilen chronischen Polyarthrit ist Hilflosigkeit anzunehmen, solange die Gelenksituation eine ständige Überwachung oder andauernd Hilfestellungen beim Gebrauch der betroffenen Gliedmaßen sowie Anleitungen zu Bewegungsübungen erfordert, in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Bei der systemischen Verlaufsform (Still-Syndrom) und anderen systemischen Bindegewebskrankheiten (z.B. Lupus erythematoses, Sharp-Syndrom, Dermatomyositis) ist für die Dauer des aktiven Stadiums Hilflosigkeit anzunehmen.
- qq) Bei der Osteogenesis imperfecta ist die Hilflosigkeit nicht nur von den Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen sondern auch von der Häufigkeit der Knochenbrüche abhängig. In der Regel bedingen zwei oder mehr Knochenbrüche pro Jahr Hilflosigkeit. Hilflosigkeit aufgrund einer solchen Bruchneigung ist solange anzunehmen, bis ein Zeitraum von zwei Jahren ohne Auftreten von Knochenbrüchen abgelaufen ist, längstens jedoch bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.
- rr) Bei klinisch gesicherter Typ-I-Allergie gegen schwer vermeidbare Allergene (z.B. bestimmte Nahrungsmittel), bei der aus dem bisherigen Verlauf auf die Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks zu schließen ist, ist Hilflosigkeit - in der Regel bis zum Ende des 12. Lebensjahres - anzunehmen.

Hilflosigkeit aufgrund einer Nahrungsmittelallergie besteht nur, wenn aus dem bisherigen Verlauf der Erkrankung auf die Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks geschlossen werden kann (LSG NRW, Urteil vom 27.11.2001 - L 6 SB 51/01 -).

- ss) Bei der Zöliakie kommt Hilflosigkeit nur ausnahmsweise in Betracht. Der Umfang der notwendigen Hilfeleistungen bei der Zöliakie ist regelmäßig wesentlich geringer als etwa bei Kindern mit Phenylketonurie oder mit Diabetes mellitus.

Bereits 1989 hat sich der SVB mit mehreren sozialgerichtlichen Entscheidungen befasst, in denen davon ausgegangen wurde, dass selbst ganz vereinzelte, gelegentliche Diätfehler zu schweren Veränderungen des Allgemeinzustandes mit starkem Erbrechen und Durchfällen führen bzw. schwere Schädigungen hervorrufen könnten. Dieser Auffassung vermochte der SVB nicht beizutreten: so werde z.B. nach den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung - trotz der Notwendigkeit einer lebenslangen glutenfreien Ernährung - nach zwei Jahren glutenfreier Diät eine Kontrollbiopsie der Darmschleimhaut mit anschließender Glutenbelastung über einen Zeitraum

von zwei Jahren oder zumindest solange durchgeführt, bis klinische Symptome erneut auftraten. Diese Therapie würde nicht empfohlen, wenn tatsächlich schon vereinzelt Diätfehler gravierende Auswirkungen für die Betroffenen hätten. Die Annahme von Hilflosigkeit sei nur in besonderen Ausnahmefällen gerechtfertigt. (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung von Hilflosigkeit bei Zöliakie“; so auch LSG Niedersachsen - L 10 Vs 52/97 -).

- e) Wenn bei Kindern und Jugendlichen Hilflosigkeit festgestellt worden ist, muss bei der Beurteilung der Frage einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse Folgendes beachtet werden: Die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit können nicht nur infolge einer Besserung der Gesundheitsstörungen entfallen, sondern auch dadurch, dass behinderte Jugendliche infolge des Reifungsprozesses - etwa nach Abschluss der Pubertät - ausreichend gelernt haben, die wegen der Behinderung erforderlichen Maßnahmen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen, die vorher von Hilfspersonen geleistet oder überwacht werden mussten.

Siehe oben Anmerkung zu Teil A 5 (S. 74) - Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen.

## **Teil A: 6. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung**

- a) Blind ist ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch ein behinderter Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.
- b) Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 (1/50) oder weniger gleich zusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft bei folgenden Fallgruppen vor:
  - aa) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
  - bb) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
  - cc) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
  - dd) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
  - ee) bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist,
  - ff) bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt,
  - gg) bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
- c) Blind ist auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen.
- d) Für die Feststellung von Hilflosigkeit ist im Übrigen zu prüfen, ob eine hochgradige Sehbehinderung vorliegt. Hochgradig in seiner

Sehfähigkeit behindert ist ein Mensch, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,05 (1/20) beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleich zusetzende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdS von 100 bedingt und noch keine Blindheit vorliegt.

1. Merkzeichen „BL“, 2. Blindheit, hochgradige Sehbehinderung (s. S. 92), 3. visuelle Agnosie (Seelenblindheit) - Rindenblindheit - Apallisches Syndrom (s. S. 93), 4. Sonstiges (s. S. 96)

### **1. Merkzeichen „BL“**

Nach § 152 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 SGB IX stellen die zuständigen Behörden neben einer Behinderung auch weitere gesundheitliche Merkmale fest, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für behinderte Menschen sind. Zu diesen Merkmalen gehören auch die für den Nachteilsausgleich Blindheit nach Teil A Nr. 6 VMG. Aufgrund dieser Feststellung ist nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 SchwbAwV im Ausweis für schwerbehinderte Menschen auf der Rückseite das Merkzeichen „BL“ einzutragen.

Als Ausgleich für die Beeinträchtigung kommen - allerdings teils nach jeweiliger Ausgestaltung der Landesgesetze - u.a. in Betracht: die kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX), eine Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG), ein reduzierter Rundfunkbeitrag (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag), der Sozialtarif der Telekom, ein Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuererklärung (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG), ein Parkausweis (§ 46 StVO), die Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld, eine Hundesteuer-Befreiung, die Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V), die steuerliche Absetzbarkeit von Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung (§ 33 EStG).

Teil A Nr. 6 Buchst. a), b) und c) VMG enthält die verbindlichen Vorgaben für die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs der Blindheit. Die hier getroffenen Regelungen sind aber nicht vollständig deckungsgleich mit den Leistungsgesetzen der Länder wie z.B. den jeweiligen Regelungen über das Landesblindengeld. Während die VMG einen umfassenden Behinderungsausgleich anstreben, verfolgen die Landesblindengeldgesetze die engere Zielsetzung, laufende blindheitsspezifische, auch immaterielle Bedürfnisse des Blinden zu erfüllen (s. dazu umfassend BSG, Urteil vom 24.10.2019 - B 9 SB 1/18 R -). Insoweit ist also entsprechend zu differenzieren.

## **2. Blindheit, hochgradige Sehbehinderung**

Nach Teil A Nr. 6 Buchst. a) VMG ist blind ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch ein behinderter Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind. Eine gleichzusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) vor bei bestimmten Einengungen des Gesichtsfelds, großen Skotomen sowie homonymen, bitemporalen und binasalen Hemianopsien (Teil A Nr. 6 Buchst b) aa) bis gg VMG). Blind ist schließlich auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit).

Für die gutachtliche Beurteilung der Blinden und der hochgradig Sehbehinderten sind nach Auffassung des SVBs allein die Einschränkung der Sehschärfe und andere hinsichtlich des Schweregrades gleichzuachtende Störungen der Sehfunktion maßgebend. Die weiteren in den Verwaltungsvorschriften Nr. 7 zu § 35 und Nr. 5 zu § 30 BVG noch genannten Kriterien - Zurechtfinden in einer nicht vertrauten Umgebung, wirtschaftliche Verwertbarkeit - seien für die versorgungsärztliche Begutachtung ohne Belang (Beirat vom 15./16.04.1997: „Blindheit, hochgradige Sehbehinderung,,).

Die Feststellung von Blindheit erfordere, auch wegen der Bindungswirkung der Entscheidung eine besondere augenärztliche Begutachtung nach den Richtlinien der DOG durch einen gutachtlich erfahrenen Augenarzt. Der behandelnde Augenarzt solle zur Vermeidung eines Interessenkonfliktes mit der Erstellung eines solchen Gutachtens nicht beauftragt werden (Beirat vom 07./08.11.2007: „Feststellung von Blindheit“). Auch bei bettlägerigen Behinderten könne Blindheit in der Regel nur nach Untersuchung durch einen erfahrenen Augenarzt festgestellt werden (Beirat vom 10.04.1991: „Feststellung von Sehbehinderungen bei Kleinkindern und bettlägerigen Behinderten“).

Der SVB hat auch darauf hingewiesen, dass es eine absolut gleichartige Einschränkung der Sehschärfe auf beiden Augen nicht gebe; feine Unterschiede seien bei einem schwer herabgesetzten Sehvermögen aber kaum noch messbar. Ein Visus von 1/40 auf beiden Augen für sich allein reiche zwar nicht aus, um Blindheit (1/50) anzunehmen; eine zusätzlich vorliegende Gesichtsfeldeinschränkung könne den geringen Visusvorteil aber aufheben. Wenn eine exakte Messung nicht möglich sei, sei die Angabe „Fingerzahlen nicht möglich“ als Indiz dafür anzusehen, dass die Sehschärfe beider Augen weniger als 1/50tel betrage (Beirat vom 18./19.03.1992: „Feststellung von Blindheit - Gutachtliche Beurteilung“).



Der Begriff „Fingerzahlen“ werde augenärztlicherseits nämlich nur benutzt, wenn der Visus weniger als 1/50 betrage (Beirat vom 10./11.11.1992: „Feststellung von Blindheit“).

Wird der für Blindheit entscheidende Grenzwert von 0,02 nicht unterschritten, rechtfertigt eine hohe Blendungsempfindlichkeit die Feststellung des Merkzeichens „Bl“ auch dann nicht, wenn die Blendungsempfindlichkeit unter bestimmten Voraussetzungen, aber nicht für den überwiegenden Teil des Tages zur Blindheit führt (SG Düsseldorf, Urteil vom 03.06.2009 - S 14 (31, 28) SB 46/07 -).

## **2. visuelle Agnosie (Seelenblindheit) - Rindenblindheit - Apallisches Syndrom**

Nach Teil a Nr. 6 Buchst. c) VMG ist auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit) blind, nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen.

**a)** Die Frage der **Seelenblindheit bzw. visuellen Agnosie** hat den SVB und die Rechtsprechung mehrfach - meist im Zusammenhang mit jeweiligen Landesgesetzen zum Blindengeld und deshalb auch differenziert zu betrachten - beschäftigt.

Der SVB hat darauf verwiesen, dass sehr verschiedene Arten von zentralen Verarbeitungsstörungen für visuelle Eindrücke bestünden; diese würden unter dem Oberbegriff der „visuellen Agnosie“ erfasst. Medizinisch sei Seelenblindheit grundsätzlich etwas anderes als eine Blindheit, die die Augen als optische Organe betreffe. Das Sehvermögen sei bei einer Seelenblindheit nicht beeinträchtigt; die Betroffenen könnten sehen, das Gesehene aber nicht geistig erfassen, nicht richtig identifizieren bzw. mit früheren visuellen Erinnerungen vergleichen. Die visuelle Agnosie könne nicht als Blindheit z.B. i.S.d. des Bundessozialhilfegesetzes angesehen werden. Die Frage, ob bei Seelenblindheit ein Blindenführhund als Hilfsmittel zu stellen sei, ergebe sich nicht. Eine Seelenblindheit wirke sich zwar - wenn auch in anderer Weise als eine Erblindung der Augen - auf die Teilnahme am Straßenverkehr aus. Ein Blindenführhund könne einem Betroffenen indes die Teilnahme am Straßenverkehr nicht ermöglichen; denn diese sei schon aufgrund der Erkrankung überhaupt nicht möglich.

Das LSG NRW hat (im Rahmen eines Rechtsstreits über Blindenführgeld i.S.d. § 14 BVG) zur visuellen Agnosie ausgeführt, es komme nicht darauf an, ob das Nichterkennenkönnen auf einer Schädigung des Auges selbst oder der Sehnerven oder auf einer anderen Schädigung beruhe, durch die „wahrnehmen und erkennen“ von Bildern ausgeschlossen sei. Blindheit bestehe auch dann, wenn das möglicherweise mit den Augen erfasste Bild nicht in „Erkennen“ umgesetzt werden könne; Sehen heiße „wahrnehmen und erkennen“ (LSG NRW, Urteil vom 23.07.1991 - L 6 (7) V 245/90 -).

Das BSG hat sich weitgehend der Auffassung des SVBs zu der visuellen Agnosie angeschlossen: Nicht maßgeblich sei zwar, auf welchen Ursachen die Störung des Sehvermögens beruhe und ob das Sehorgan (Auge, Sehbahn) selbst geschädigt sei; auch cerebrale Schäden, die zu einer Beeinträchtigung des Sehvermögens führten, seien zu berücksichtigen. Allerdings sei aber in Abgrenzung vor allem zu Störungen, die dem Bereich der seelisch/geistigen Behinderung zuzuordnen sind, zu differenzieren, ob das Seh“vermögen“, d.h. das Sehen- bzw. Erkennen-Können beeinträchtigt ist oder ob - bei vorhandener Sehfunktion - eine zentrale Verarbeitungsstörung vorliegt, bei der das Gesehene nicht richtig identifiziert bzw. mit früheren visuellen Erinnerungen verglichen werden kann, in der also die Störung nicht das „Erkennen“, sondern nur das „Benennen“ betrifft. Soweit derartige zentrale Verarbeitungsstörungen für visuelle Eindrücke nicht das „Sehen- bzw. Erkennen-Können“ stören, sondern nur zu (gnostischen) Ausfällen des „Benennens“ führen, seien sie der faktischen Blindheit nicht gleichzustellen. Dies schließe aber nicht aus, dass bei einem kombinierten Krankheitsbild die Voraussetzungen gleichwohl erfüllt sind, wenn nämlich z.B. der Betroffene infolge des Zusammenwirkens der verschiedenen Störungen praktisch nicht sehen könne, wenn also z.B. Störungen des Sehvermögens (etwa durch eine Opticusschädigung) mit visuellen Verarbeitungsstörungen (als Teilursache) in einer Weise zusammenwirkten, dass die Störung des Sehvermögens insgesamt in ihrem Schweregrad einer relevanten Sehschärfenbeeinträchtigung gleichzuachten sei (BSG, Urteil vom 31.01.1995 - 1 RS 1/93 -, LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20.01.2011 - L 12 SB 54/09 -). Dabei muss allerdings eine starke allgemeine cerebrale Schädigung, die sämtliche cerebralen Leistungen und damit auch die visuelle Verarbeitung betrifft, nachgewiesen werden können (Bayerisches LSG, Urteil vom 27.07.2004 - L 15 BL 1/02 -). Nicht unähnlich hat das LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 30.06.2009 - L 13 SB 62/04 -, ausgeführt, dass ein Anspruch auf Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ wegen einer Agnosie nicht von vorneherein ausgeschlossen sei und auch bei Vorliegen einer visuellen Agnosie derjenige behinderte Mensch als blind i.S. des Schwerbehindertenrechts angesehen werden könne, bei dem ein sog. kombiniertes Krankheitsbild vorliegt und bei dem die visuelle Wahrnehmung deutlich stärker betroffen ist als die Wahrnehmung der anderen Modalitäten des Gehirns. Nach den Regeln der objektiven Beweislast obliege allerdings dem behinderten Menschen der Nachweis, bei ihm sei die visuelle Wahrnehmung deutlich stärker als die Wahrnehmung in anderen Modalitäten betroffen.

Mit Urteil vom 24.10.2019 (BSG, Urteil vom 24.10.2019 - B 9 SB 1/18 R -) hat das BSG (nochmals) klargestellt, dass Blindheit i.S. des Teil A Nr. 6 Buchst. a) bis c) VMG auf Störungen des Sehapparates beschränkt ist.

Gnostische - neuropsychologische - Störungen des visuellen Erkennens führten hingegen nicht zur Blindheit. Teil A Nr. 6 Buchst. a) bis c) VMG beschrieben schon durch ihre wörtliche Bezugnahme auf die Richtlinien der DOG Defekte im Funktionssystem des optischen Apparates bzw. in der Verarbeitung optischer Reize in der Sehrinde. Andere cerebrale Störungen wie eine „visuelle Agnosie oder andere gnostische Störungen“ genügen nicht. Die Differenzierung folge der Ordnung der VMG nach Organ- und Funktionseinheiten unter medizinischen Gesichtspunkten. Dadurch unterschieden sich die Bewertungen nach den VMG von den landesrechtlichen Vorschriften zum Blindengeld, die zumindest zum Teil keine Bezugnahme auf die ophthalmologischen Grundsätze enthielten (s. z.B. BSG, Urteil vom 11.08.2015 - B 9 BL 1/14 R -; so im Anschluss auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.11.2017 - L 13 SB 71/17 -, allerdings zur Frage, ob Blindheit i.S. des Schwerbehindertenrechts besteht).

**b)** Die visuelle Agnosie zählt nach der Beurteilung des SVBs zu den Hirn- schäden mit herdbedingten Ausfällen und ist entsprechend den Vorgaben in der Nr. 26.3 AHP bzw. in Teil B 3.1.1 VMG zu bewerten. Eine komplette visuelle Agnosie bedinge danach einen GdB von 100 und rechtfertige die Zuerkennung der Nachteilsausgleiche „G“, „B“ und „H“; Teilstörungen seien entsprechend niedriger zu bewerten (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei visueller Agnosie“).

Die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht seien dann erfüllt, wenn die optische Agnosie - wie alle anderen Sehbehinderungen auch - für sich allein mit einem GdB von wenigstens 60 zu bewerten sei (Beirat vom 02.10.1990: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei optischer Agnosie“).

**c)** Bei einem **apallischen Syndrom** kann sowohl Blindheit als auch eine visuelle Agnosie vorliegen. Der Nachweis eines apallischen Syndroms allein reicht damit nach Auffassung des SVBs nicht aus, um Blindheit anzunehmen. Vielmehr sei eine entsprechend schwere Schädigung der Sehbahn nachzuweisen; in jedem Fall müsse Blindheit als ophthalmologische Diagnose gesondert nachgewiesen werden, auch wenn dies sehr aufwendig und kostenintensiv sei. Wenn bei einem Apalliker nicht eindeutig eine Zerstörung der Sehrinde nachgewiesen sei, liege Blindheit nicht vor (Beirat vom 21./22.03.1994: „Frage der Annahme von Blindheit bei apallischem Syndrom“, Beirat vom 18./19.11.1996: „Feststellung von Blindheit beim Zusammenwirken von Schäden des Sehorgans mit zerebralen Schäden“ und Beirat vom 12./13.11.1997: „Erneut: „Frage der Feststellung von Blindheit bei Apallikern“).

Zur Feststellung von Blindheit bei Apallikern seien der morphologische Befund am Sehorgan und die Ableitung der visuellen evozierten Potentiale (VEP) - insbesondere ein Blitz-VEP - heranzuziehen. Mit einem Blitz-VEP könne zwar der Visus nicht näher quantifiziert werden, ein negativer Ausfall dieser Untersuchung könne aber bei sachgerechter Durchführung als Nachweis einer der Blindheit gleichzuachtenden Sehstörung gewertet werden. In aller Regel würden dann nämlich optische Reize nicht mehr bis zur Sehrinde weitergeleitet und dort verarbeitet. Allein aus einer Abblassung der Pupille könne nicht auf Blindheit geschlossen werden (Beirat vom 07./08.11.2001: „Blindheit und apallisches Syndrom“).

**d)** Abzugrenzen von der visuellen Agnosie sei die seltene Rindenblindheit infolge beiderseitiger Zerstörung der Sehzentren in den Hinterhauptlappen des Gehirns (z.B. infolge doppelseitiger Infarkte der Arteriae cerebri posteriores); bei dieser Erkrankung könnten die Betroffenen nicht sehen. Als blind könnten allerdings nur die Betroffenen angesehen werden, deren Sehrinde vollständig ausgefallen sei (Beirat vom 26. April 1989: „Beurteilung der Seelenblindheit“, Beirat vom 31. Oktober 1989: „erneut: Beurteilung der Seelenblindheit“ und Beirat vom 18. bis 19. März 1993: „erneut: Frage der Feststellung von Blindheit bei Schwersthirnbeschädigten“).

#### **4. Sonstiges**

Eine hysterische (konversionsneurotische) „Blindheit“ ist einer organischen Blindheit gleichzusetzen (VG Köln - 21 K 1778/92 -).

Ein Blepharospasmus, ein krampfhafter Verschluss beider Augenlider, kann in seiner konkreten Ausprägung mit einer Beeinträchtigung der Sehschärfe auf 1/50 vergleichbar sein. Das ist der Fall, wenn der behinderte Mensch nicht in der Lage ist, die Augen in der Dunkelheit über einen kürzeren Zeitraum hinaus halbwegs zu öffnen, und die Augenöffnung, die sich auf einen schmalen Lidspalt beschränkt ist, bei Tageslicht nicht möglich ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29.01.2015 - L 13 SB 148/14 -).

Blinde erhalten besondere Parkerlaubnisse nach der StVO. Der Nachteilsausgleich „aG“ ist aber Blinden in der Regel nicht zu gewähren (LSG NRW, Urteil vom 19.06.2001 - L 6 SB 32/01 -; Beirat vom 23.11.1983: „Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Blindheit“).

Mit Urteil vom 26.10.2004 - B 7 SF 2/03 R - hat das BSG ausgeführt, dass sog. Wachkomapatienten Blindengeld - nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz - nicht deshalb verweigert werden könne, weil blindheitsbedingte Aufwendungen überhaupt nicht anfallen würden. Diese Urteil nimmt Bezug auf die auch o.a. Voraussetzungen und enthält keine neue, für Wachkomapatienten günstigere Definition der Blindheit (so zutreffend

Beirat vom 08.11.2005: „Blindheit und Wachkoma“). Blindengeld (hier nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz, Art 1) steht blinden und hochgradig sehbehinderte Menschen zu. Diese Beschränkung der Blindengeldleistungen auf blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen und der Ausschluss nicht blinder und nicht hochgradig sehbehinderte Menschen verstößt weder gegen das verfassungsrechtliche Benachteiligungs- noch gegen das konventionsrechtliche Diskriminierungsverbot. Der Gesetzgeber hat sich bei der Aufstellung der Voraussetzungen für die Blindengeldleistungen innerhalb seines Gestaltungsspielraums bewegt. Die Differenzierung zwischen Blinden und Personen mit anderen Behinderungen bzw. mit Verlust von Sinnesfunktionen (Hörsinn) ist nicht willkürlich (Bayerisches LSG, Urteil vom 09.01.2018 - L 15 BL 10/17 -).

Zu Sehbehinderungen / Sehschärfe s. im Übrigen die Anmerkung (S. 188) zu Teil B 4.3 VMG.

## Teil A: 7. Wesentliche Änderung der Verhältnisse

- a) Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Schädigungsfolgen oder der Behinderung liegt nur vor, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdS wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist auch gegeben, wenn die entscheidenden Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht (z. B. Pflegezulage) oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind.
- b) Nach Ablauf der Heilungsbewährung ist auch bei gleichbleibenden Symptomen eine Neubewertung des GdS zulässig, weil der Ablauf der Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt.
- c) Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht ist bei einer Zunahme des Leidensumfangs zusätzlich zu prüfen, ob die Weiterentwicklung noch Folge einer Schädigung ist. Auch bei gleichbleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidenbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist („Verschiebung der Wesensgrundlage“).

Die VMG geben nur noch 3 kurze Hinweise darauf, wann von einer wesentlichen Änderung auszugehen ist. Dies entspricht der Rechtslage; denn die Frage, ob, wann und unter welchen Voraussetzungen ein bestandskräftiger Bescheid abgeändert werden kann, ist allgemeingesetzlich - und höher gesetzlich - im SGB X geregelt. Zu Änderungen ist der Verordnungsgeber der VMG nicht berechtigt.

Die Abänderung eines bestandskräftigen Bescheides, mit dem z.B. Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht oder dem Sozialen Entschädigungsrecht getroffen worden sind, kann grundsätzlich erfolgen,

- I. weil seit Erlass dieses Bescheides eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist (§ 48 SGB X) (s. S. 102)
- II. weil der Bescheid rechtswidrig nicht begünstigend war (§ 44 SGB X) (s. S. 118)
- III. weil der Bescheid rechtswidrig begünstigend war (§ 45 SGB X) (s. S. 122).

Vorweg ist auf die umfassende Ausarbeitung von **Strassfeld** zu den §§ 44, 45 und 48 SGB X zu verweisen (*auf der CD „Sozialrecht“ zu diesem Buch*).

**Gesetzestexte SGB X - §§ 48, 44, 45**

**§ 48 Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse**

- (1) *Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit*
- 1. die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt,*
  - 2. der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist*
  - 3. nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen oder Vermögen erzielt worden ist, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt haben würde, oder*
  - 4. der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.*
- Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gilt in Fällen, in denen Einkommen oder Vermögen auf einen zurückliegenden Zeitraum auf Grund der besonderen Teile dieses Gesetzbuches anzurechnen ist, der Beginn des Anrechnungszeitraumes.*
- (2) *Der Verwaltungsakt ist im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft auch dann aufzuheben, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zugunsten des Berechtigten auswirkt; § 44 bleibt unberührt.*
- (3) *Kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nach § 45 nicht zurückgenommen werden und ist eine Änderung nach Absatz 1 oder 2 zugunsten des Betroffenen eingetreten, darf die neu festzustellende Leistung nicht über den Betrag hinausgehen, wie er sich der Höhe nach ohne Berücksichtigung der Bestandskraft ergibt. Satz 1 gilt entsprechend, soweit einem rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsakt ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt zugrunde liegt, der nach § 45 nicht zurückgenommen werden kann.*
- (4) *§ 44 Abs. 3 und 4, § 45 Abs. 3 Satz 3 bis 5 und Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt nicht im Fall des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1.*

#### **§ 44 Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes**

- (1) Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.*
- (2) Im Übrigen ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden.*
- (3) Über die Rücknahme entscheidet nach Unanfechtbarkeit des Verwaltungsaktes die zuständige Behörde; dies gilt auch dann, wenn der zurückzunehmende Verwaltungsakt von einer anderen Behörde erlassen worden ist.*
- (4) Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, anstelle der Rücknahme der Antrag.*

#### **§ 45 Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes**

- (1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.*
- (2) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem*



*öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit*

- 1. er den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat,*
- 2. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder*
- 3. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.*

*(3) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung kann nach Absatz 2 nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe zurückgenommen werden. Satz 1 gilt nicht, wenn Wiederaufnahmegründe entsprechend § 580 der Zivilprozessordnung vorliegen. Bis zum Ablauf von zehn Jahren nach seiner Bekanntgabe kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach Absatz 2 zurückgenommen werden, wenn*

- 1. die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 3 Nr. 2 oder 3 gegeben sind oder*
- 2. der Verwaltungsakt mit einem zulässigen Vorbehalt des Widerrufs erlassen wurde.*

*In den Fällen des Satzes 3 kann ein Verwaltungsakt über eine laufende Geldleistung auch nach Ablauf der Frist von zehn Jahren zurückgenommen werden, wenn diese Geldleistung mindestens bis zum Beginn des Verwaltungsverfahrens über die Rücknahme gezahlt wurde. War die Frist von zehn Jahren am 15. April 1998 bereits abgelaufen, gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass der Verwaltungsakt nur mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben wird.*

*(4) Nur in den Fällen von Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen. Die Behörde muss dies innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen tun, welche die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes für die Vergangenheit rechtfertigen.*

*(5) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.*

### ***I. Wesentliche Änderung der Verhältnisse - § 48 SGB X (s. Gesetzestext (S.99 ))***

1. Die Feststellung des GdB und von Nachteilsausgleichen ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (§ 31 SGB X). Dieser kann nach § 48 SGB X geändert werden, wenn in den **tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen**, die zum Zeitpunkt seines Erlasses vorgelegen haben, eine **wesentliche Änderung** (z.B. eine bedeutsame Besserung oder Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse) eingetreten ist.

Zu beachten ist, dass ein Bescheid, mit dem die Feststellung eines GdB oder Nachteilsausgleichs abgelehnt wird, zwar ebenfalls einen Verwaltungsakt darstellt; da sich aber die Regelung hier in der einmaligen Ablehnung erschöpft, entfaltet der Verwaltungsakt keine Dauerwirkung. Das hat zur Folge, dass in diesem Fall bei einem neuen Antrag § 48 SGB X keine Anwendung findet; der Antrag ist wie ein Erstantrag zu behandeln.

2. Die Änderung wird **nicht durch Vergleich mit dem Inhalt** des früheren Bescheides ermittelt, sondern es kommt darauf an, ob in den **tatsächlichen** Verhältnissen gegenüber dem **Zeitpunkt**, zu dem dieser Vorbescheid erteilt wurde, eine wesentliche Änderung eingetreten ist (BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 - m.w.N.). Vorbescheid in diesem Sinn ist der zeitlich letzte bestandskräftige Bescheid, mit dem ein GdB geändert oder festgestellt wurde. Ist zuletzt ein Widerspruchsverfahren durchgeführt worden, so ist der Widerspruchsbescheid der maßgebliche Vorbescheid. Ein zwischenzeitlich ergangener Bescheid, mit dem lediglich ein Erhöhungsantrag oder die Zuerkennung eines beantragten Nachteilsausgleichs abgelehnt wurde, kann nicht als Vergleichsgrundlage herangezogen werden, da er keine Dauerwirkung hat (s.o. unter I. 1.).

Die Änderung muss **zeitlich nach** Erteilung des Vorbescheides erfolgt sein. Ist die wesentliche Änderung schon zu einem Zeitpunkt eingetreten, der vor Erteilung des maßgeblichen Vorbescheides liegt, so war dieser Vorbescheid **zum Zeitpunkt seines Erlasses unrichtig**. In diesem Sinne unrichtige Verwaltungsakte können (in der Regel) nicht über § 48 SGB X geändert werden. **Rechtswidrig begünstigende** Verwaltungsakte können nur nach § 45 SGB X (s. die Anmerkung dazu (S. 122)) und z.B. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2020 - L 11 VG 38/16 -), **rechtswidrig belastende** Verwaltungsakte nur nach § 44 SGB X (s. die Anmerkung dazu (S. 118)) geändert werden. Etwas anderes gilt lediglich, wenn die (strengen) Voraussetzungen des § 38 SGB X (offenbare Unrichtigkeit) vorliegen.

**Beispiele:**

A. leidet an einer Augenerkrankung. 1993 betrug die Sehschärfe rechts wie links je 0,25. Richtigerweise wurde daher 1993 ein GdB von 40 festgestellt. Bis 1998 verschlechtert sich das Sehvermögen so, dass nun beiderseits nur noch eine Sehschärfe von 0,1 vorliegt. Auf den Änderungsantrag des A. aus dem Jahre 1998 ändert die Verwaltungsbehörde nunmehr den GdB - gestützt auf § 48 SGB X - auf 70 ab.

Der Bescheid ist rechtmäßig.

Bei A. bestand 1993 eine Sehschärfe von rechts wie links 0,8. Statt, wie in den AHP vorgegeben, dies mit einem GdB von 0 zu bewerten, stellte die Verwaltung einen GdB von 60 fest. 1998 stellt A. einen Änderungsantrag. Es stellt sich heraus, dass seine Sehschärfe weiterhin beiderseits 0,8 beträgt. Die Behörde erteilt daraufhin einen auf § 48 SGB X gestützten Bescheid, wonach nun kein GdB mehr vorliegt.

Dieser Bescheid ist rechtswidrig. Eine Änderung ist nämlich nicht eingetreten.

Bei A. bestand 1993 eine Sehschärfe von rechts wie links 0,8. Die Verwaltung stellte rechtswidrig einen GdB von 60 fest. 1998 stellt A. einen Änderungsantrag. Es stellt sich heraus, dass die Sehschärfe nun beiderseits 0,4 beträgt (GdB 20). Die Behörde erteilt daraufhin einen auf § 48 SGB X gestützten Bescheid, wonach der GdB nun nur noch 20 beträgt.

Auch dieser Bescheid ist rechtswidrig.

Zwar ist in den gesundheitlichen Verhältnissen gegenüber dem Bescheid aus dem Jahre 1993 eine Änderung eingetreten, diese Änderung ist aber eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Antragstellers. Die Änderung des Verwaltungsaktes ist nach § 48 Abs. 1 SGB X jedoch nur zulässig, „soweit“ eine Änderung eingetreten ist, d.h. die Änderung ist nur in **Richtung** der Verbesserung oder Verschlechterung zulässig.

Bei A. bestand 1993 eine Sehschärfe von beiderseits 0,1 (GdB 70). Die Verwaltung stellte aber 1993 nur einen GdB von 40 fest. 1998 stellt A. einen Änderungsantrag. Es wird weiterhin eine Sehschärfe von 0,1 festgestellt.

Hier hat A. keinen Anspruch auf Änderung des GdB von 40 auf 70 nach § 48 SGB X, da die Behinderung gleich geblieben ist. A. kann aber über einen Antrag nach § 44 SGB X eine Änderung des Bescheides (GdB 70) erreichen.

3. Die **Änderung muss wesentlich** sein. Das ist im Schwerbehindertenrecht der Fall, wenn der (Gesamt-) GdB **um 10 höher oder niedriger** ist oder wenn die Voraussetzungen für einen Nachteilsausgleich entfallen sind (z.B. LSG Berlin, Urteil vom 09.05.2000 - L 13 SB 15/98 -). Bei einer Besserung des Gesundheitszustandes ist die Behörde nicht gesetzlich gehalten, vor Erlass eines Änderungsbescheides abzuwarten, ob die Besserung auch mindestens sechs Monate besteht. Teil A Nr. 2 f) VMG, wonach der GdS eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraussetzt, betrifft nicht den Fall einer Gesundheitsbesserung (so in der Tendenz auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2020 - L 11 VG 38/16 -).
4. Allerdings ist § 48 SGB X auf die **Praxis des Schwerbehindertenrechts** nur bedingt zugeschnitten (Steyer, Die Versorgungsverwaltung 1993, Seite 24 ff). In Verbindung mit den Regelungen der §§ 44 und 45 SGB X können grundsätzlich Verwaltungsakte nur geändert werden,
- wenn entweder eine Änderung i.S.d. § 48 SGB X eingetreten ist,
  - der Verwaltungsakt **rechtswidrig belastend** ist (§ 44 SGB X) oder
  - der Verwaltungsakt **rechtswidrig begünstigend**, die **Zweijahresfrist** des § 45 Abs. 3 SGB X aber noch nicht abgelaufen ist (siehe hierzu auch die Anmerkungen zu § 45 SGB X (S. 122) und zu § 48 Abs. 3 SGB X (S. 116)).

In den relativ häufigen Fällen, in denen sich **nach Ablauf** dieser Zweijahresfrist herausstellt, dass die Feststellungen nach dem SchwbG / SGB IX begünstigend unrichtig waren, kann der Verwaltungsakt nicht mehr (ohne Weiteres) geändert werden. Allerdings hat die Rechtsprechung diverse Korrekturmöglichkeiten entwickelt:

Im Rahmen des Schwerbehindertenrechts gilt im Einzelnen:

**a) Beweiserleichterung pp**

Grundsätzlich liegt die **Beweislast** dafür, dass eine wesentliche Änderung eingetreten ist, bei demjenigen, der diese geltend macht (allgemeiner Beweisgrundsatz). Die Behörde muss also eine wesentliche Besserung in den gesundheitlichen Verhältnissen beweisen, der Antragsteller eine wesentliche Verschlechterung.

Allerdings hat das BSG im Schwerbehindertenrecht eine **Beweiserleichterung zugunsten der Verwaltung** geschaffen: Werden nämlich die nachteiligen Auswirkungen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes wesentlich geringer bewertet als in einem zuvor erlassenen Bescheid, besteht die **Vermutung**, dass sie geringer geworden und nicht ursprünglich unrichtig bewertet worden sind (BSG,

Urteil vom 10.02.1993 - 9/9a RVs 5/91 -). Ergeben die aktuellen Feststellungen also im Vergleich mit dem Vorbescheid einen um mindestens 10 geringeren GdB, so wird **vermutet, dass eine wesentliche Besserung eingetreten** ist. Entsprechendes gilt auch für Nachteilsausgleiche. Bleibt der Gesamt-GdB dagegen zur vorherigen Feststellung gleich, so wird vermutet, dass keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Die Vermutung ist allerdings **widerlegbar** (zu Nachteilsausgleichen - s.u. - sinngemäß BSG, Beschluss vom 18.09.2003 - B 9 SB 11/03 B -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 12.04.2018 - L 13 SB 76/17 -)..

Dagegen ist das Bayerische LSG (ausdrücklich **abweichend vom BSG**) der Meinung, es gebe keine tatsächliche Vermutung des Inhalts, dass bei späterer geringerer Bewertung des GdB eine wesentliche Besserung eingetreten sei. Die Behörde treffe vielmehr zumindest dann die volle Beweispflicht für eine wesentliche Besserung, wenn der **Sachverhalt** früher nicht oder **nicht ausreichend aufgeklärt** worden sei (Bayerisches LSG, Urteile vom 19.08.1993 - L10 Vs 75/91 - und - L 15 Vs 28/94 -).

Bei Nachteilsausgleichen ist zu beachten: Ist in der einem Nachteilsausgleich zugrundeliegenden Behinderung eine Besserung eingetreten, so ist diese nur dann nicht **wesentlich**, wenn der **Vorbescheid unrichtig** gewesen ist, also schon seinerzeit kein Anspruch auf den Nachteilsausgleich bestanden hat. Hat sich die damalige Beurteilung allerdings im Rahmen der AHP gehalten, ist eine weitere Tatsachenermittlung hinsichtlich einer Fehlbewertung ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 11.10.1994 - 9 RVs 9/93 -). Selbst bei einer geringfügigen Besserung kann damit der Nachteilsausgleich entzogen werden, wenn nunmehr feststeht, dass dessen Voraussetzungen nicht vorliegen.

**Aber:** Stützt sich ein Betroffener, dem ein Nachteilsausgleich wegen wesentlicher Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse entzogen wird, darauf, dass die ursprüngliche Anerkennung rechtswidrig gewesen sei, ist diesem Vorbringen nachzugehen und sind die der ursprünglichen Anerkennung zugrunde liegenden Verhältnisse aufzuklären (BSG, Beschluss vom 18.09.2003 - B 9 SB 11/03 B -).

Und:

Nach seinem Wortlaut unterscheidet § 48 SGB X nicht danach, ob der Verwaltungsakt, der aufgehoben werden soll, rechtmäßig oder rechtswidrig war. So stellt z.B. die Aufdeckung einer Fehldiagnose oder einer überhöhten MdE keine wesentliche Änderung dar. Anders liegt der Fall aber, wenn sich der tatsächliche Zustand so gebessert hat, dass eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse i.S. des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X vorliegt. In einem solchen Fall ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X auch auf von Anfang an rechtswidrige begünstigende Verwaltungsakte anwendbar. Das ist insbesondere der Fall, wenn eine wesentliche Änderung der

maßgebenden tatsächlichen Verhältnisse dergestalt eingetreten ist, dass sich die Gesundheitsstörungen (hier: Unfallfolgen) wesentlich gebessert haben (BSG Urteil vom 13.02.2013 - B 2 U 25/11 R - in der Begründung kaum nachvollziehbar, aber unter Heranziehung des vorinstanzlichen Urteils - LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 31.05.2011 - L 15 U 513/10 - verständlich).

### **b) Verdachtsfälle**

Der ursprünglich geäußerte **konkrete Verdacht** auf eine schwerwiegende Erkrankung erhärtet sich später nicht. Wenn auf den Verdacht hin bereits ein GdB festgesetzt wurde, so kann dieser gemäß § 48 SGB X - nach Wegfall des Verdachts - wieder reduziert werden, obwohl tatsächlich gar keine Änderung eingetreten ist (BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 - m.w.N.).

### **c) fehlerhafter Maßstab**

Wird ein Nachteilsausgleich **ohne gesetzliche Grundlage** gewährt (z.B. der Nachteilsausgleich „H“ bei jugendlichen Diabetikern - Nr. 22 AHP, fortgesetzt in Teil A 5 d) jj) VMG -), beruht er aber objektiv erkennbar auf einem **fehlerhaften Maßstab** (hier also den AHP), so bestimmt der fehlerhafte Maßstab die Verhältnisse im Sinne des § 48 SGB X auch für die Folgezeit. Wenn also die AHP den Nachteilsausgleich von Anfang an rechtswidrig gewähren, aber die Entziehung des Nachteilsausgleichs bei Diabetikern mit 18 Jahren anordnen, so tritt mit 18 Jahren eine wesentliche Änderung ein, die die Entziehung des Nachteilsausgleichs rechtfertigt (BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 18/94 -).

Anderer Auffassung ist das LSG Thüringen, das zu einem Fall der Heilungsbewährung (vgl. (S. 128) Teil B 1 c) VMG) meint, wenn bereits der ursprüngliche Verwaltungsakt rechtswidrig begünstigend war, kann der Eintritt der angenommenen, tatsächlich aber nicht existierenden Heilungsbewährung nicht zu einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse i.S.d. § 48 SGB X führen. Tatsächliche Verhältnisse können nur die Verhältnisse sein, die für die Entscheidung objektiv erheblich sind, nicht aber die nach der Vorstellung der Behörde existieren, jedenfalls dann nicht, wenn sie in der Entscheidung nicht objektiviert werden (Thüringer LSG, Urteil vom 07.03.2002 - L 5 SB 768/00 -).

### **d) gelegentliche Entziehung**

Ist ein **Nachteilsausgleich** von der **Höhe eines bestimmten GdB abhängig**, wie z.B. der Nachteilsausgleich „G“ von einem GdB von mindestens 50 oder der Nachteilsausgleich „RF“ von einem GdB von (meist) mindestens 80, so kann, wenn der GdB aufgrund einer wesentlichen Änderung unter diesen Wert fällt, der Nachteilsausgleich unter Berufung auf

§ 48 SGB X kassiert werden und zwar unabhängig davon, ob er **ursprünglich zu Recht oder zu Unrecht** gewährt wurde (BSG, Urteil vom 10.02.1993 - 9/9a RVs 5/91 -). Auch wenn ein **Nachteilsausgleich vom Bestehen** eines anderen abhängig ist (z.B. „B“ von „G“), kann der Entzug des zweiten Nachteilsausgleichs („B“) nach Wegfallen des ersten („G“) auf § 48 SGB X gestützt werden (BSG, Urteil vom 11.11.1987 - 9a RVs 6/86 -, s. auch Saul, Der Versorgungsbeamte 1/ 1996 Seite 10ff).

#### e) anderweitige Besserung

Eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 SGB X liegt im Übrigen auch dann vor, wenn eine **nicht im Vorbescheid genannte wesentliche Gesundheitsstörung** entfallen ist, es dem behinderten Menschen also **insgesamt objektiv besser geht als früher** (BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 14/94 -).

Auf diesen Grundlagen gelangt das BSG dazu, dass zumindest der größte Teil der rechtswidrig begünstigenden Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht schon über die „Annahme“ einer wesentlichen Änderung korrigiert werden kann (siehe hierzu auch Spallek, Die Versorgungsverwaltung 6/1996 S. 84 ff mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Die **verbleibenden Fälle müssen nach § 48 Abs. 3 SGB X** behandelt werden.

5. Als eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 SGB X wird auch eine „Heilungsbewährung“, angesehen. Darunter verstehen die AHP (s. im Einzelnen die Anmerkung zu Teil B 1 VMG (S. 129)) das Abwarten eines bestimmten Zeitraumes nach Auftreten einer schweren Erkrankung.

#### Beispiel:

Bei der B. wurde 1992 Brustkrebs festgestellt. Dieser wurde durch eine Operation 1992 vollständig entfernt. 1993 wurde deshalb bei B. ein GdB von 50 festgestellt. 1997 setzt die Behörde den GdB unter Berufung auf eine „Heilungsbewährung“ nach § 48 SGB X herab.

Der Bescheid ist rechtmäßig.

Zwar ist zwischen 1992 und 1997 keine Änderung im Gesundheitszustand eingetreten, denn schon 1992 war der Krebs völlig entfernt. Die AHP sahen jedoch hier ein fünfjähriges **Abwarten seit operativer Entfernung der Geschwulst** vor (Nr. 26.14 AHP - jetzt Teil B 14.1 VMG). Allein dieser **Zeitablauf** rechtfertigt, sofern kein Rezidiv aufgetreten ist, nun nach § 48 SGB X die Änderung des Vorbescheides.

Allerdings ist die Verwaltungsbehörde auch bei einer Herabsetzung des GdB wegen Ablaufs der Heilungsbewährung zu hinreichenden Ermittlungen über den aktuellen Gesundheitszustand des behinderten Menschen verpflichtet. Wird dies unterlassen und bestehen Zweifel an den dennoch getroffenen Feststellungen, ist die Verwaltungsentscheidung aufzuheben. Zu eigenen Ermittlungen ist das Gericht zumindest nach 6 Jahren nicht mehr verpflichtet, da auszuschließen ist, dass nun noch

tragfähige Aussagen zum Gesundheitszustand des behinderten Menschen und des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen zum Herabsetzungszeitpunkt zu gewinnen sind (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.03.2019 - L 13 SB 101/16 -).

6. Auch wenn sich die **VMG ändern** (z.B. durch die Einführung abgeänderter Bewertungsmaßstäbe) oder wenn sich die **medizinische Lehrmeinung** ändert, kann der GdB unter Berufung auf § 48 SGB X geändert werden; die Änderung der medizinischen Lehrmeinung ist dabei genauso zu behandeln wie eine **Rechtsänderung** i.S.d. § 48 Abs. 1 SGB X (BSG, Urteil vom 11.10.1994 - 9 RVs 1/93 -; s. dazu auch Beschluss des BVerfG vom 06.03.1995 - 1 BvR 60/95 - beide zu den AHP).

**Beispiel:**

A. hat ein künstliches Hüftgelenk. 1990 wurde - nach den damals geltenden AHP 1983 - zutreffend ein GdB von 30 festgestellt. 1997 stellt A. einen Änderungsantrag.

Die Behörde kann - gestützt auf § 48 SGB X - den GdB auf 20 herabsetzen; denn die AHP sahen - seit 1996 - bei einem künstlichen Hüftgelenk nur noch diesen GdB vor (s. (S. 380) Nr. 26.18 AHP - jetzt Teil B 18.12 VMG).

Die durch Änderung der prothetischen Versorgung erfolgte Verbesserung der Mobilität, der Koordination und des Aktionsradius stellt jedenfalls im Unfallversicherungsrecht keine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X dar (BSG, Urteil vom 20.12.2016 - B 2 U 11/15 R -). Es bestehen keine Bedenken, diese Rechtsprechung auf das Schwerbehindertenrecht bzw. das Recht der Sozialen Entschädigung zu übertragen. Ein Besserung der Mobilität durch verbesserte Prothesenversorgung kann in der Grundlage dafür sein, die Bewertungsmaßstäbe zu ändern (s.o. Rdn. 6 am Anfang); das ist z.B. geschehen durch § 146 Abs. 3 SGB IX in der ab 30.12.2016 geltenden Fassung (s. (S. 480) Anmerkung zu Teil D 3 VMG und § 146 Abs. 3 SGB IX I. a.E.).

7. Trotz der vorgenannten Erleichterungen führt § 48 SGB X insbesondere bezogen auf Nachteilsausgleiche zu unbefriedigenden Ergebnissen, weil - bei **Versäumung der Fristen nach § 45 SGB X** - derjenige, dem etwas zu Unrecht zugesprochen wurde, eine **bessere Rechtsposition** erhält als derjenige, dem **dieselbe Leistung zu Recht** zuerkannt wurde (siehe hierzu (S. 116) die Anmerkung zu § 48 Abs. 3).
8. Nach dem **Wortlaut** des § 48 SGB X darf die Aufhebung bzw. Änderung des Verwaltungsaktes nur „**soweit**“ erfolgen, als eine Änderung eingetreten ist.  
Wurde z.B. - s.o. unter B. I. 6. - bei A. 1990 rechtswidrig ein GdB von 40 festgestellt, obwohl er nur ein künstliches Hüftgelenk hatte, das nach den AHP 1983 zutreffend mit einem GdB von 30 hätte bewertet werden müssen, so kann die Verwaltung den GdB 1997 nach § 48 SGB X nur auf 30



reduzieren und sich dabei darauf berufen, dass die AHP 1996 nunmehr einen um 10 reduzierten GdB bei künstlichem Hüftgelenk vorsehen, nämlich einen GdB von 20 statt 30 (so auch LSG Berlin - L 13 Vs 31/91 -). Nur insoweit kann sie den GdB bei A. reduzieren.

Denkbar wäre allerdings, soweit die Fristen - anders als im Beispielfall - eingehalten sind, dass die Feststellung des GdB von 40 um 10 nach § 48 SGB X abgeändert und **um weitere 10 nach § 45 SGB X** zurückgenommen wird. Nur auf diese Art und Weise kann der nun eigentlich zutreffende GdB von 20 (materiell gerechtfertigt) festgestellt werden. Der Verwaltungsakt muss dann allerdings unter Hinweis auf beide Anspruchsgrundlagen ergehen.

9. Nach dem Wortlaut des § 48 SGB X hat eine **Erhöhung des GdB** auch dann zu erfolgen, **wenn objektiv eine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist**, der GdB aber früher zu hoch festgesetzt war.

**Beispiel:**

Bei A. war für einen einseitigen Klumpfuß früher ein GdB von 50 festgestellt worden, obwohl nur ein GdB von maximal 40 (s. Nr. 26.18 AHP - jetzt Teil B 18.14 VMG) gerechtfertigt war. Nun tritt eine Verschlechterung ein, die eine Erhöhung des GdB um 10 rechtfertigt. Der GdB ist auf 60 zu erhöhen; denn die Erhöhung hat „**soweit**“ zu erfolgen, wie eine Änderung eingetreten ist.

Dem kann die Verwaltung nur begegnen, in dem sie die frühere Feststellung nach § 45 SGB X zurücknimmt oder, wenn die Rücknahmefristen abgelaufen sind, den rechtswidrig begünstigenden Verwaltungsakt „abschmilzt“ (siehe hierzu im Einzelnen die Anmerkung zu § 48 Abs. 3 (S. 116)).

10. Eine **Umdeutung** eines auf § 48 gestützten Bescheides in einen Bescheid nach § 45 SGB X ist in der Regel nicht möglich, da eine gesetzlich gebundene Entscheidung nicht in eine Ermessenentscheidung umgedeutet werden kann (§ 43 Abs. 3 SGB X, s. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2020 - L 11 VG 38/16 -), „es sei denn, es liegt ausnahmsweise eine sog. „Ermessensreduzierung auf Null“ vor (zur Umdeutung s. auch (S. 122) Anmerkung zu Teil A 7 - Wesentliche Änderung der Verhältnisse III - Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakte - Rdn. 8).

Ein Bescheid nach § 45 SGB X kann allerdings in einen nach § 48 SGB X umgedeutet werden (BSG, Urteil vom 10.02.1993 - 9/9a RVs 5/91 -).

11. Die Berücksichtigung einer Änderung ist, unabhängig davon, ob der behinderte Mensch oder die Verwaltung diese geltend macht, nicht an Fristen gebunden. Entscheidend ist lediglich, dass die Änderung zeitlich nach Erteilung des maßgeblichen Vorbescheides eingetreten ist. Wenn der maßgebliche Vorbescheid allerdings schon lange und wenn auch die nachfolgende Änderung schon **zehn Jahre** (§ 45 Abs. 3 Satz 3 SGB X) zurückliegt, kann die Verwaltung den Bescheid nicht mehr wegen einer Besserung der Verhältnisse zu Lasten des behinderten Menschen rückwirkend auf den Zeitpunkt der Änderung hin, sondern nur noch mit Wirkung für die Zukunft abändern (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30.01.2015 - L 8 SB 2523/14 -; BSG, Urteil vom 11.08.2015 - B 9 SB 2/15 R -).

Nicht nur hierbei ist die vom LSG Berlin Brandenburg (Urteile vom 16.04.2015 - L 13 SB 140/13 - und vom 08.10.2015 - L 13 SB 90/12 -) vertretene Auffassung zu beachten, dass ein den GdB nach Maßgabe des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft herabsetzender Bescheid in vollem Umfang aufzuheben ist, wenn er den GdB tatsächlich auch auf die Vergangenheit absenkt, hier für die Zeit zwischen Fertigung und Zustellung des Bescheides; die Entscheidung soll nämlich nicht in Zeitabschnitte teilbar sein. Die hierzu erhobene Nichtzulassungsbeschwerde hat das BSG verworfen, ohne die Rechtsfrage endgültig zu klären (BSG, Beschluss vom 06.10.2015 - B 9 SB 46/15 B -).

12. Nach § 62 Abs. 2 BVG darf der GdS bei rentenberechtigten Beschädigten nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Erteilung des Rentenbescheides niedriger festgesetzt werden. Nur dann, wenn durch eine Heilbehandlung eine wesentliche und nachhaltige Besserung des schädigungsbedingten Gesundheitszustandes erreicht worden, so ist eine niedrigere Festsetzung schon früher zulässig, jedoch frühestens nach Ablauf eines Jahres nach Abschluss dieser Heilbehandlung.

Aus § 62 Abs. 3 Satz 1 BVG folgt, dass Leistungsempfänger, die über 55 Jahre alt sind und bei denen seit über zehn Jahren unverändert eine Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt ist, nicht mehr mit einem Eingriff in das Versorgungsverhältnis - auch nicht bei Besserung der Schädigungsfolge - rechnen müssen. Diese Regelungen dienen jedoch ausschließlich dem Bestandsschutz der Versorgungsrente. Sie sind im Schwerbehindertenrecht nicht - nach Sinn und Zweck auch nicht analog - anwendbar. Auch bei behinderten Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, sollen Nachuntersuchungen nicht unterlassen werden. Es müsse - so der SVB - nämlich vermieden werden, dass Feststellungen der Schwerbehinderteneigenschaft nicht unberechtigt dauerhaften Bestand haben (z.B. bei Erkrankungen im Stadium der Hei-

lungsbewährung). Deshalb sei auch bei der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes 1986 die bis dahin nach § 3 SchwbG im Schwerbehindertenrecht anzuwendende Vorschrift des § 62 Abs. 1 bis 3 BVG gestrichen worden (Beirat vom 28./29.04.1999: „Situation der versorgungsärztlichen Dienste“).

Für die Versorgungsfälle anzumerken ist: Bei der Fristberechnung nach § 62 Abs. 3 Satz 1 BVG ist für den Beginn der Zehn-Jahres-Frist nicht auf den Zeitpunkt abzustellen, ab dem die MdE / der GdS zuerkannt worden ist. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut der Regelung. § 62 Abs. 3 BVG stellt auf den Fristablauf „seit Feststellung nach diesem Gesetz“ ab. Aus diesem Grunde ist es bei natürlichem Wortverständnis auch unerheblich, ob die MdE bzw. der GdS ab einem früheren Zeitpunkt festgestellt worden ist, der vor dem Festsetzungsakt selbst liegt. Es kommt mithin auf die gesundheitlichen Verhältnisse des Versorgungsberechtigten im Festsetzungszeitpunkt, d.h. zur Zeit des Wirksamwerdens des Festsetzungsbescheids bei dessen Bekanntgabe an (BSG, Urteil vom 18.11.2015 - B 9 V 1/15 R -).

Die Verwaltungsbehörde hat grundsätzlich das Recht, den Gesundheitszustand der Antragsteller von Zeit zu Zeit zu überprüfen (vgl. § 48 SGB X). Der interne Vermerk des ärztlichen Beraters der Behörde, wann eine solche Überprüfung sinnvollerweise stattfinden sollte, stellt ebenso wenig einen angreifbaren Verwaltungsakt dar wie die Ankündigung der Behörde, eine Überprüfung zu einem bestimmten Zeitpunkt vorzunehmen. Vielmehr handelt es sich dabei um „schlichtes Verwaltungshandeln“. Ob und wann eine Überprüfung von Bescheiden erfolgt, liegt allein im Ermessen der Verwaltung. Da diese nach § 48 SGB X verpflichtet ist, bei einer Änderung im Gesundheitszustand Bescheide entsprechend anzupassen, kann sie im gerichtlichen Verfahren auch nicht dazu verurteilt werden, von einer Überprüfung in Zukunft abzusehen. Bei den Gesundheitsstörungen, die einer „Heilungsbewährung“ (siehe (S. 129) Anmerkung zu Teil B 1 VMG) unterliegen, ist eine Nachprüfung sogar zwingend vorzunehmen.

Eine Nachprüfung kann unabhängig von der Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises erfolgen. Auch wenn also z.B. ein GdB von 80 festgestellt und der Ausweis noch vier Jahre gültig ist, kann die Verwaltung, sofern eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, den GdB herabsetzen und den Ausweis ggf. zurückfordern.

### 13. Einzelfälle und Rechtsprechung

**Bei Verlust der Eierstöcke oder der Gebärmutter** ist der GdB nach Teil B 14.2 bzw. 3 VMG (früher AHP Nr. 26.14 AHP) auch vom Lebensalter der Frau abhängig. Tritt der Verlust in jüngerem Lebensalter ein, wird die Frau aber dann älter als 50 Jahre, so stellt sich die Frage, ob allein das Älterwerden eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 SGB X darstellt. Hierzu hat der Beirat im April 1986 festgestellt, dass das Älterwerden einer Frau, für sich allein gesehen, noch keine wesentliche Änderung in den Verhältnissen darstellen könne. Im Wesentlichen seien drei Fälle zu unterscheiden:

- a. Waren für die Erstfeststellung des GdB-Grades hormonelle Ausfallerscheinungen (z.B. ausgeprägte vegetative Störungen) maßgebend und bilden sich diese mit dem Älterwerden zurück, dann liegt eine wesentliche Besserung vor.
- b. Haben außergewöhnliche psychoreaktive Störungen zur GdB-Beurteilung geführt und haben sich diese gebessert, so liegt ebenfalls eine wesentliche Änderung vor.
- c. Ist allerdings lediglich wegen der regelhaften (psychischen) Auswirkungen eines nicht realisierbaren Kinderwunsches ein GdB angesetzt worden, so ist in der Regel der GdB beizubehalten, weil sich meist nicht nachweisen lässt, dass solche Auswirkungen im Alter nicht mehr oder in geringerem Maße vorhanden sind (s. dazu im Weiteren die Anmerkung zu Teil B 14.2 bzw. 3 VMG - Kinderwunsch in jüngerem Lebensalter - (S. 304)).  
Entsprechendes dürfte bei Zeugungsunfähigkeit (Teil B 13.2 VMG (s. S. 295) 3. Kinderwunsch) - früher Nr. 26.13 AHP) gelten.

Wenn die Voraussetzungen der §§ 45 oder 48 SGB X vorliegen, kann der Verwaltungsakt auch in einem Widerspruchsverfahren entsprechend geändert werden. Das sogenannte „Verböserungsverbot“ (Reformatio in peius) gilt insoweit nicht (BSG, Urteil vom 05.05.1993 - 9/9a RVs 2/92 -).

Vor der Herabsetzung des GdB ist der behinderte Mensch dazu **anzuhören**; dabei sind ihm alle für die beabsichtigte Entscheidung wesentlichen Umstände mitzuteilen (BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB12/97 R -; BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB14/97 R -; BSG, Urteil vom 28.04.1999 - B 9 SB 5/98 R -). Ein Verstoß gegen die Anhörungspflicht bleibt aber in der Regel ohne Folgen. Nach der mit Wirkung zum 01.02.2001 in Kraft getretenen Neufassung des § 41 Abs. 2 SGB X kann die Anhörung nämlich bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz nachgeholt werden. Das Gericht muss der Verwaltungsbehörde Gelegenheit geben, die Anhörung nachzuholen. Zu den weiteren Voraussetzungen s. (S. 122) Anmerkung zu Teil A 7 - Wesentliche Änderung der

Verhältnisse III - Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakte - Rdn. 8).

Die **Aufhebung** des begünstigenden Verwaltungsaktes nach § 48 SGB X muss **ausdrücklich und unmissverständlich** erfolgen, mit einer für den Empfänger eindeutigen Regelung, um der Klarstellungs- und Warnfunktion gegenüber dem Adressaten Genüge zu tun zum Zwecke der Verdeutlichung, dass in dessen Rechtsposition eingegriffen werde. Erfolgt dies nicht, ist der Aufhebungsbescheid aufzuheben, wenn eine anderweitige Auslegung bzw. Berichtigung des Bescheids ausgeschlossen ist (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.09.2018 - L 13 SB 89/16 -).

Bei gerichtlicher Überprüfung einer Herabsetzung des GdB wegen Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse kommt es allein auf die Verhältnisse zum **Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung** an; danach eintretende Änderungen sind nicht zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 15.08.1996 - 9 RVs 10/94 -; s. dazu auch BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 5/95 -).

Bei **chronischen Leiden** ist zu berücksichtigen, dass einzelne, insbesondere laborchemisch oder bioptisch erhobene Befunde nicht immer das tatsächliche Ausmaß des Leidenszustandes zum Zeitpunkt der Untersuchung wiedergeben und auch chronische Leiden selbst unter Therapie Schwankungen im Leidenszustand aufweisen. Deshalb ist vor der Feststellung einer Besserung des Leidens sorgfältig zu prüfen, ob die festgestellte Änderung wesentlich ist. Hierbei ist der jeweilige Gesamtleidenszustand unter Beachtung aller klinischen, laborchemischen, histologischen und bildgebenden Untersuchungsbefunde sowie des bisherigen Verlaufs der Erkrankung zugrunde zu legen und dazutun, dass der gebesserte Gesamtleidenszustand als so stabil anzusehen ist, dass er über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird (Rdschr. des BMA vom 31.07.2001).

Atypisch ermöglicht § 48 SGB X nach der Rechtsprechung des BSG aber auch die Abänderung rechtswidriger Bescheide: Nach seinem Wortlaut unterscheidet § 48 SGB X nicht danach, ob der Verwaltungsakt, der aufgehoben werden soll, rechtmäßig oder rechtswidrig war. Nach ihrem Sinn und Zweck ist die Anwendung der Regelung aber ausgeschlossen, wenn und soweit der Vertrauensschutz des Betroffenen, wie er sich aus § 48 SGB X ergibt, unterlaufen würde. So stellt die Aufdeckung einer Fehldiagnose oder einer überhöhten MdE keine wesentliche Änderung dar. Anders liegt der Fall aber, wenn sich der tatsächliche Zustand so gebessert hat, dass eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse i.S. des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X vorliegt. In einem solchen Fall ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X auch auf von Anfang an rechtswidrige begünstigende

Verwaltungsakte anwendbar. Das ist insbesondere der Fall, wenn eine wesentliche Änderung der maßgebenden tatsächlichen Verhältnisse dergestalt eingetreten ist, dass sich die Gesundheitsstörungen wesentlich gebessert haben.

Ein Bescheid, mit dem der GdB herabgesetzt wird, muss den Adressaten, den Zeitraum der Aufhebung und den konkreten Umfang der Aufhebung erkennen lassen. Diesen Anforderungen wird nach Auffassung des LSG Berlin-Brandenburg (Urteil vom 16.04.2015 - L 13 SB 203/14 -) ein Bescheid nicht gerecht, wenn er nicht den Zeitpunkt nennt, von dem an die Aufhebung wirksam sein soll. Er ist deshalb aufzuheben.

### **Änderung im Klageverfahren**

Tritt eine wesentliche Änderung in einem Klageverfahren ein, so können sich folgende Konstellationen ergeben:

- a. Der Kläger hat - eine auf Feststellung eines höheren GdB gerichtete - **Verpflichtungsklage** erhoben. Während des Gerichtsverfahrens verschlechtert sich sein Gesundheitszustand. In diesen Fällen hat das Gericht die Verschlechterung zu berücksichtigen; denn entscheidungserheblich sind bei der Verpflichtungsklage die Verhältnisse zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (BSG, Urteil vom 15.08.1996 - 9 RVs 10/94 -), ohne dass in der Fortführung des Verfahrens eine Klageerweiterung i.S.d. § 99 SGG liegt.
- b. Tritt während einer Verpflichtungsklage eine wesentliche Besserung ein, die zu einem Gesamt-GdB führt, der unterhalb des GdB in der angefochtenen Verwaltungsentscheidung liegt, so wird das Gericht die Klage abweisen; denn die Klage ist lediglich darauf gerichtet, einen höheren GdB als den bereits bewilligten zu gewähren. Der Beklagte könnte allerdings im laufenden Klageverfahren einen weiteren Bescheid erteilen, mit dem der GdB herabgesetzt wird. Es wäre dann zu prüfen, ob dieser Bescheid gemäß § 96 SGG Gegenstand des anhängigen Verfahrens wird.
- c. Erweist sich im Rahmen einer Verpflichtungsklage, dass der GdB zwar zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung nicht höher ist als im angefochtenen Bescheid ausgewiesen, dass aber zwischenzeitlich (für mehr als sechs Monate) ein höherer GdB (oder ein Anspruch auf einen Nachteilsausgleich) bestanden hat, so stellt sich die Frage, ob das Gericht über die danach wieder erfolgte Reduzierung des GdB gleich mitentscheiden kann oder ob die Herabsetzung eines gesonderten Verwaltungsverfahrens bedarf.

**Beispiel:** Dem A. wird 2002 ein GdB von 40 zuerkannt. Im hiergegen gerichteten Klageverfahren stellt sich 2007 heraus, dass der GdB in den Jahren 2003 bis 2005 50 betrug, nach 2005 aber wieder ein GdB von 40 bestand.

Würde das Gericht hier dem Kläger im Urteil einen GdB von 50 für 2003 bis 2005 zubilligen, die Klage aber ansonsten abweisen, so würde das Gericht anstelle der hierzu eigentlich berufenen Verwaltung das Herabsetzungsverfahren an sich ziehen. Auch würden die Rechte des Klägers in einem Verwaltungsverfahren (Anhörung, Widerspruch) übergegangen.

Da aber die Gerichte im Rahmen einer Verpflichtungsklage berufen sind, Änderungen bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung zu berücksichtigen, spricht Nichts dagegen, wenn das Gericht die Sache nicht zur Entscheidung über eine Herabsetzung ab 2006 an die Verwaltung „zurückverweist“, sondern vollends abschließend entscheidet. Dadurch werden auch die Rechte des Klägers nicht - wesentlich - beschnitten; denn dieser hat in dem sozialgerichtlichen Verfahren ähnliche Rechte wie in einem Verwaltungsverfahren.

- d. Erhebt der Kläger **Anfechtungsklage** - er wendet sich also gegen die Herabsetzung des GdB bzw. den Entzug eines Nachteilsausgleichs - und tritt im Laufe des Verfahrens eine wesentliche Änderung - gleich, ob Verschlechterung oder Besserung - ein, so bleibt diese **unberücksichtigt**, denn bei der Anfechtungsklage kommt es allein auf die Verhältnisse zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung (das ist in der Regel der Widerspruchsbescheid) an (BSG, Urteil vom 15.08.1996 - 9 RVs 10/94 -; s. dazu auch BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 5/95 -, LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 29.04.2014 - L 6 SB 3891/13 - und vom 17.12.2015 - L 6 SB 3978/14 -). Allerdings können spätere Änderungen ggf. auch bei einer Anfechtungsklage im Rahmen einer Klageänderung geltend gemacht werden. Diese Klageänderung ist **sachdienlich**, wenn nach dem prozessualen Verhalten der Beteiligten eine Streitbeilegung ohne gerichtliche Entscheidung nicht zu erwarten und der Rechtsstreit entscheidungsreif ist oder der Beklagte sich auf eine entsprechende Klageänderung **einlässt** (BSG, a.a.O.).
- e. Für den **Zeitpunkt der Änderung gilt § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X**. Eine für den Antragsteller belastende Veränderung wird in der Regel in der Praxis erst zum Zeitpunkt des Änderungsbescheides wirksam. Eine begünstigende Veränderung ist regelmäßig (zumindest) **ab dem Zeitpunkt der entsprechenden Antragstellung** zu berücksichtigen (s. auch Anm. zu Teil A 3 VMG - rückwirkende Feststellung (S. 50)).

- f. **Kosten des Rechtsstreits:** Eine Kostenerstattung durch den Beklagten ist nicht angemessen, wenn die Höherbewertung des GdB auf einer Verschlimmerung eines Behinderungsleidens des Klägers beruht, die erst im Laufe des gerichtlichen Verfahrens eingetreten ist und der der Beklagte unverzüglich Rechnung getragen hat (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22.03.2006 - L 10 B 17/05 SB -; SG Augsburg, Gerichtsbescheid vom 19.12.2013 - S 8 SB 51/13 -).

### **Zu § 48 Abs. 2 SGB X**

§ 48 Abs. 2 SGB X bestimmt: „Der Verwaltungsakt ist im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft auch dann aufzuheben, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zugunsten des Berechtigten auswirkt.“

Im Schwerbehinderten- und Versorgungsrecht reicht eine einmalige Entscheidung des BSG aus, um die Rechtsfolgen des § 48 Abs. 2 SGB X auszulösen, da nur ein Senat des BSG auf diesen Rechtsgebieten tätig ist und nicht abgewartet zu werden braucht, bis dieser Senat jede Rechtsfrage zweimal entschieden hat.

### **Zu § 48 Abs. 3 SGB X**

1. Nach § 48 Abs. 3 SGB X sind **rechtswidrig begünstigende Verwaltungsakte**, die nach § 45 SGB X nicht zurückgenommen werden können, „**abschmelzen**“. Für das Schwerbehindertenrecht bedeutet dies eine **Festschreibung des zu hohen Behinderungsgrades** und zwar so lange, bis der tatsächliche Gesundheitszustand diesen Behinderungsgrad rechtfertigt.

**Beispiel:** Ist rechtswidrig ein GdB von 80 festgestellt worden, obwohl ein GdB von 40 hätte festgestellt werden müssen, und tritt später eine weitere Behinderung mit einem Einzel-GdB von 30 hinzu, so verbleibt der Gesamt-GdB bei 80. Ein höherer GdB als 80 kann erst festgestellt werden, wenn so viele neue Behinderungen hinzugeetreten bzw. so viele Verschlechterungen im Gesundheitszustand eingetreten sind, dass nun ein Gesamt-GdB von 90 objektiv gerechtfertigt ist.

2. Die Vorschrift ist auf Nachteilsausgleiche nicht anwendbar, da hier eine Abschmelzung naturgemäß nicht vorgenommen werden kann.
3. § 48 Abs. 3 SGB X erfordert die **Feststellung der „Abschmelzung“ durch Verwaltungsakt**. Dabei ist es auch zulässig, die entsprechende Feststellung der (ggf. teilweisen) Rechtswidrigkeit des vorausgegangenen Bescheides in dem abschmelzenden Verwaltungsakt selbst vorzunehmen, wenn der die Abschmelzung betreffende Teil des Verwaltungsaktes selbständig anfechtbar ist (BSG, Urteil vom 22.06.1988 - 9/9a RV 46/86 -).



Da ein solcher Verwaltungsakt in die Rechte des Behinderten eingreift, muss dieser vorher hierzu angehört werden (s.o. unter I. 13. Abs. 3 (S. 112)).

Nicht zulässig ist eine **stillschweigende „Abschmelzung“**.

**Beispiel:**

Bei A. war für einen einseitigen Klumpfuß früher ein GdB von 50 festgestellt worden, obwohl nur ein GdB von maximal 40 (s. Nr. 26.18 AHP - jetzt Teil B 18.14 VMG) gerechtfertigt war. Nun tritt eine Verschlechterung ein, die eine Erhöhung des GdB um 10 rechtfertigt. Der GdB ist auf 60 zu erhöhen; denn die Erhöhung hat **„soweit“ zu erfolgen**, wie eine Änderung eingetreten ist.

Die Behörde darf, wenn sie von § 48 Abs. 3 SGB X nicht ausdrücklich durch Bescheid Gebrauch macht, keine „stille Abschmelzung“ in der Weise vornehmen, dass sie nun einen Bescheid erteilt, nach dem eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers nicht eingetreten sei, es also mangels Änderung bei einem GdB von 50 verbleibe (z.B. LSG Berlin-Brandenburg, Urteile vom 21.05.2014 - L 11 SB 235/12 - und vom 12.04.2019 - L 11 SB 237/17 -; s. auch SG Detmold, Urteil vom 14.08.2019 - S 14 SB 151/18 -). Bei der Neufestsetzung des GdB wegen einer Änderung der Verhältnisse i.S.d. § 48 Abs. 1 SGB X handelt es sich zwar nicht um eine reine Hochrechnung des im alten Bescheid festgestellten Gesamt-GdB, sondern um dessen **Neuermittlung unter Berücksichtigung der gegenseitigen Beeinflussung der verschiedenen Leiden**. Aber dies rechtfertigt es auch dann, wenn zudem das ehemals festgestellte Ausmaß einer einzigen Gesundheitsstörung das alleinige tragende Element der (Gesamt)-GdB-Feststellung war, nicht, eine **„stille Abschmelzung“** in dem Sinn vorzunehmen, dass weitere, neu hinzuge tretene Gesundheitsstörungen bzw. Verschlimmerungen einfach solange nicht zu berücksichtigen sind, bis das nun für gerechtfertigt erachtete Ausmaß der Beeinträchtigung dem seinerzeit festgestellten (Gesamt-)GdB entspricht (LSG NRW, Urteil vom 08.09.2004 - L 10 SB 82/03 -; so im Ansatz zutreffend auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.03.2014 - L 13 SB 69/12 -, aber dann dennoch „abschmelzend“ mit der sinngemäßen, so dann auch wieder nicht zu beanstandenden Begründung, dass das Ausmaß der seinerzeit ggf. zu hoch eingeschätzten Behinderung jedenfalls nicht durch die neue Behinderung erhöht werde). Im Übrigen ist es auch den Gerichten verwehrt, einen Verwaltungsakt nach § 48 Abs. 3 SGB X von sich aus, also ohne vorausgegangenes Verwaltungsverfahren, „einzufrieren“. Es gilt also regelmäßig, dass die Behörde eine förmliche Entscheidung in Gestalt eines Verwaltungsaktes treffen muss, der dann seinerseits angefochten werden kann (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - B 9 SB 6/12 R -).

Gleichwohl ist die „stille Abschmelzung“ Regel. Nicht problematisch sollte eigentlich sein, **welche Konsequenz das rechtswidrige Verhalten** einer still abschmelzenden Behörde haben muss. Wenn eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und diese zu einer entsprechenden Erhöhung des früher festgestellten Gesamt-GdB führt, ist der Gesetzeslage, dem eindeutigen Wortlaut des § 48 SGB X („soweit“) Folge zu leisten. Dann wird zwar bewusst eine materiell-rechtlich objektiv unrichtige Entscheidung produziert. Das hilft aber nicht darüber hinweg, dass diese formell zutreffend ist; auch darauf haben Betroffene regelhaft einen Anspruch, dem die Behörde - trotz damit verbundenen hohen Aufwandes - durchaus, nämlich über § 48 Abs. 3 SGB X, begegnen kann. Wenn dieser Aufwand von der Behörde - regelhaft - gescheut wird, kann dies nicht durch stillschweigende Billigung der Gerichte zu Lasten des Betroffenen gehen.

Es bleibt allerdings insoweit bei der bereits in der 2. Auflage vertretenen Auffassung, wünschenswert sei, dass der **Gesetzgeber** sich mit der Problematik der Rücknahme von rechtswidrig begünstigenden Bescheiden im Schwerbehindertenrecht befasst (so auch Saul in „Die Versorgungsverwaltung“ 1/1996, S. 10 ff; Heinz in „Die Versorgungsverwaltung“ 4/1998, S. 58 ff; Steyer in „Die Versorgungsverwaltung“ 2/1993 S. 23ff).

4. Feststellungen, die auf einem **Urteil oder Vergleich** beruhen, dürfen allerdings grundsätzlich nicht abgeschmolzen werden (BSG, Urteil vom 10.10.1978 - 7 RAr 56/77 -).

## **II. Rücknahme von Verwaltungsakten nach § 44 SGB X (s. (S. 100) Gesetzestext)**

1. § 44 SGB X regelt die **Rücknahme rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakte**.
2. Im Schwerbehindertenrecht werden mit **Verwaltungsakt** (§ 31 SGB X) in der Regel nur Entscheidungen zum GdB oder über Nachteilsausgleiche getroffen. Die in den Bescheiden meist enthaltene Leidensbezeichnung ist hingegen nur die Begründung des Verwaltungsaktes, ist also nicht selbständig anfechtbar oder rücknahmefähig (BSG, Urteil vom 14.06.1998 - B 9 SB 17/97 -).
3. § 44 SGB X ist **Anspruchsgrundlage** in den Fällen, in denen der GdB rechtswidrig zu **niedrig** festgestellt oder ein Nachteilsausgleich nicht gewährt wurde und der entsprechende Bescheid **bestandskräftig** geworden ist.
4. Allerdings findet § 44 Abs. 1 SGB X im Schwerbehindertenrecht keine Anwendung; eine Rücknahme eines bindenden Feststellungsbescheides ist nur über **§ 44 Abs. 2 SGB X** möglich. §§ 44 Abs. 1 und 4 SGB X,

die zur Rücknahme rechtswidriger Verwaltungsakte auch für die Vergangenheit verpflichten, beschränken sich nämlich auf Verwaltungsakte, die ausschließlich über **Sozialleistungen** entscheiden (BSG, Urteil vom 29.05.1991 - 9a/9 RVs 11/89 -).

5. § 44 SGB X ist von **§ 48 SGB X** abzugrenzen. § 48 SGB X ist Anspruchsgrundlage, wenn sich die Verhältnisse **geändert**, d.h. verbessert oder verschlechtert haben, die bei der letzten bindenden Entscheidung vorgelegen haben (s. dazu im Einzelnen die Anmerkung zu Teil A 7 VMG (S. 98)). Dagegen gewährt § 44 SGB X Antragstellern die Möglichkeit, bereits **unanfechtbar** gewordene Entscheidungen **zu ihren Gunsten zu ändern**. Ob ein Antrag nach § 44 SGB X oder nach 48 SGB X zu stellen ist, wird also aus Sicht eines Antragstellers von der Überlegung abhängen, ob seit der Erteilung des maßgeblichen Vorbescheides eine Verschlimmerung eingetreten ist (dann Antrag nach § 48 SGB X) oder ob schon zum Zeitpunkt der Erteilung des letzten maßgeblichen Bescheides der GdB zu niedrig festgesetzt wurde (dann Antrag nach § 44 SGB X). Besteht **Unklarheit** welche Anspruchsgrundlage einschlägig ist, so kann unbedenklich ein Antrag sowohl auf § 44 SGB X als auch auf § 48 SGB X gestützt werden. Letztlich ist aber nicht einmal diese Unterscheidung bei der Antragstellung zwingend; denn ein Feststellungsantrag ist in der Regel nach seinem objektiven Erklärungswert und der recht verstandenen Interessenlage des Antragstellers (§ 133 BGB) so verstehen, dass dieser unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt, was ihm auf Grund des von ihm geschilderten Sachverhalts rechtlich zusteht (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -, abschwächend allerdings BSG, Urteil vom 13.02.2014 - B 4 AS 22/13 R-). Das Begehren sollte aber dennoch in dem Antrag klargestellt werden; denn in der Regel werden Anträge als Änderungsanträge (also auf § 48 SGB X gestützt) behandelt. Schließlich kann aber auch ein ausdrücklich auf § 48 SGB X (Änderung der Verhältnisse) gestützter Bescheid eine Entscheidung nach § 44 SGB X (Aufhebung von Vorbescheiden wegen ursprünglicher Rechtswidrigkeit) beinhalten und damit insoweit eine gerichtliche Überprüfung ermöglichen (BSG, Urteile vom 21.08.2002 - B 9 V 1/02 R - und vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -).
6. Der zurückzunehmende Verwaltungsakt muss **rechtswidrig** sein. Das wird im Schwerbehindertenrecht regelmäßig dann der Fall sein, wenn ein anderer GdB festgestellt wurde, als es dem Gesundheitszustand des Antragstellers entsprach. Die Rechtswidrigkeit muss **zum Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes** vorgelegen haben. § 44 SGB X kommt daher als Anspruchsgrundlage auch dann **nicht** in Betracht, wenn sich die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes erst später ergibt, weil sich

die Rechtsprechung der Gerichte oder aber die AHP ändern (vgl. (S. 116) hierzu § 48 Abs. 2 SGB X).

7. Nach dem Wortlaut besteht ein **Anspruch** auf Rücknahme eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes mit Wirkung für die Zukunft. Der Antragsteller hat in jedem Falle einen **Anspruch auf Bescheidung** seines Antrags, d.h. die Behörde muss durch Verwaltungsakt darüber befinden, ob der Bescheid zurückgenommen wird oder nicht. Gegen einen negativen Bescheid kann Widerspruch und nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben werden. Im Klageverfahren haben die Gerichte darüber zu befinden, ob die Behörde **verpflichtet** ist, den im Streit stehenden Verwaltungsakt zurückzunehmen. Das Gericht selbst kann den Verwaltungsakt - anders als bei einer Anfechtungsklage - nicht aufheben bzw. abändern.
8. Über die Rücknahme entscheidet die zur Zeit zuständige Behörde. Ist also der Antragsteller z.B. aus dem Bereich einer Versorgungsverwaltung in den einer anderen Versorgungsverwaltung **verzoogen**, so entscheidet die nun (örtlich) zuständige Versorgungsbehörde auch über die Rücknahme von Bescheiden der früher zuständigen Versorgungsbehörde.
9. Zu beachten ist, dass der gegen einen bindend gewordenen Verwaltungsakt vorgebrachte Einwand seiner Art nach geeignet sein muss, die Rechtswidrigkeit dieses Verwaltungsakts darzutun. Es reicht nicht aus, einfach Rechtswidrigkeit zu behaupten, sie muss zumindest schlüssig dargetan werden. Ergibt nämlich die sachliche Prüfung, dass einem Einwand die tatsächliche Grundlage fehlt, so beschränkt § 44 SGB X die Entscheidung der Behörde / des Gerichts schlicht auf diesen Einwand und lässt die Bindungswirkung des Verwaltungsakts im Übrigen unberührt (BSG, Urteil vom 03.02.1988 - 9/9a RV 18/86 -; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 05.04.2019 - L 11 AS 668/18 NZB -). D.h. im Klartext: Die Behörde bzw. nachfolgend das Gericht können sich auf die Feststellung beschränken, es sei nichts Neues / Wesentliches / Entscheidungserhebliches vorgetragen, und sie können damit den Antrag ablehnen.

Zu den formellen Erfordernissen eines Antrags nach § 44 SGB X, der überhaupt erst eine Prüfpflicht des Leistungsträgers auslöst, gehört, dass entweder ein oder mehrere zu überprüfende Verwaltungsakte konkret benannt werden oder aber jedenfalls bei objektiver Betrachtung aus dem Vorbringen des Antragstellers der zu überprüfende Verwaltungsakt ohne Weiteres zu ermitteln ist (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 01.03.2017 - L 13 AS 123/14 -).

Aus dem Umstand, dass die Behörde tatsächlich eine inhaltliche Prü-

fung vorgenommen hat, folgt dann aber zugleich, dass sie im Klageverfahren nicht mehr damit gehört werden kann, dass sie zu einer derartigen inhaltlichen Prüfung eigentlich gar nicht verpflichtet gewesen wäre. Denn hätte ein den formellen Erfordernissen genügender Antrag nicht vorgelegen, wäre die Prüfung der Beklagten nicht auf Antrag, sondern von Amts wegen erfolgt. Wird aufgrund einer solchen inhaltlichen Prüfung von Amts wegen ein Bescheid erteilt, unterliegt dieser in vollem Umfang der gerichtlichen Überprüfung (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 01.03.2017 - L 13 AS 123/14 -).

10. Die Rücknahme hat in der Regel nur für die Zukunft zu erfolgen (BSG, Urteil vom 29.05.1991 - 9a/9 RVs 11/89 -). Ob darüber hinaus ein Verwaltungsakt **für die Vergangenheit** zurückgenommen wird, liegt - nach dem Wortlaut der Vorschrift - im Ermessen der Behörde (BSG, Urteil vom 29.05.1991 - 9a/9 RVs 11/89 -). Bei dieser Entscheidung müssen die Auswirkungen, die eine Rücknahme für die Vergangenheit für die Behörde und für den Antragsteller hat, gegeneinander abgewogen werden.
11. Nach § 44 SGB X kann ein unanfechtbarer rechtswidriger Verwaltungsakt längstens für einen **Zeitraum von bis zu vier Jahren** zurückgenommen werden. Dagegen kann nicht eingewandt werden, der Ursprungsbescheid sei von Anfang an offensichtlich rechtswidrig gewesen; dabei ist unerheblich, ob den Leistungsträger ein Verschulden trifft. Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Auch auf dieser Grundlage können Leistungen für die Vergangenheit nur für einen Zeitraum von vier Jahren vor Antragstellung beansprucht werden. Ein sich aus der Verletzung einer Nebenpflicht ergebender Herstellungsanspruch kann nämlich nicht weiter reichen als ein sich aus § 44 SGB X ergebender Anspruch auf Leistungen für die Vergangenheit als Folge der Rechtswidrigkeit eines bindend gewordenen Verwaltungsaktes (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 03.03.2011 - L 11 VH 88/09 -).
12. Der Anwendung des § 44 Abs. 1 SGB X steht ein **gerichtlicher Vergleich** grundsätzlich nicht entgegen. Der Grundsatz der Rechtssicherheit muss auch in den Fällen hinter dem Grundsatz der materiellen Gerechtigkeit zurücktreten, in denen sich die Verwaltung von der Unrichtigkeit ihrer - zum Nachteil des Leistungsberechtigten ergangenen - Entscheidung überzeugt bzw. überzeugen muss (BSG, Urteil vom 12.12.2013 - B 4 AS 17/13 R -). Es sprechen keine Gesichtspunkte dafür, diese Rechtsprechung auf Feststellungen nach § 44 Abs. 2 SGB X (s.o. Ziff. II. 4) zu übertragen.

13. Zur rückwirkenden Feststellung s. auch die Anmerkung zu Teil A 3 VMG (S. 50).

### **III. Rücknahme von Verwaltungsakten nach § 45 SGB X (s. (S. 100) Gesetzestext)**

1. § 45 SGB X regelt die Rücknahme **rechtswidriger, begünstigender Verwaltungsakte**. Das ist im Schwerbehindertenrecht vornehmlich dann der Fall, wenn die Behörde einen - inzwischen **bestandskräftig gewordenen - Bescheid** erteilt hat, der den **GdB in rechtswidriger Weise zu hoch** ansetzt oder der einen Nachteilsausgleich **zu Unrecht** gewährt.
2. Für die Beurteilung der Rechtswidrigkeit kommt es auf die **medizinischen Erkenntnismöglichkeiten** und den Stand der **Wissenschaft im Zeitpunkt der Überprüfung**, nicht dagegen im Zeitpunkt der früheren Entscheidung an. Die medizinischen Erkenntnismöglichkeiten sind dabei die objektiv möglichen medizinischen Erkenntnisse, nicht der Erkenntnisstand, der sich für den ärztlichen Berater aus den (unvollständigen oder unrichtigen) Verwaltungsakten ergibt. Eine Entscheidung kann in diesem Sinne beispielsweise rechtswidrig sein, wenn die vorliegende Gesundheitsstörung falsch beurteilt wurde (z.B. Fehldiagnose, unrichtige Einschätzung des Ausmaßes der Gesundheitsstörung) oder wenn sich - im sozialen Entschädigungsrecht - der angenommene Sachverhalt zur Gesundheitsschädigung oder die Kausalitätsbeurteilung als unrichtig erwiesen haben.

**Beispiel:** Zum Zeitpunkt der Entscheidung wurde - aufgrund von Brustkorbschmerzen - von einer koronaren Herzerkrankung ausgegangen. Zum Zeitpunkt der Überprüfung lagen zwischenzeitlich erhobene Befunde vor, die zeigten, dass der Untersuchte völlig herzgesund und ursächlich für die Beschwerden lediglich ein Brustwirbelsäulensyndrom war. Hier liegt eine Fehldiagnose vor, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft vermeidbar war.

Wurde deswegen rechtswidrig ein zu hoher GdB festgestellt, so kann dieser nur unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X korrigiert werden. Unerheblich ist, ob die feststellende Behörde den Fehler erkennen konnte.

3. Die Rücknahme eines rechtswidrigen, begünstigenden Verwaltungsaktes ist nur möglich, wenn die **Voraussetzungen der Absätze 2 bis 4** des § 45 SGB X vorliegen:  
Nach **Abs. 2** hat die Behörde zunächst zu prüfen, ob der Begünstigte auf den **Bestand des Verwaltungsaktes vertraut** hat. Das ist in der Regel der Fall, wenn keine Gründe vorliegen, die Misstrauen in den Bestand des Verwaltungsaktes hätten wecken müssen.

Sodann ist zu prüfen, ob das Vertrauen des Begünstigten unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das öffentliche Interesse an einer Rücknahme ist regelmäßig die Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustandes.

Wann das Vertrauen **schutzwürdig** ist, umschreibt § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB X: Vertrauen ist schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann.

Der Verbrauch erbrachter Leistungen dürfte im Schwerbehindertenrecht keine Rolle spielen; eher theoretisch erscheint der Gedanke, dass der behinderte Mensch aufgrund eines bestimmten GdB entsprechende Dispositionen getroffen, also z.B. seinen vorzeitigen Ruhestand geplant oder beantragt oder dass er z.B. im Hinblick auf die Gewährung des Nachteilsausgleichs „aG“ ein Auto angeschafft hat.

Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte in den Fällen des § 45 **Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 - 3** SGB X nicht berufen, d.h.

- wenn er entweder durch aktives Handeln den rechtswidrigen Verwaltungsakt herbeigeführt hat (z.B. durch Übersendung falscher Atteste) oder aber
- wenn er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes erkannt hat oder erkennen musste. Letzteres kann z.B. der Fall sein, wenn in der Leistungsbezeichnung Behinderungen aufgeführt werden, die für den Begünstigten eindeutig erkennbar nicht vorlagen.

**Grobe Fahrlässigkeit** im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X (grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat) wird man dem Begünstigten nicht deshalb vorhalten können, weil ein beantragter Nachteilsausgleich zu Unrecht gewährt wurde oder weil ein GdB - auch deutlich - zu hoch angesetzt wurde. Auch der nur mäßig behinderte Mensch muss nicht zwingend erkennen, dass ihm ein viel zu hoher GdB zuerkannt wurde, da ihm die im Schwerbehindertenrecht geltenden **Maßstäbe regelmäßig nicht bekannt** sind.

4. Eine Rücknahme nach § 45 Abs. 2 SGB X ist nur bis zum **Ablauf von zwei Jahren** (so § 45 Abs. 3 SGB X, - siehe hierzu aber unten Nr. 7) nach Bekanntgabe des rechtswidrigen Verwaltungsaktes möglich, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen des § 580 Zivilprozessordnung vor.

Ansonsten beträgt die Frist in den in § 45 Abs. 3 Satz 3 SGB X genannten Fällen zehn Jahre, also wenn

1. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig der unvollständig gemacht hat (s. dazu einschränkend unten Ziff. III 8 - Einzelfälle und Rechtsprechung: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.04.2013 - L 8 SB 5584/10 -) oder
2. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, oder
3. der Verwaltungsakt mit einem zulässigen Vorbehalt des Widerrufs erlassen wurde.

Sind die Fristen verstrichen, so kann der Verwaltungsakt nicht mehr zurückgenommen werden. Der Behinderte behält dann den entsprechenden Nachteilsausgleich oder den zu hohen GdB auf Dauer.

Nach § 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X muss die Behörde einen Verwaltungsakt für die Vergangenheit innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, die die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes für die Vergangenheit rechtfertigen, zurücknehmen. Diese Jahresfrist beginnt, wenn der Leistungsträger sämtliche für die Rücknahmeentscheidung erheblichen Tatsachen vollständig kennt. Erlässt die Behörde einen solchen Rücknahmebescheid fristgerecht, muss den Bescheid aber wegen Rechtsfehlern (z.B. unterlassene Ermessensausübung) zurücknehmen, ändert dies nicht die Jahresfrist, d.h. ein neuer, an sich rechtmäßiger Bescheid muss innerhalb der o.a. Jahresfrist ergehen. Mithin ein Rechtsirrtum, der trotz umfassender Tatsachenkenntnis unterläuft, geht zu Lasten der Rücknahmebehörde (OVG Lüneburg, Beschluss vom 18.06.2019 - 4 LA 51/18 -).

5. Liegt lediglich eine **offenbare Unrichtigkeit** vor, so kann eine Berichtigung des Verwaltungsaktes auch nach § 38 SGB X erfolgen. Diese Vorschrift ist allerdings - wegen der Möglichkeit unbefristeter Rücknahme von Entscheidungen - an **sehr enge Voraussetzungen** geknüpft.
6. Wenn die Voraussetzungen der §§ 45 oder 48 SGB X vorliegen, kann der Verwaltungsakt auch in einem Widerspruchsverfahren entsprechend geändert werden. Das sogenannte „Verböserungsverbot“ (Reformatio in peius) gilt nicht (BSG, Urteil vom 05.05.1993 - 9/9a RVs 2/92 -).
7. Bei Feststellungsanträgen von behinderten Menschen oder bei Überprüfungen durch die Behörden stellt sich häufig heraus, dass Gesundheitsstörungen früher zu hoch bewertet wurden oder Nachteilsausgleiche zu Unrecht anerkannt wurden und die Zweijahresfrist des § 45 Abs. 3 inzwischen abgelaufen ist. Diese rechtswidrig begünstigenden Bescheide können nicht nach § 45 SGB X zurückgenommen werden. Da



sie auch - mangels Änderung in den (gesundheitlichen) Verhältnissen - nicht nach § 48 SGB X zurückgenommen werden können, hat dies zum Ergebnis, dass derjenige, dem **zu Unrecht ein zu hoher GdB** zugesprochen wurde, eine **günstigere Rechtsstellung** erhält als derjenige, dem gegenüber ein zutreffender Verwaltungsakt **zu Recht** erging. Ersterem kann der rechtswidrig zuerkannte GdB - oder Nachteilsausgleich - nämlich (in der Regel) gar nicht entzogen werden, bei rechtmäßiger Erteilung kann aber der Bescheid - im Falle einer Besserung im Gesundheitszustand - immer geändert werden.

Das BSG hat in einigen Entscheidungen Ansätze aufgezeigt, wie dem ggf. entgegen gewirkt und ein rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakt - auch nach Fristablauf - noch korrigiert werden kann. Dazu wird zunächst auf die Anmerkungen zu Teil A 7 VMG - § 48 SGB X verwiesen. Darüber hinaus hat das BSG (BSG, Urteil vom 10.02.1993, - 9/9a RVs 5/91 -) ausgeführt, dass der **Lauf der Zweijahresfrist** des § 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X nicht unbedingt von dem ersten rechtswidrigen Verwaltungsakt an zu berechnen ist, sondern der Lauf der Frist ab dem Verwaltungsakt beginnen kann, mit dem zuletzt über den GdB entschieden wurde, ohne dass eine von dem Vorbescheid abweichende Entscheidung getroffen wurde. Nach Auffassung des BSG kann nämlich die Übernahme der im ursprünglichen Bescheid getroffenen (rechtswidrigen) Regelung auf einer **erneuten sachlichen Prüfung** beruhen, die dann maßgeblich sei. Die jederzeitige Prüfungskompetenz der Verwaltungsbehörde wird demnach vom BSG höher eingeschätzt als der Vertrauensschutz des Berechtigten (Heinz, Die Versorgungsverwaltung 4/1998 Seite 58).

Allerdings begegnen der vom BSG angedachten Lösung Bedenken:

In einem Bescheid wird zu Unrecht ein GdB von 50 festgestellt.

Drei Jahre später stellt der Antragsteller einen Änderungsantrag.

Die Verwaltung lehnt mit Bescheid die Feststellung eines höheren GdB in Ermangelung einer wesentlichen Änderung ab; der GdB von 50 bleibt also weiterhin zu Unrecht festgestellt.

Folgt dann nach einem Jahr ein erneuter Änderungsantrag, wird man die Regelungen des § 45 SGB X nur schwerlich so verstehen können, dass nun - ausgehend vom letzten Bescheid, mit dem die Feststellung eines höheren GdB abgelehnt wurde, - die Zweijahresfrist noch nicht abgelaufen ist und der GdB nun auf unter 50 herabgesetzt werden kann. Denn inzwischen sind vier Jahre seit der erstmaligen Feststellung eines GdB von 50 vergangen und § 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X hat erkennbar den Sinn nur dann „Leistungen“ zu entziehen, wenn zwischen Leistungsgewährung und Entzug ein enger zeitlicher Zusammenhang

(höchstens zwei Jahre) besteht (so wohl auch Saul, „Die Versorgungsverwaltung“ 1/96 Seite 10 f). Im Übrigen beschränkt sich die Prüfung der Verwaltung bei einem Änderungsantrag in der Regel auf das Antragsbegehren, nämlich die Feststellung eines höheren GdB - hier als 50 - wegen wesentlicher Änderung und bezieht nicht die Frage ein, ob ein GdB von 50 angemessen war.

## 8. Einzelfälle und Rechtsprechung

Eine Umdeutung eines auf § 48 gestützten Bescheides in einen Bescheid nach § 45 SGB X ist in der Regel nicht möglich, da eine gesetzlich gebundene Entscheidung nicht in eine Ermessenentscheidung umgedeutet werden kann, (z.B. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2020 - L 11 VG 38/16), es sei denn, es liegt ausnahmsweise eine sog. „Ermessensreduzierung auf Null“ vor. Ein Bescheid nach § 45 SGB X kann allerdings in einen nach § 48 SGB X umgedeutet werden (BSG, Urteil vom 10.02.1993 - 9/9a RVs 5/91 -).

**Anmerkung zur Umdeutung:** Nach § 43 Abs. 1 SGB X kann ein fehlerhafter Verwaltungsakt in einen anderen Verwaltungsakt umgedeutet werden, wenn er auf das gleiche Ziel gerichtet ist, von der erlassenden Behörde in der geschehenen Verfahrensweise und Form rechtmäßig hätte erlassen werden können und wenn die Voraussetzungen für dessen Erlass erfüllt sind. Dies gilt allerdings nicht, wenn der Verwaltungsakt, in den der fehlerhafte Verwaltungsakt umzudeuten wäre, der erkennbaren Absicht der erlassenden Behörde widerspräche oder seine Rechtsfolgen für den Betroffenen ungünstiger wären als die des fehlerhaften Verwaltungsaktes (s. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 11.12.2019 - L 13 SB 14/19 -).

Die Rücknahme eines begünstigen Verwaltungsaktes kann nicht auf § 45 SGB X gestützt werden, wenn die Rechtswidrigkeit des Bescheides nicht zweifelsfrei nachgewiesen wurde (Bayerisches LSG - L 15 Vs 28/94 -).

Werden Nachteilsausgleiche aufgrund schuldhaft unrichtiger Angaben des Antragstellers festgestellt, können die Nachteilsausgleiche nachträglich auch nach Ablauf von 2 Jahren nach ihrer behördlichen Feststellung wieder entzogen werden. Das gilt aber nicht, wenn der Antragsteller die unrichtigen Angaben gegenüber dem ihm behandelnden Arzt gemacht hat. Denn Angaben, auf denen der zurückzunehmende begünstigende Verwaltungsakt beruht, müssen grundsätzlich gegenüber der entscheidenden Behörde gemacht worden sein. Werden sie Dritten gegenüber gemacht, wie hier die Angaben bei der Untersuchung gegenüber einem Arzt, können sie nur dann auch Angaben gegenüber

der Behörde sein, wenn die Übermittlung durch den Dritten an die Behörde dem Erklärenden zuzurechnen ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.04.2013 - L 8 SB 5584/10 -).

Ebenso wie vor der Herabsetzung des GdB ist der behinderte Mensch auch vor der Rücknahme nach § 45 SGB X dazu anzuhören; dabei sind ihm alle für die beabsichtigte Entscheidung wesentlichen Umstände mitzuteilen (BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB12/97 R -; BSG, Urteil vom 25.03.1999 - B 9 SB14/97 R -; BSG, Urteil vom 28.04.1999 - B 9 SB 5/98 R -). Ein Verstoß gegen die Anhörungspflicht bleibt aber in der Regel ohne Folgen. Nach der mit Wirkung zum 01.02.2001 in Kraft getretenen Neufassung des § 41 Abs. 2 SGB X kann die Anhörung nämlich bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz nachgeholt werden. Das Gericht muss der Verwaltungsbehörde Gelegenheit geben, die Anhörung nachzuholen! Dabei ist allerdings zu beachten: Die Nachholung der fehlenden oder fehlerhaften Anhörung während des Gerichtsverfahrens setzt voraus, dass die beklagte Behörde dem Kläger in angemessener Weise Gelegenheit zur Äußerung einräumt und danach zu erkennen gibt, ob sie nach Prüfung dieser Tatsachen am bisher erlassenen Verwaltungsakt festhält. Dies setzt regelmäßig voraus, dass die Behörde dem Kläger in einem gesonderten „Anhörungsschreiben“ alle erheblichen Tatsachen mitteilt, auf die sie die belastende Entscheidung stützen will, und sie ihm eine angemessene Frist zur Äußerung setzt. Ferner ist erforderlich, dass die Behörde das Vorbringen des Betroffenen zur Kenntnis nimmt und sich abschließend zum Ergebnis der Überprüfung äußert. Die bloße Erwiderung der Behörde auf die Anfechtungsklage - gegebenenfalls verbunden mit einem Antrag auf Klageabweisung - reicht insoweit nicht aus (BSG, Urteil vom 20.12.2012 - B 10 LW 2/11 R -).

Eine Rücknahme geht allerdings fehlt, wenn die Behörde nur eine wiederholende Verfügung, nicht aber den rechtswidrigen, begünstigenden Ursprungsbescheid selbst aufhebt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.12.2015 - L 6 SB 4878/13 -).

## Teil B: GdS-Tabelle

### Teil B: 1. Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle

- a) Die nachstehend genannten GdS sind Anhaltswerte. Es ist unerlässlich, alle die Teilhabe beeinträchtigenden körperlichen, geistigen und seelischen Störungen im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung.
- b) Bei Gesundheitsstörungen, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, ist der GdS in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen.
- c) Eine Heilungsbewährung ist abzuwarten nach Transplantationen innerer Organe und nach der Behandlung von Krankheiten, bei denen dies in der Tabelle vorgegeben ist. Dazu gehören vor allen bösartige Geschwulstkrankheiten. Für die häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten sind im Folgenden Anhaltswerte für den GdS angegeben. Sie sind auf den Zustand nach operativer oder anderweitiger Beseitigung der Geschwulst bezogen. Der Zeitraum des Abwartens einer Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre; kürzere Zeiträume werden in der Tabelle vermerkt. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann; eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Der aufgeführte GdS bezieht den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung - z.B. lang dauernde schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie - sind zu berücksichtigen. Bei den im Folgenden nicht genannten malignen Geschwulstkrankheiten ist von folgenden Grundsätzen auszugehen: Bis zum Ablauf der Heilungsbewährung - in der Regel bis zum Ablauf des fünften Jahres nach der Geschwulstbeseitigung - ist in den Fällen, in denen der verbliebene Organ- oder Gliedmaßenschaden für sich allein keinen GdS von wenigstens 50 bedingt, im allgemeinen nach Geschwulstbeseitigung im Frühstadium ein GdS von 50 und nach Geschwulstbeseitigung in höheren Stadien ein GdS von 80 angemessen. Bedingen der verbliebene Körperschaden oder die Therapiefolgen einen GdS von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

- d) Ein Carcinoma in situ (Cis) rechtfertigt grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung. Ausgenommen hiervon sind das Carcinoma in situ der Harnblase und das Carcinoma in situ der Brustdrüse (intraduktales und lobuläres Carcinoma in situ), bei denen wegen klinischer Besonderheiten bei Vorliegen o. g. Voraussetzungen das Abwarten einer Heilungsbewährung begründet ist.

### **1. Heilungsbewährung**

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG im sozialen Entschädigungs- und im Schwerbehindertenrecht ist bei der GdB/GdB-Bewertung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, deren tatsächliche Funktionsstörungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erst nach Ablauf einer längeren Zeit festgestellt werden kann, z.B. nach Operationen oder bei chronischen langwierigen Erkrankungen, die zu Rezidiven neigen (vgl. zu Tuberkuloseerkrankungen: BSG, Urteile vom 15.10.1963 - 11 RV 236/61 -, vom 22.05.1962 - 9 RV 590/59 - und vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 -; zur Osteomyelitis: BSG, Urteil vom 27.07.1978 - 9 RV 48/77-; zu malignem Tumor der Niere: BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 14/94 BSG -; zu Herzinfarkten: BSG, Urteil vom 13.08.1997 - 9 RVs 10/96 -; zum Rektumkarzinom: BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 6/02 R -) oder bei denen die volle Belastbarkeit schrittweise erreicht wird (BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 9 RVs 3/89 -; zur Heilungsbewährung bei Bandscheibenoperationen: BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 19/94 -), nicht ausschließlich auf das Ausmaß der feststellbaren Funktionsbeeinträchtigungen abzustellen. Vielmehr wird eine Höherbewertung des Gesundheitszustandes unter dem Gesichtspunkt der Ungewissheit des Krankheitsverlaufes und dem Gebot der Schonung als zulässig erachtet. Insbesondere bei malignen Geschwulstkrankheiten ist zum Zeitpunkt der Entfernung eines Tumors nicht absehbar, ob ein Rezidiv auftritt oder nicht, d.h. ob die Erkrankung ausgeheilt ist. Insoweit findet das Institut der Heilungsbewährung nach Krebserkrankung auch im Unfallversicherungsrecht bei der MdE-Bewertung Anwendung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl., S. 1088).

Dementsprechend sehen auch die VMG für verschiedene Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, eine Heilungsbewährung vor; auch bei Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen fließt der Gesichtspunkt der Minderbelastbarkeit in die Bewertung mit ein (s. (S. 358) Teil B 18.1 Abs. 2 VMG). Bei Herzinfarkten findet sich allerdings der Begriff Heilungsbewährung seit den AHP 1996 nicht mehr; nunmehr ist der GdB nach einem Herzinfarkt von Anfang an ausschließlich von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig (s. (S. 248) Teil B 9.1.3 VMG).

Zu beachten ist, dass sich die GdB-Vorgaben für Geschwulsterkrankungen auf den von der Geschwulsterkrankung betroffenen Körperteil und die mit der Tumorentfernung typischerweise verbundenen Schäden beziehen. Sonstige abgrenzbare und nennenswerte Schäden an anderen Organen, die nicht immer mit der Tumorentfernung / -behandlung verbunden sind, sind gesondert zu berücksichtigen. (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 4/10 R -).

Mit Ablauf der Heilungsbewährung ist von einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse i.S.d. § 48 SGB X auszugehen. Der GdB/GdB ist nunmehr nach den tatsächlichen, verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten und kann, wenn diese Beeinträchtigungen den früheren GdB/GdB nicht mehr rechtfertigen, herabgesetzt werden (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 13.08.1997 - 9 RVs 10/96 -; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 6/02 R -). Eine Änderung des tatsächlichen medizinischen Befundes ist also keine Voraussetzung für den Eintritt der Heilungsbewährung. Besteht jedoch weiter ein begründeter Verdacht eines Rezidivs der bösartigen Erkrankung kann von einer Heilungsbewährung nicht ausgegangen werden (s. dazu z.B. (S. 138, 298) unten „Prostatakarzinom“).

## **2. Beginn der Heilungsbewährung**

Nach Teil B 1 c VMG ist maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.04.2007 - L 11 SB 22/06 -).

Eine zusätzliche **adjuvante Therapie** hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. In den AHP 1983 hat die adjuvante Therapie noch keine Erwähnung gefunden. Die 1989 gestellte Frage, ob nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors der Beginn des für eine Heilungsbewährung maßgebenden Zeitraumes unmittelbar im Anschluss an die operativen Maßnahmen oder erst nach Abschluss der adjuvanten Therapie (Hormontherapie, Chemotherapie) anzunehmen sei, hat der SVB dahingehend beantwortet: Im Hinblick auf eine adjuvante Therapie werde in den Kliniken unterschiedlich verfahren. Die Therapie werde wohl nur wegen der Unsicherheit, ob nach der operativen Entfernung nicht doch Tumorzellen zurückgeblieben sind, durchgeführt. Somit diene die adjuvante Therapie dazu, den durch die operative Entfernung des Tumors herbeigeführten Zustand zu sichern. Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn der Heilungsbewährung könne deshalb nur der Zeitpunkt der Operation sein (Beirat vom 26.04.1989: „Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor“).

Allerdings kann der Beginn der Heilungsbewährung - nach Auffassung des SVBs - nicht auf einen Zeitpunkt vorverlegt werden, zu dem die **Krebserkrankung** noch nicht bekannt war (s. dazu unten „Rückwirkende GdB-Feststellung bei Malignom“ (S. 141)).

Solange bei einem Schilddrüsenkarzinom szintigraphisch radiojodaufnehmendes Gewebe nachweisbar ist, kann nach Meinung des SVBs nicht von einer Entfernung des Tumors ausgegangen werden. Der Lauf der Heilungsbewährung habe damit noch nicht begonnen (Beirat vom 26.03.2003: „Heilungsbewährung nach Radiojod-Therapie eines Schilddrüsenmalignoms“).

### **3. Zeit der Heilungsbewährung**

Nach Teil B 1 c VMG beträgt die Zeit der sog. Heilungsbewährung in der Regel 5 Jahre nach der Geschwulstbeseitigung. Danach ist der zunächst unter Berücksichtigung der Gefahr einer Rezidivkrankung und der damit bestehenden erheblichen psychischen Belastung festgesetzte GdB neu zu prüfen und nunmehr nach den verbliebenen funktionellen Auswirkungen neu zu bestimmen.

Der Ablauf der in den VMG angegebenen Zeit der Heilungsbewährung bei malignen Geschwulstkrankheiten beruht auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass Rezidive von Tumoren in über 90 % der Fälle innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Tumorentfernung auftreten. Der Hauptteil der Rückfälle soll in den ersten zwei Jahren liegen. Die VMG stellen nach Auffassung des BSG zu Recht auf diese medizinstatistisch ermittelte Rezidivgefahr und deren signifikante Abnahme innerhalb der Zeit der Heilungsbewährung ab. Rechtlich gilt die bösartige Krankheit nach Ablauf des in den VMG genannten Zeitraums als geheilt, auch wenn ein Restrisiko besteht (BSG Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 14/94 -; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 6/02 R -).

Die Frage, ob eine Heilungsbewährung nach malignen Erkrankungen in der Regel tatsächlich fünf Jahre beträgt, hat dennoch immer wieder zu Diskussionen geführt, in denen darauf hingewiesen wurde, dass die Rezidivgefahr von der Art der Erkrankung abhängt und bei bestimmten Erkrankungen nach fünf Jahren häufiger Rezidive auftreten würden; im Übrigen sei eine Rezidivgefahr auch nach fünf Jahren in keinem Fall auszuschließen.

1986 wurde an den SVB die Frage herangetragen, ob nach der Entfernung eines **Mammakarzinoms** im Hinblick auf neuere Statistiken, die für eine über fünf Jahre hinaus anhaltende erhebliche Rezidivgefahr sprechen könnten, eine Heilungsbewährung von zehn Jahren abzuwarten sei und

ob insoweit die Vorgaben geändert werden müssten. Nach Auffassung des SVBs waren die diesbezüglichen statistischen Veröffentlichungen nicht einheitlich und nicht eindeutig. Es wurde ein Sachverständigengespräch angestrebt, bei dem dann auch die Zeit der Heilungsbewährung bei einigen anderen bösartigen Tumoren überprüft werden sollte (Beirat vom 22.10.1986: „Zeit der Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor“).

1987 fand ein entsprechendes Sachverständigengespräch mit deutschen Onkologen statt, aufgrund dessen der SVB für eine Änderung der Vorgaben im Hinblick auf die Frage der Heilungsbewährung bei malignen Geschwulstkrankheiten keinen Anlass sah (Beirat vom 25./26.03.1987: „Beurteilung der Heilungsbewährung bei malignen Geschwulstkrankheiten - Ergebnis des Sachverständigengesprächs am 04.03.1987“).

1991 wurde der SVB mit der Meinung konfrontiert, dass der GdB bei einem malignen **Melanom** für die Dauer der Nachkontrolle, d.h. über einen Zeitraum von zwölf Jahren, mit 80 zu beurteilen sei. Dazu vertrat der SVB die Auffassung, der Zeitraum der ärztlichen Nachkontrolle sei kein geeignetes Beurteilungskriterium und es bestehe keine Veranlassung von dem o.a. Beiratsbeschluss vom 25./26.03.1987 abzuweichen. Im Übrigen würden die maßgebenden Kriterien und Zeiträume für die Beurteilung der Heilungsbewährung beim malignen Melanom bei der vorgesehenen Überarbeitung der AHP zur Diskussion gestellt werden (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignem Melanom“).

Die AHP wurden mit der Ausgabe 1996 fortgeschrieben; es wurde nach Gesprächen mit speziell erfahrenen Sachverständigen kein Anlass gesehen, von den Regelzeiten einer Heilungsbewährung abzusehen.

2002 gab das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auf Anfrage des LSG NRW zu der Frage, ob nach Entfernung eines malignen **Schilddrüsentumors** eine Heilungsbewährung von 10 Jahren abzuwarten sei, konkret dazu und auch im Allgemeinen weitere Auskunft: Bei einzelnen Tumoren träten Rückfälle nach Ablauf von 5 Jahren nach der Tumor-entfernung zwar etwas häufiger als bei anderen Tumoren auf; die Unterschiede seien aber so gering, dass die Zeit der erheblichen Rückfallgefahr insgesamt nach 5 Jahren als beendet anzusehen sei (Auskunft des BMAS vom 22.08.2002: „Heilungsbewährung nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors“).

Auch nach der Rechtsprechung erfährt die pauschale Vorgabe der Dauer einer Heilungsbewährung keine Änderung dadurch, dass der Betroffene aufgrund einer erhöhten Rezidivgefahr Ängste verspürt; eine insgesamt ungünstige Prognose einer bösartigen Erkrankung führt auch danach nicht



zu einer Verlängerung der Zeit der Heilungsbewährung. Derartige Fälle sind vielmehr über die Frage zu lösen, ob die seelische Störung aufgrund der Rezidivangst im Einzelfall den Charakter einer für die Bildung des Gesamt-GdB relevanten psychischen Gesundheitsstörung hat (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 21.07.2015 - L 13 SB 122/14 -).

Soweit früher ausnahmsweise bei dem malignen Mesotheliom und dem kleinzelligen Bronchialkarzinom von keiner Heilungsbewährungsregelung ausgegangen wurde, ist dies aufgrund der heutigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr gerechtfertigt (s. im Einzelnen Anmerkung zu Teil B 8.4 VMG (S. 227)).

#### ***4. Spätrezidive - Wiederauftreten eines Frühkarzinoms***

Bei einzelnen Tumoren (z.B. Mammakarzinom, Prostatakarzinom, malignes Melanom) treten Rückfälle erstmalig nach Ablauf von fünf Jahren nach der Tumorentfernung etwas häufiger als bei anderen Tumoren auf. In aller Regel ist aber die Zeit der erheblichen Rückfallgefahr, auf die sich die Betroffenen einstellen müssen, nach fünf Jahren vorüber.

Während bei dem erstmaligen Fall der „fehlgeschlagenen Heilungsbewährung“ (nach zunächst rezidivfreiem Ablauf der vorgesehenen 5 Jahre tritt doch noch ein Rezidiv auf) die Anwendung der starren Regeln der Heilungsbewährung noch Sinn macht, also für die Zeit zwischen abgelaufener Heilungsbewährung nach Ersterkrankung und Rezidiv eine Herabsetzung des GdB zu bestätigen ist, gilt dies aber nicht für den Fall, dass noch weitere Rezidive auftreten. Spätestens hier ist dann die statistische Wahrscheinlichkeit, dass auch in Zukunft weitere Rezidive auftreten werden, signifikant höher. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine unheilbare Krankheit handelt, bei der der Begriff der Heilungsbewährung ohnehin fehl am Platz ist, erhöht sich von Rezidiv zu Rezidiv (s. dazu Sächsisches LSG, Urteil vom 25.05.2005 - L 6 SB 55/04 -). Der GdB ist hier dann durchgängig mit 100 zu bewerten.

Ähnlich hat sich auch der SVB zu der Frage, wie bei Malignomen Spätrezidive nach der Heilungsbewährung gutachtlich zu beurteilen seien, geäußert: Rezidive und Metastasen belegten - unabhängig vom Zeitpunkt ihres Auftretens - das Vorliegen einer in der Regel fortgeschrittenen Krebserkrankung. Deshalb werde der GdB regelhaft und auf Dauer 100 betragen. Wenn Rezidiv oder Metastasen vollständig entfernt worden seien, komme unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung allerdings wieder eine neue GdB-Beurteilung in Betracht (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung bei malignen Erkrankungen - einschl. Heilungsbewährung - hier: Spätrezidive“).

Ein GdB von 100 auf Dauer sei - so der SVB - jedoch nur in den Fällen gerechtfertigt, in denen Rezidive und Metastasen Ausdruck einer fortgeschrittenen Krebserkrankung seien. Diese Situation bestehe aber beim Auftreten eines Frühkarzinoms nicht. Frühkarzinome seien, auch wenn sie lange nach einem vorangegangenen Tumorleiden auftreten, gut behandelbar. Der GdB nach Beseitigung eines solchen Tumors sei unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung stets mit wenigstens 50 zu beurteilen; ein GdB von 100 sei hier nicht gerechtfertigt (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Wiederauftreten eines Frühkarzinoms“).

Nach Auffassung des SVBs sind **Gehirnmetastasen**, die bei einem extrazerebralen Primärtumor nach Ablauf der Heilungsbewährung auftreten, wie bei Leiden in ungünstigem Tumorstadium mit einem GdB von wenigstens 80 zu beurteilen.

Wenn nach Beseitigung eines malignen Tumors im Stadium der Heilungsbewährung ein mit dem Primärtumor in der Histologie übereinstimmendes **Lokalrezidiv** vollständig beseitigt wird, ist nach Meinung des SVBs die Dauer der Heilungsbewährung vom Zeitpunkt der Entfernung des Lokalrezidivs an entsprechend zu verlängern. Änderungen im Hinblick auf den GdB kämen nur dann in Betracht, wenn das Ausmaß des Organschadens infolge der Rezidivoperation wesentlich zunehme (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei Lokalrezidiven“).

Mit **molekulargenetischen Untersuchungsmethoden** ist es möglich, auch längere Zeit nach Tumorentfernung wenige im Blut noch vorhandene Tumorzellen nachzuweisen. Allein hieraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass die Zeit der Heilungsbewährung verlängert werden müsse; denn für den Ablauf der Heilungsbewährung kommt es lediglich darauf an, dass klinisch Tumorfreiheit besteht (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei molekulargenetischer Tumordiagnostik“ ).

### **5. Mehrfach-Karzinom**

Der SVB hat zu der Frage der Bewertung mehrerer maligner Geschwülste bereits 1986 ausgeführt, dass dann, wenn in der Tabellenvorgaben keine anderen Regelungen getroffen seien, nach der Entfernung von zwei oder mehr malignen Geschwülsten verschiedener Art davon auszugehen sei, dass die Prognose insgesamt ungünstiger ist, als wenn nur eine maligne Geschwulst entfernt worden sei.

Dies gelte zunächst für zwei bösartige Geschwülste im Frühstadium, obwohl jede für sich eine relative günstige Prognose rechtfertige. Hier sei ein

GdB von mindestens 80 für die Zeit der Heilungsgewährung gerechtfertigt. Träfen eine prognostisch günstige und eine prognostisch ungünstige Geschwulstkrankheit zusammen, sei in jedem Fall für die Zeit der Heilungsbewährung ein GdB von 100 angemessen.

Verbliebene Organschäden, die nach Teil B 1 c VMG zusätzlich zu berücksichtigen sind, wenn sie einen GdB von 50 oder mehr bedingen, seien bei Zusammentreffen mehrerer Geschwulstleiden auch dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn die Organschäden nicht für sich allein, sondern auch bei zusammenfassender Betrachtung einen GdB von 50 oder mehr hervorrufen (Beirat vom 22.10.1986: „GdB bei Mehrfach-Karzinom“).

### **6. Karzinoide**

Dazu hat der SVB ausgeführt: Bei Karzinoiden handele es sich um bis zu kirschgroße serotoninproduzierende Tumoren vor allem im Bereich des Ileum und des Zökum, seltener des Pankreas, Bronchialsystems oder in Teratomen. Diese metastasierten vor allem in die Leber. Sie verursachten häufig ein charakteristisches Krankheitsbild (Karzinoidsyndrom) u.a. mit Durchfällen, Bauchschmerzen, vasomotorischen Anfällen und asthmatischen Erscheinungen. Die Diagnose könne durch den Nachweis des Stoffwechselproduktes 5-Hydroxy-Indolessigsäure im Urin gesichert werden.

Selbst wenn die Diagnose gesichert sei, gelinge die Lokalisation der relativ kleinen Tumoren häufig nicht. In Betracht komme deshalb dann nur eine symptomatische Behandlung. Die Überlebenszeit dieser Patienten betrage im Allgemeinen bis 6 Jahre. Recht günstig seien die Überlebenseinsichten dagegen, wenn eine Lokalisation und damit auch eine operative Entfernung des Tumors möglich sei. Unter diesen Umständen sei nach Entfernung eines lokalisierten Karzinoids - entsprechend den Ausführungen zu den Darmkarzinoiden - während der Zeit der Heilungsbewährung für die Dauer von 5 Jahren ein GdB von 50 angemessen. Bei einem nicht lokalisierbaren und damit inoperablen Karzinoid sei der GdB hingegen in Abhängigkeit von der Schwere der Auswirkungen mit 80 bis 100 zu beurteilen (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei Karzinoiden“).

### **7. Semimaligner Granulosazelltumor**

Nach Entfernung eines semimaligen Granulosazelltumors kommen nach Auffassung des SVBs die Grundsätze der Heilungsbewährung überhaupt nur in Betracht, wenn der Granulosazelltumor histologisch als maligne eingestuft worden ist. Dann gelte allerdings eine Heilungsbewährung von 5 Jahren (Beirat vom 26.03.2003: „Heilungsbewährung bei semimaligem Granulosazelltumor“).

### **8. Sonderregelungen nach dem BVG (Verwaltungsvorschrift zu § 30 BVG)**

Vorbemerkung:

Bei der Beurteilung des GdS nach den Regelungen des Sozialen Entschädigungsrechts (z.B. Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz) sind die den VmG vorgehenden Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG zu beachten. Insbesondere von Interesse ist hier die Nr. 5, die bei bestimmten Körperschäden eine Mindest-MdE vorschreibt. Sie lautet:

**Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu § 30 Bundesversorgungsgesetz**

**Nr. 5:** Für erhebliche äußere Körperschäden gelten folgende Mindesthundertsätze:

.....	vom Hundert
Schädelnarben mit erheblichem Verlust von Knochenmasse ohne Funktionsstörungen des Gehirns .....	30
Hirnbeschädigung mit stärkeren Funktionsstörungen .....	50
Rückenmarksverletzung mit schweren Funktionsstörungen .....	70
Verlust des Gaumens .....	30
Erheblicher Gewebsverlust der Zunge .....	30
Verlust des Kehlkopfes .....	70
Völliger Verlust der Nase .....	50
Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichts .....	50
Verlust beider Ohrmuscheln .....	30
Verlust oder Erblindung eines Auges bei voll gebrauchsfähigem anderen Auge ....	30
Verlust oder Erblindung eines Auges und Herabsetzung der Sehschärfe des anderen Auges auf weniger als die Hälfte .....	50
Hochgradige Sehbehinderung .....	mehr als 90
Völlige Taubheit .....	70
Verlust des männlichen Gliedes .....	50
Künstlicher After .....	50
Verlust des Afterschließmuskels .....	50
Urinistel mit Notwendigkeit, ein Urinal zu tragen .....	50
Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf ....	80
Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk .....	70
Verlust eines Armes im Unterarm .....	50
Verlust einer ganzen Hand .....	50
Verlust aller Finger einer Hand .....	50
Verlust des ganzen Daumens einschließlich Mittelhandknochens einer Hand .....	30
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf ...	80
Verlust eines Beines im Bereich des Oberschenkels bis zur Kniehöhe (z. B. Amputation nach Gritti) .....	70
Verlust eines Beines im Bereich des Unterschenkels bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke .....	50
Verlust eines Beines im Bereich des Unterschenkels bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke .....	60
Verlust beider Beine im Bereich der Unterschenkel bei Funktionstüchtigkeit der Stümpfe und der Gelenke .....	80
Teilverlust des Fußes mit Erhalten der Ferse (Absetzung nach Pirogow)	
einseitig .....	40
beidseitig .....	70
Teilverlust des Fußes (Absetzung nach Lisfranc und Sharp)	
einseitig .....	30
beidseitig .....	50
Teilverlust des Fußes (Absetzung nach Chopart)	
einseitig .....	30
beidseitig .....	60

### **9. Maligne Knochentumore**

Hier reichen nach Meinung des SVBs die Vorgaben der Teil B 1 c VMG für eine sachgerechte Beurteilung aus; spezielle Kriterien für einzelne Tumorarten seien nicht zu erarbeiten (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignen Knochentumoren“).

### **10. Prostatakarzinom**

Es wird auf die Anmerkung zu Teil B 13.6 VMG - Prostatakarzinom - verwiesen.

### **11. Unbekannter Primärtumor**

Die Diagnose einer Metastase bei unbekanntem Primärtumor ist nach Auffassung des SVBs mit Zurückhaltung zu bewerten. Nicht immer liege hier eine umfassende Diagnostik zugrunde. In diesen Fällen sei der GdB fünf Jahre nach der Metastasenentfernung, wenn kein Hinweis auf ein Tumorleiden mehr bestehe, wie bei einem Primärtumor unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung zu beurteilen. Der GdB ergebe sich aus den in den VMG genannten Kriterien (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Metastasenentfernung bei unbekanntem Primärtumor“).

### **12. Psychische Begleiterscheinungen**

Regelhafte psychische Begleiterscheinungen sind nach operativer Entfernung von Krebstumoren in den durch die VMG vorgegebenen GdB-Sätzen bereits enthalten (Teil A 2 i VMG). Wenn allerdings außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen vorliegen, die eine spezielle ärztliche Behandlung (z.B. Psychotherapie) erforderlich machen, kann der GdB höher bewertet werden (s. dazu Rauschelbach in „Der medizinische Sachverständige“ Heft 4/1981, S. 69; s. auch Anmerkung zu Teil A 2 i VMG (S. 29)).

### **13. Einzelfälle**

Bei „Karzinomen,“ der **Harnblasenschleimhaut** niedriger Malignität ist keine Heilungsbewährung abzuwarten und kein höherer GdB zu vergeben als nach dem verbliebenen Organschaden festgestellt werden kann (Beirat vom 23.11.1983: „Beurteilung der MdE bei „Karzinomen der Harnblasenschleimhaut niedriger Malignität“) - s. aber nachfolgend zum Carcinoma in situ und Teil B 1 d VMG (S. 129).

Nach 1990 vertretener Auffassung des SVBs stellt ein **Carcinoma in situ** (Cis) keinen invasiv wachsenden Tumor dar; seine operative Entfernung bedeute in aller Regel Heilung, eine Bestrahlung sei in diesem Fall nicht indiziert. Der GdB bestimme sich deshalb allein aus den Auswirkungen der

tatsächlich vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen. Eine Höherbewertung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung komme nicht in Betracht (Beirat vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB bei Carcinoma in situ der Brust“).

Vergleichbares gilt bei kleinen **Basalzellkarzinomen** und melanoma in situ (**Bowen-Krankheit**).

Ab 1997 wurde allerdings berücksichtigt, dass es beim Cis der Brust zwei unterschiedliche Formen - ein lobuläres und ein duktales Cis - gibt. Das lobuläre Cis der Brust - so der SVB - sei mit dem Cis der Harnblase vergleichbar, für das in Nr. 26.12 AHP - jetzt Teil B 12.2.3 VMG - eine Heilungsbewährung in Betracht komme, während für ein lobuläres Cis der Brust eine solche nicht vorgesehen sei. Die Befragung mehrerer Sachverständiger zum duktalem und lobulärem Cis der Brustdrüse ergab, dass sich beide Tumoren klinisch nicht eindeutig von einem Malignom der Brust im Stadium T1pN0Mo unterscheiden. Der SVB empfahl deshalb, den Klammerzusatz „Ausnahme: Carcinoma in situ“ in Nr. 26.14 AHP 1996 mit der Folge zu streichen, dass auch bei einem Cis der Brustdrüse die Heilungsbewährung abzuwarten ist. Dies wurde redaktionell mit den AHP 2004 umgesetzt (Beirat vom 15./16.04.1997 und 12./13.11.1997: „Heilungsbewährung bei lobulärem Carcinoma in situ der Brust“ und „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei lobulärem Carcinoma in situ der Brust - Frage der Heilungsbewährung“).

Mit Schreiben vom 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales schließlich ergänzend ausgeführt, dass ein Cis grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung rechtfertige, ausgenommen seien das Cis der Harnblase und der Brustdrüse (intraduktales und lobuläres Carcinoma in situ). Hier sei wegen der klinischen Besonderheiten eine Heilungsbewährung abzuwarten. Es wurden als grundsätzliche Regelung Nr. 26.1 Abs. 4 AHP (= Teil B 1 d VMG) eingefügt und entsprechende redaktionelle Anpassungen vorgenommen (Entfall des Zusatzes „Ausnahme: Carcinoma in Situ“ bei Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors, eines malignen Scheidentumors und eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile, bei denen also - wie bisher - ein Cis kein Abwarten einer Heilungsbewährung rechtfertigt). Für die Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse wurde während der Zeit einer Heilungsbewährung von 2 Jahren der GdB mit 50 festgesetzt (s. dazu auch Beirat vom 17./18.05.2006: „Carcinoma in Situ“).

Tumore, die in den VMG nicht ausdrücklich aufgeführt sind, wie z.B. **Tumore im Nasenbereich oder in der Mundhöhle**, sind in Analogie zu anderen Tumorerkrankungen zu bewerten (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung von Karzinomen der Nase und Nebenhöhlen, der Mundhöhle und der Speicheldrüsen“ - s. auch (S. 128) Teil B 1 b VMG.)

Bei **Magengeschwüren** kommt eine Zeit der Heilungsbewährung selbst dann nicht in Betracht, wenn häufig Rezidive auftreten (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei chronischen Magengeschwürsleiden“).

**Hepatozelluläre Karzinome** können mit kurativer Zielsetzung durch lokale Alkoholinstillation behandelt werden. Besteht danach fünf Jahre Rezidivfreiheit, so kann der GdB herabgesetzt werden, auch wenn ohne eingreifende Untersuchungen der Nachweis einer Heilungsbewährung nicht sicher zu erbringen ist (Beirat vom 29.bis 30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei hepatozellulärem Karzinom“).

Jeder Begutachtung maligner Tumoren ist das Ergebnis des **histopathologischen Staging** (pTpNpM) zugrunde zu legen. Nur wenn kein histologischer Befund erhoben wurde, ist die klinische Einteilung der Tumorstadien hilfsweise heranzuziehen (Beirat vom 21.bis 22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei histologisch nicht gesicherten malignen Tumoren“).

Trifft ein Leiden im Stadium der Heilungsbewährung mit einem **anderen Leiden** zusammen, so ist bei der Bildung des **Gesamt-GdB** ebenso zu verfahren, wie wenn „übliche“ Behinderungen, die Funktionseinschränkungen zur Folge haben, aufeinandertreffen. Liegt also beispielsweise ein Lungenkrebs ohne wesentliche Einschränkungen der Lungenfunktion vor, der mit einem GdB von 80 zu beurteilen ist, und darüber hinaus eine Herzmindereistung, die einen GdB von 40 bedingt, so beträgt der Gesamt-GdB mindestens 90 (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des Gesamt-GdB beim Zusammentreffen eines Leidens im Zeitraum der Heilungsbewährung mit weiteren Behinderungen“).

Nach Ablauf der Heilungsbewährung, die bei malignen Erkrankungen meist fünf Jahre beträgt, ist der GdB ausschließlich nur noch anhand der noch verbliebenen Funktionseinschränkungen zu bestimmen. Dabei sind **Operations- oder Bestrahlungsfolgen** im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten. Eine Erhöhung des Behinderungsgrads wegen eines durch ein Primärleiden hervorgerufenen Leidens an einem anderen Organ oder Organsystem, ohne dass dieses nennenswerte Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat, führt zu keinem höheren GdB. Hat das Sekundärleiden nämlich keine wesentlichen Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit des betroffenen Menschen, so besteht kein Grund, es bei der Bewertung des Behinderungsgrads anders zu behandeln als eine von dem Primärleiden unabhängig entstandene weitere Gesundheitsstörung (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 22.02.2011 - L 7 SB 29/07 -).



Im Zusammenhang mit einer Heilungsbewährung nach Krebserkrankung führt eine **genetische Disposition** des behinderten Menschen (hier Mutation im BRCA1-Gen), die mit der nachweislich erhöhten Gefahr einer erneuten Krebserkrankung verbunden ist, bei rückfallfreiem Ablauf der Heilungsbewährungszeit nicht zu deren Verlängerung, auch wenn der höhere GdB während der Zeit der Heilungsbewährungsphase vielfach durch die psychische Belastung aufgrund der Krebserkrankung bedingt wird. Einer psychischen Beeinträchtigung aufgrund der nachgewiesenen genetischen Disposition für eine Krebserkrankung ist nach Ablauf der Heilungsbewährung durch die GdB-Bewertung der festzustellenden Auswirkungen dieser Beeinträchtigung Rechnung zu tragen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 14.11.2013 - L 10 SB 166/12 -).

Lag mangels Heilungsbewährung bereits bei Erlass des ursprünglichen Verwaltungsaktes ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt vor, so kann nach Auffassung des Thüringer LSG (Urteil vom 07.03.2002 - L 5 SB 768/00 -) der Eintritt der angenommenen, tatsächlich aber nicht existierenden Heilungsbewährung nicht zu einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des § 48 SGB X führen.

#### **14. Rückwirkende GdB-Feststellung bei Malignom**

Ein rückwirkende Feststellung des GdB kann für den Betroffenen aus verschiedenen Gründen von Interesse sein; neben steuerlichen Vorteilen kommen ggf. auch rentenrechtliche Gründe (Stichtagsregelung 16.11.2000 nach § 236a SGB VI) in Betracht (s. dazu auch Anmerkung zu Teil A 3 VMG - rückwirkende Feststellung). Der SVB hat zur Frage, wie bei einer nach einem Stichtag erst diagnostizierten bösartigen Erkrankung zu verfahren sei, ausgeführt: Selbst wenn eine solche Erkrankung auch zum Zeitpunkt des Stichtags glaubhaft sei, könne rückwirkend kein höherer GdB festgestellt werden. Der GdB von wenigstens 50 erfasse nämlich auch die besondere soziale Situation, wie z.B. den Versuch der aktiven Bewältigung der Diagnose „Krebs“. Eine solche Situation bestehe aber nicht vor der erstmaligen Diagnose der Erkrankung (Beirat vom 13.11.2002: „Zum Problem der rückwirkenden Feststellung von Behinderungen vor dem 16.11.2000“).

Diesen Ausführungen des SVBs haben sich das LSG Niedersachsen - Bremen (Urteil vom 25.04.2003 - L 9 SB 2/02 -) und das LSG Bayern (Urteil vom 30.06.2005 - L 15 SB 86/04 -) inhaltlich angeschlossen und ausgeführt, dass für eine Krebserkrankung (hier malignes Prostata-Karzinom) die Feststellung eines GdB erst ab dem Zeitpunkt gerechtfertigt sei, zu dem dieses Krankheitsbild festgestellt worden ist.

## Teil B: 2. Kopf und Gesicht

### 2.1 Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung

Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung .....	0
Einfache Schädelbrüche ohne Komplikationen im Heilverlauf .....	0
Kleinere Knochenlücken, Substanzverluste (auch größere gedeckte) am knöchernen Schädel .....	0 - 10
Schädelnarben am Hirnschädel mit erheblichem Verlust von Knochenmasse ohne Funktionsstörung des Gehirns (einschließlich entstellender Wirkung) .....	30

Hierzu gehören insbesondere alle traumatisch entstandenen erheblichen (nicht gedeckten) Substanzverluste am Hirnschädel, die auch das innere Knochenblatt betreffen.

#### Einfache Gesichtsentstellung

nur wenig störend .....	10
sonst .....	20 - 30

Hochgradige Entstellung des Gesichts .....	50
--	----

In den VMG ist der noch in den AHP enthaltene Hinweis entfallen, dass zu den **Schädelnarben am Hirnschädel** insbesondere alle traumatisch entstandenen erheblichen (nicht gedeckten) Substanzverluste am Hirnschädel gehören, die auch das innere Knochenblatt betreffen. Dieser Hinweis hat weiter Gültigkeit; er wurde allein vor dem Hintergrund gestrichen, dass die VMG kein Lehrbuch sein sollen.

Statt abstoßend wirkender Entstellung des Gesichts - so die AHP - heißt es in den VMG **nun hochgradige Entstellung des Gesichts**. Es handelt sich hierbei lediglich um eine sprachliche Umformulierung.

Entfallen ist auch die dem Urteil des BSG vom 29.11.1973 - 10 RV 541/72 - (Breithaupt 1974, 967) entnommene, aber bei der Beurteilung weiterhin geltende Definitionen der abstoßend wirkenden - nunmehr hochgradigen - Entstellung des Gesichts: „Eine abstoßend wirkende Gesichtsentstellung liegt vor, wenn die Entstellung bei Menschen, die nur selten Umgang mit behinderten Menschen haben, üblicherweise Missempfindungen wie Erschrecken oder Abscheu oder eine anhaltende Abneigung gegenüber dem behinderten Menschen auszulösen vermag“.

Die VMG gehen mithin weiter als die Rechtsprechung im Krankenversicherungsrecht, die im Rahmen der Frage, ob ein Erscheinungsbild auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung behandlungsbedürftig ist, die Forderung nach „lediglich“ einer Entstellung aufstellt und eine erhebliche

Auffälligkeit voraussetzt, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit und damit zugleich erwarten lässt, dass Betroffene ständig viele Blicke auf sich ziehen, zum Objekt besonderer Beachtung anderer werden und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen drohen, sodass deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 35/15 R -).

Zu beachten ist, dass sich ein Gericht bei der Entscheidung der Frage, ob sich aus einer Gesichtsentstellung eine beachtliche Beeinträchtigung ergibt, nicht auf die Meinung der ärztlichen Sachverständigen und den Eindruck von Fotografien verlassen darf. Der Betroffene ist vom Gericht selbst in Augenschein zu nehmen; das Gericht muss sich selbst einen unmittelbaren Eindruck von dem Ausmaß der Entstellung verschaffen. Diese Verpflichtung besteht regelmäßig dann, wenn das Gesetz nicht eine messbare und eindeutig beschreibbare Tatsache, sondern den Eindruck für rechtserheblich erklärt, den eine Tatsache auf die Allgemeinheit macht und gerade über diesen Eindruck gestritten wird (BSG, Urteil vom 26.01.1994 - 9 RV 25/93 -; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 22.12.2011 - L 7 SB 62/11 -).

## 2.2 Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich

leicht .....	0 - 10
ausgeprägt, den oralen Bereich einschließend .....	20 - 30

### Gesichtsneuralgien (z.B. Trigeminusneuralgie)

leicht (seltene, leichte Schmerzen) .....	0 - 10
mittelgradig (häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar) .....	20 - 40
schwer (häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken) .....	50 - 60
besonders schwer (starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich) .....	70 - 80

Der GdB für eine chronische Schmerzstörung im Sinne einer Trigeminusneuropathie ist nicht entsprechend den Anhaltspunkten 2008 bzw. den versorgungsmedizinischen Grundsätzen wie eine Trigeminusneuralgie, sondern als chronische Schmerzstörung zu bewerten (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25.11.2009 - L 4 SB 174/08 -).

## 2.3 Echte Migräne

je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen.

leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) .....	0 - 10
mittelgradige Verlaufsform - (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) .....	20 - 40
schwere Verlaufsform - (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) .....	50 - 60

### 1. Vorbemerkung

Die Feststellung eines GdB für eine Migräne, Kopfschmerzen o.ä. Schmerzbeschwerden ist für alle Beteiligten stets ein Problem. Verwaltung oder Gericht sind vorrangig auf die Angaben der Betroffenen angewiesen und müssen sich auch mit der Frage der Glaubhaftigkeit der Beschwerdeangaben auseinandersetzen. Selbst bei einer Untersuchung durch einen Gutachter ist auch nicht immer ein objektives Ergebnis zu erwarten; denn Schmerzattacken o.ä. zeigen sich in der Regel eben nicht konstant, sondern eher anfallsweise. Deshalb sind - im Vergleich zu den Angaben des Betroffenen eher als objektiv angesehene - Auskünfte des behandelnden Arztes über Häufigkeit, Ausmaß der Attacken/Anfälle für eine korrekte Aufklärung des Sachverhaltes unerlässlich (allerdings muss sich der behandelnde Arzt hier auch der Mühe unterziehen, ausführliche Angaben zu machen - s. ansonsten unten unter 3. Kopfschmerzsyndrome). Hilfreich ist ein sog. Anfalls- oder Schmerzkalendar, den die Betroffenen selber führen, also eine Art Tagebuch, in dem die Beschwerden/Anfälle (insbesondere Häufigkeit, Dauer und Art) über einen längeren Zeitraum dokumentiert werden (s. im Übrigen auch die Anmerkung zu Teil A 2 j VMG (S. 32)).

### 2. Migräne

Unter Migräne sind langläufig anfallartige, oft pulsierende Kopfschmerzen, die wiederholt und meist einseitig auftreten, in den frühen Morgenstunden beginnen und Stunden bis Tage andauern können, zu verstehen. Migräne wird oft von Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmscheu, visuellen Symptomen oder neurologischen Ausfällen begleitet.

Der SVB hat sich einer Äußerung zur Unterscheidung zwischen einer echten Migräne und anderen chronischen Kopfschmerzsyndrome ausdrücklich enthalten; in der Regel könnten Fachgutachter die Krankheitsbilder gut differenzieren (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei echter Migräne“).

Zu beachten ist, dass die VMG z.B. mit ihrer Unterscheidung zwischen

leichter und mittelgradiger Verlaufsverlauf und ihren entsprechenden Definitionen nicht alle Fälle erfassen - z.B. deutlich häufigere Anfälle als einmal im Monat, aber in geringerer Ausprägung als einen Tag anhaltend -. Die VMG enthalten auch hier insoweit nur Bewertungsvorgaben, deren Lücken, also die nicht ausdrücklich geregelten Fälle, auszufüllen sind; hier kann letztlich nur das Votum des erfahrenen Sachverständigen für die GdB-Bewertung ausschlaggebend sein. Auf eine (hypothetische) Behandelbarkeit eines Migräneleidens kommt es nicht an; darauf stellen die AHP ausweislich ihres Wortlauts hinsichtlich der Migräne nicht ab. Dies gilt letztlich für alle in den VMG erfassten Gesundheitsstörungen und ergibt sich auch aus der Systematik der VMG. Kommt es nämlich auf die Behandlung, Behandelbarkeit bzw. Behandlungsnotwendigkeit an, so wird dies in den Bewertungsvorgaben ausdrücklich ausgeführt (s. z.B. bei Hypertonie, Diabetes mellitus oder Hauterkrankungen).

### **3. Kopfschmerzsyndrome**

Für die Beurteilung des GdB von Kopfschmerzsyndromen kommt es vor allem darauf an, dass einzuholende Befundberichte genaue Angaben über Art, Intensität und Dauer von Kopfschmerzen enthalten. Darauf beruhend seien dann entsprechend den Kriterien für eine Migräne sachgerechte Beurteilungen möglich (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei echter Migräne“).

### **4. Cluster-Kopfschmerz**

Cluster-Kopfschmerzen sind anfallsartig meist einseitig im Auge-Schläfen-Bereich auftretende schwerste Kopfschmerzattacken von 15 bis 180 Minuten Dauer bis zu achtmal pro Tag (häufig nachts) über Wochen bis Monate mit Begleitsymptomen wie z.B. halbseitige Schmerzen im Augen-Schläfen-Bereich, evtl. mit Rötung des Auges und des Gesichts, vermehrte Nasensekretion und Tränenfluss.

Der SVB ist der Meinung, dass die in Teil B 2.2 und 2.3 VMG (früher Nr. 26.2 AHP) enthaltenen Vorgaben zur Beurteilung von Gesichtsneuralgien und echter Migräne in jedem Fall eine sachgerechte Beurteilung auch des Cluster-Kopfschmerzes ermöglichen und keine weitere Ergänzung erforderlich sei. Wegen der in der Regel stärkeren Schmerzen könnten jedoch höhere GdB-Werte in Betracht kommen. Es seien dabei aber Ermittlungen über Intensität und Dauer der Anfälle, die Häufigkeit des Auftretens der Kopfschmerzen und ihrer Auswirkungen im täglichen Leben erforderlich. Die Beurteilung werde durch Vorlage eines „Schmerzkalenders“ (s.o. unter Vorbemerkung) erleichtert (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Cluster-Kopfschmerz“).

## 2.4 Periphere Fazialisparese

einseitig

kosmetisch nur wenig störende Restparese .....	0 - 10
ausgeprägtere Restparese oder Kontrakturen .....	20 - 30
komplette Lähmung oder entstellende Kontraktur .....	40

beidseitig komplette Lähmung .....50

## Teil B: 3. Nervensystem und Psyche

Die Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB e.V.) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) hat zusammen mit dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) die Leitlinien „**Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung**“ erstellt.

Diese richten sich an den Sachverständigen und beschreiben die medizinischen und juristischen Grundlagen des Sachverständigenbeweises. Sie verfolgen das Ziel, medizinische Sachverständige zu unterstützen und Probanden und Auftraggeber vor willkürlichen und wissenschaftlich nicht hinreichend begründeten Einschätzungen zu schützen. Es werden die Rolle des Gutachters und die an ihn gestellten Anforderungen in den unterschiedlichen Versicherungs- und Rechtsgebieten ebenso dargestellt, wie Fragen der gutachterlichen Haftung und Vergütung (*auch auf der CD „Sozialrecht“ zu diesem Buch*).

### 3.1 Hirnschäden

- a) Ein Hirnschaden ist nachgewiesen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns - nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase - festgestellt worden sind. Wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind beträgt der GdS dann - auch unter Einschluss geringer z. B. vegetativer Beschwerden - 20; nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30.

#### 1. GdB bei Hirnschäden

Bei einem nachgewiesenen Hirnschaden ohne hirnorganische Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen ist der GdB nicht unter 20 zu beurteilen.

Bereits 1991 hat der SVB darauf hingewiesen, dass mit den früher zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden nur schwerere Hirnschäden

nachgewiesen werden konnten. Deshalb sei damals ein GdB von mindestens 30 vorgesehen gewesen (AHP 1973), wenn keine bleibenden Ausfallserscheinungen mehr feststellbar waren. 1983 sei dieser GdB auf 20 gesenkt worden, weil nunmehr aufgrund genauerer Untersuchungsmethoden auch geringere Hirnschäden festzustellen seien. Wenn ein solcher geringfügiger Hirnschaden in einem Herabsetzungsverfahren (Reduzierung des GdB) festgestellt werden könne, sei ein GdB von 20 angemessen. Bei nachgewiesenen schwereren Hirnschäden sei der GdB - wie früher - auch dann nicht niedriger als mit 30 zu bewerten, wenn keine funktionellen Auswirkungen erkennbar seien. Wenn allerdings der GdB schon früher auf 30 reduziert worden sei, solle es dabei verbleiben; von Nachuntersuchungen solle in allen Fällen abgesehen werden (Beirat vom 10.04.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Hirnschäden“).

## **2. GdB nach Hirnoperation**

Nach offenen Hirnverletzungen ist der GdB nicht unter 30 festzustellen.

Dies gelte - so der SVB - auch dann, wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind. Zur Frage, ob nach einer Hirnoperation, z.B. wegen eines Akustikusneurinoms, die gleichen Beurteilungskriterien gelten, hat der SVB ergänzend ausgeführt, dass in den Fällen, in denen vor einer oder infolge einer Hirnoperation von einer Hirnschädigung auszugehen ist, in der Regel auch dann ein Mindest-GdB von 30 anzunehmen ist, wenn weder neurologisch noch psychiatrisch Folgen nachzuweisen sind (Beirat vom 15./16.04.1997: „GdB nach Hirnoperation“).

## **3. Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“**

Im Auftrag der Kommission „Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Neurologische Begutachtung (ANB) in Zusammenarbeit mit benannten Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNCh), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) die Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma,“ erarbeitet und von der Kommission „Leitlinien“ der DGN verabschiedet. Der Text der Leitlinie wurde von der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) gebilligt.

Ziel der Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“ ist die Vereinheitlichung von Ablauf und Inhalt der neurologischen Begutachtung nach Schädel-Hirntrauma sowie der Bezeichnung und Bewertung daraus resultierender Beeinträchtigungen und Behinderungen (Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“).

- b) Bestimmend für die Beurteilung des GdS ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommt ein GdS zwischen 20 und 100 in Betracht.
- c) Bei Kindern ist zu berücksichtigen, dass sich die Auswirkungen eines Hirnschadens abhängig vom Reifungsprozess sehr verschieden (Besserung oder Verschlechterung) entwickeln können, so dass in der Regel Nachprüfungen in Abständen von wenigen Jahren angezeigt sind.
- d) Bei einem mit Ventil versorgten Hydrozephalus ist ein GdS von wenigstens 30 anzusetzen.

Die GdB-Vorgaben für einen mit Ventil versorgten Hydrozephalus wurden erstmals in den AHP 1996 aufgeführt.

Der SVB hat deshalb 1989 ergänzend dazu Stellung genommen: Bei einem Hydrozephalus müsse immer von einer Hirnschädigung ausgegangen werden, der auch ohne hirnorganische Störungen mit einem GdB von 20 zu bewerten sei. Bei Kindern sei wegen der Einschränkungen durch die Drainage in jedem Fall ein GdB um wenigstens 30 gerechtfertigt (Beirat vom 26.04.1989: „GdB bei Hydrozephalus“). Nach Entfernung des Ventils sei vom Bestehen einer Hirnverletzung auszugehen; dem Kind stehe wegen dieses Hirnschadens ein GdB von wenigstens 30 zu (Beirat vom 17./18.05.2006: „Beurteilung des Grades der Behinderung bei entfernten Ventrikelschunt“).

- e) Nicht nur vorübergehende vegetative Störungen nach Gehirnerschütterung (reversible und morphologisch nicht nachweisbare Funktionsstörung des Gesamthirns) rechtfertigen im ersten Jahr nach dem Unfall einen GdS von 10 bis 20.

Bei der folgenden GdS-Tabelle der Hirnschäden soll die unter Nummer 3.1.1 genannte Gesamtbewertung im Vordergrund stehen. Die unter Nummer 3.1.2 angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

Auf den ersten Blick nicht besonders verständlich erscheint in Teil B 3.1 VMG die Unterscheidung in Abschnitt 3.1.1 (Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden) und Abschnitt 3.1.2 (Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen). Erläuternd geben allerdings bereits die VMG selbst Hilfestellung: „Bei der folgenden GdS-Tabelle



der Hirnschäden soll die unter Nummer 3.1.1 genannte Gesamtbewertung im Vordergrund stehen. Die unter Nummer 3.1.2 angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.“ So hat dann auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 02.02.2012 - L 13 SB 210/10 -, ausgeführt, dass es nicht den Vorgaben der VMG entspreche, zur Beurteilung der Höhe des GdB von Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung deren Folgen einzeln zu bewerten. Vielmehr sehe Teil B Nr. 3.1 VMG vor, dass im Vordergrund die unter Teil B Nr. 3.1.1 VMG aufgeführte Gesamtbewertung stehe. Danach sei für Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung ein GdB-Rahmen von 70 bis 100 vorgesehen. Die unter Teil B Nr. 3.1.2 VMG angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome - nämlich psychische Störungen, zentrale vegetative Störungen, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, kognitive Leistungsstörungen, zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen, Parkinson-Syndrom und andere extrapyramidale Syndrome sowie epileptische Anfälle - stellten lediglich eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

Schließlich hat sich auch SVB (Beirat vom 22.10.1986: „Beurteilung zentral-vegetativer Störungen“) damit beschäftigt und darauf hingewiesen, dass bei der Beurteilung des GdB von Hirnschäden mit verschiedenartigen Folgeerscheinungen (z.B. psychischen Störungen, vegetativen Störungen, Anfällen, Lähmungen) die einzelnen Folgeerscheinungen nicht in jedem Fall nach Maßgabe des Abschnitts 3.1.2 VMG (früher Nr. 26.3 B AHP) getrennt zu bewerten und dabei die dort genannten Einzelwerte zugrunde zu legen seien. Die unter Abschnitt 3.1.2 VMG genannten Werte berücksichtigten bereits jeweils den Umstand der Hirnschädigung mit. Wie es in dem Eingangssatz des Abschnitts 3.1.2 VMG ausdrücklich heiße, seien diese Einzelwerte **nur bei isoliertem bzw. führenden Vorkommen** - und für die Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage nach § 31 Abs. 5 BVG - Beurteilungsbasis. Eine Gesamtwürdigung eines Hirnschadens mit verschiedenen Folgeerscheinungen müsse deshalb - abgesehen vom Beurteilungsverfahren zur Schwerstbeschädigtenzulage - **stets** nach den in **Abschnitt 3.1.1 VMG** genannten allgemeinen Grundsätzen erfolgen (s. S. 150).

### **3.1.1 Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden**

Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung .....	30 - 40
Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung .....	50 - 60
Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung .....	70 - 100

### **3.1.2 Bewertung von Hirnschäden**

#### **mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen**

(bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht auch zur Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage)

Hirnschäden mit psychischen Störungen

leicht (im Alltag sich gering auswirkend) .....	30 - 40
mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend) .....	50 - 60
schwer .....	70 - 100

In den VMG sind in Abschnitt 3.1.2 die früheren Erläuterungen der AHP zu organisch-psychischen Störungen entfallen, die indes inhaltlich weiter gültig sind:

#### ***Organisch-psychische Störungen***

*Hierbei wird zwischen hirnorganischen Allgemeinsymptomen, intellektuellem Abbau (Demenz) und hirnorganischen Persönlichkeitsveränderungen unterschieden, die jedoch oft kombiniert sind und fließende Übergänge zeigen können.*

*Zu den hirnorganischen Allgemeinsymptomen („Hirnleistungsschwäche“) werden vor allem Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit und der Konzentration, Reizbarkeit, Erregbarkeit, vorzeitige Ermüdbarkeit, Einbuße an Übersicht- und Umstellungsvermögen und psychovegetative Labilität (z.B. Kopfschmerzen, vasomotorische Störungen, Schlafstörungen, affektive Labilität) gerechnet.*

*Die hirnorganische Persönlichkeitsveränderung („hirnorganische Wesensänderung“) wird von einer Verarmung und Vergröberung der Persönlichkeit mit Störungen des Antriebs, der Stimmungslage und der Emotionalität, mit Einschränkung des Kritikvermögens und des Umweltkontaktes sowie mit Akzentuierungen besonderer Persönlichkeitseigenarten bestimmt.*

*Auf der Basis der organisch-psychischen Veränderungen entwickeln sich nicht selten zusätzliche psychoreaktive Störungen.*

Ungeachtet der - im Vergleich zu den AHP 1983 - geänderten GdB-Werte und erweiternden Beschreibung der zu bewertenden Gesundheitsstörungen (früher nur „Psychische Störungen“) dürften die Ausführungen des SVBs von 1984 (Beirat vom 04.04.1984: „MdE-Bewertung bei **psychischen Störungen infolge Zerebralklerose und psychovegetativer Labilität**“) weiterhin in Teilbereichen von Interesse sein:

Die mit einer Zerebralsklerose (bzw. zerebrovaskulären Insuffizienz) einhergehenden Veränderungen, die noch altersentsprechend sind - wie das alterstypische Nachlassen des Gedächtnisses oder der allgemeinen geistigen Beweglichkeit -, stellen danach keine Behinderung dar. Ein GdB komme aber dann in Betracht, wenn bei zerebrovaskulärer Insuffizienz die Einschränkung der zerebralen Leistungsfähigkeit wesentlich über das Altersentsprechende hinausgehe. Allerdings sei zu beachten, dass es sich bei den in Teil B 3.1.2 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) genannten psychischen Störungen um organisch-psychische Störungen handele, die streng von den ebenfalls in den VMG unter B 3.7 aufgeführten „psychovegetativen Syndromen“ abzugrenzen seien. Hier sei die MdE entsprechend niedriger zu bewerten.

Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (z.B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, der Vasomotorenregulation oder der Schweißregulation)

leicht .....	30
mittelgradig, auch mit vereinzelt synkopalen Anfällen .....	40
mit häufigeren Anfällen oder erheblichen Auswirkungen auf den Allgemeinzustand .....	50

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (spino-)zerebellarer Ursache je nach dem Ausmaß der Störung der Ziel- und Feinmotorik einschließlich der Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen (siehe hierzu auch bei Hör- und Gleichgewichtsorgan) ..... 30 - 100

Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen (z.B. Aphasie, Apraxie, Agnosie)

leicht (z.B. Restaphasie) .....	30 - 40
mittelgradig (z.B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung) .....	50 - 80
schwer (z.B. globale Aphasie) .....	90 - 100

### **1. Akustische Verarbeitungsstörungen im Kindesalter**

Störungen der Aufnahme und Entschlüsselung von Sprache sind - so der SVB - Symptome einer sensorischen Aphasie. Solche Störungen seien nicht nach der Teil B 5 VMG (früher Nr. 26.5 AHP) sondern nach Teil B 3.1.2 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) zu beurteilen. Bei einer Analogbewertung sei allerdings zu beachten, dass in diesen Fällen in der Regel kein Hirnschaden vorliege, so dass die Auswirkungen niedriger zu beurteilen seien als Teil B 3.1.2 VMG angegeben. Auch erreichten die Auswirkungen einer solchen Störung nicht die einer Taubheit. Zusätzlich seien die Besonderheiten bei kindlichen Hörstörungen zu beachten, so dass im Einzelfall ein GdB von

100 gerechtfertigt sein könne (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei zentralen Hörstörungen bzw. auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen“).

## **2. Aphasie**

Jeder Aphasie liege ein Hirnschaden zugrunde; schwere Aphasien seien - so der SVB - mit so erheblichen Orientierungsstörungen verbunden, dass stets die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ und „B“ vorliegen. Bei einer schweren, z.B. totalen oder fast totalen gemischten Aphasie sei regelhaft auch „Hilflosigkeit“ anzunehmen. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keinen GdB von 100 bedingen, müsse hingegen im Einzelfall geprüft werden, ob die Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche erfüllt seien. Dabei komme es vor allem darauf an, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und evtl. auch Gliedmaßenlähmungen, die oft zusammen mit einer Aphasie aufträten, vorhanden seien.

Im Hinblick auf die verschiedenen Aphasieformen sei von besonderer Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß die Aphasie von einer sensorischen Störung bestimmt sei, weil vor allem diese zu Orientierungsstörungen führe. Eine vollständige rein sensorische Aphasie (die allerdings sehr selten sei) und eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente könnten unter diesen Umständen die Merkzeichen „G“ und „B“ regelmäßig auch dann rechtfertigen, wenn der GdB insoweit „nur“ auf 70 oder 80 einzuschätzen sei (Beirat vom 30.10.1985: „Hilflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern“).

## **3. Seelenblindheit / Agnosie:**

s. (S. 93) hierzu im Einzelnen die Anmerkung zu Teil A 6 VMG unter visuelle Agnosie.

**Zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen**

leichte Restlähmungen und Tonusstörungen der Gliedmaßen ..... 30  
bei ausgeprägteren Teillähmungen und vollständigen Lähmungen  
ist der GdS aus Vergleichen mit dem GdS bei Gliedmaßenverlusten,  
peripheren Lähmungen und anderen Funktionseinbußen der  
Gliedmaßen abzuleiten.  
vollständige Lähmung von Arm und Bein (Hemiplegie) ..... 100

**Parkinson-Syndrom**

ein- oder beidseitig, geringe Störung der Bewegungsabläufe,  
keine Gleichgewichtsstörung, geringe Verlangsamung ..... 30 - 40  
deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen,  
Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere Verlangsamung ..... 50 - 70  
schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität 80 - 100

Andere extrapyramidale Syndrome - auch mit Hyperkinesen - sind analog nach Art und Umfang der gestörten Bewegungsabläufe und der Möglichkeit ihrer Unterdrückung zu bewerten; bei lokalisierten Störungen (z.B. Torticollis spasmodicus) sind niedrigere GdS als bei generalisierten (z.B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

Hierzu wird vertreten, dass GdB-Werte unter 50 nur bei leichteren, insbesondere monosymptatischen Krankheitsbildern, die nicht oder noch nicht mit L-Dopa behandelt werden, in Frage kommen. Bei mit L-Dopa behandelten Krankheitsbildern sei ist der GdB, auch wenn die Betroffenen im Alltagsleben noch gut kompensiert sind und berufstätig sein können, wegen der bekannten Nebenwirkungen dieser Substanz nicht niedriger als 50 anzusetzen (Literatur: Deuschl, G.; Högenauer, H.: Extrapyramidale Bewegungsstörungen in: Suchenwirth, Kunze, Krasney - Neurologische Begutachtung, S. 415).

Ausgeprägte Parkinson-Syndrome, die einer entsprechenden Therapie bedürfen, bedingen jedenfalls auch nach Auffassung des SVBs stets einen GdB von wenigstens 50 (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei Parkinsonismus und anderen extrapyramidalen Erkrankungen“).

Eine zerebrovaskuläre Insuffizienz stellt nur dann eine Behinderung dar, wenn sie wesentlich über das altersentsprechende Maß - alterstypisches Nachlassen des Gedächtnisses oder der allgemeinen geistigen Beweglichkeit - hinausgeht. In diesen Fällen ist ein GdB von wenigstens 30 angemessen (Beirat vom 04.04.1984: „MdE-Bewertung bei psychischen Störungen infolge Zerebralsklerose und psychovegetativer Labilität“).

**Epileptische Anfälle**

je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung

sehr selten (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten) .....	40
selten (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen) .....	50 - 60
mittlere Häufigkeit (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Tagen) .....	60 - 80
häufig (generalisierte [große] oder komplex-fokale Anfälle wöchentlich oder Serien von generalisierten Krampfanfällen, von fokal betonten oder von multifokalen Anfällen; kleine und einfach-fokale Anfälle täglich) .....	90 - 100
nach drei Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer Notwendigkeit antikonvulsiver Behandlung .....	30

Ein Anfallsleiden gilt als abgeklungen, wenn ohne Medikation drei Jahre Anfallsfreiheit besteht. Ohne nachgewiesenen Hirnschaden ist dann kein GdS mehr anzunehmen.

Bei mindestens mittlerer Anfallhäufigkeit kommen die Nachteilsausgleiche „G“ (vgl. Teil D 1 VMG (s. S. 439)) und „B“ (Teil D 2 VMG (s. S. 466)) in Betracht.

**3.2 Narkolepsie**

Je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tagesschläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungserscheinungen, Schlaf lähmungen - häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) ist im Allgemeinen ein GdS von 50 bis 80 anzusetzen.

In den AHP 1983 wurde hinsichtlich der Bewertung narkoleptischer Anfälle noch auf epileptische Anfälle verwiesen und betont, dass sich „Schlaf- und Wachanfalle“ im Allgemeinen weniger behindernd auswirken als kleine epileptische Anfälle. Auch wenn nunmehr für die Narkolepsie ein eigener Bewertungsrahmen vorgegeben ist, erscheint es dennoch auch jetzt noch sinnvoll bei Zweifelsfragen zur Höhe des GdB eine entspre-

chende Analogie zu bilden. Dies gilt auch hinsichtlich der Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ (s.o. Anmerkung zu Teil B 3.1.2 VMG „epileptische Anfälle“ (S. 154)).

Ein GdB von 40 (z.B. bei gering ausgeprägter Tagesschläfrigkeit in Kombination mit seltenen Schlaflähmungen und hypnagogen Halluzinationen) oder auch über 80 (bei ungewöhnlich starker Ausprägung) kommt jedoch nur selten in Betracht (vgl. die Erläuterung in den bis Ende 2008 geltenden AHP).

Bei allerdings nur isoliert auftretenden Schlafanfällen wird ein GdB von 20 bis 30 als angemessen angesehen. Erst zusätzliche Symptome, wie gehäufte Einschlafattacken mit verlängerten Reaktionszeiten, verkürzter Aufmerksamkeit, affektivem Tonusverlust, abnormer Schläfrigkeit und automatischem Verhalten, hypnagogen Halluzinationen rechtfertigten nämlich einen höheren GdB (Spatz, R.: Cerebrale Anfallsleiden, S. 431 bis 444 in Suchenwirth: Neurologische Begutachtung).

### **3.3 Hirntumoren**

Der GdS von Hirntumoren ist vor allem von der Art und Dignität und von der Ausdehnung und Lokalisation mit ihren Auswirkungen abhängig.

Nach der Entfernung gutartiger Tumoren (z.B. Meningeom, Neurinom) richtet sich der GdS allein nach dem verbliebenen Schaden.

Bei Tumoren wie Oligodendrogliom, Ependyom, Astrozytom II, ist der GdS, wenn eine vollständige Tumorentfernung nicht gesichert ist, nicht niedriger als 50 anzusetzen.

Bei malignen Tumoren (z.B. Astrozytom III, Glioblastom, Medulloblastom) ist der GdS mit wenigstens 80 zu bewerten.

Das Abwarten einer Heilungsbewährung (von fünf Jahren) kommt in der Regel nur nach der Entfernung eines malignen Kleinhirntumors des Kindesalters (z.B. Medulloblastom) in Betracht. Der GdS beträgt während dieser Zeit (im Frühstadium) bei geringer Leistungsbeeinträchtigung 50.

Bei mikrochirurgischer Entfernung von Astrozytom II Tumoren ist zu prüfen, ob der Tumor klinisch vollständig beseitigt wurde. Ist dies der Fall, ist der GdB nur nach dem verbliebenen Schaden zu beurteilen. Nur wenn eine vollständige Tumorentfernung (z.B. wegen der Größe des Tumors oder wegen benachbarter Strukturen) nicht möglich ist, sei ein GdB von wenigstens 50 (auf Dauer) gerechtfertigt. Die Unmöglichkeit der vollständigen Tumorentfernung müsse jedoch eindeutig feststehen (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Operation eines Astrozytoms II“).

Ein Meningeom ohne Zeichen einer Hirnschädigung, ohne klinische Symptomatik und bei fehlender Operationsindikation bedingt nach Auffassung des SVBs keinen GdB (Beirat vom 17./18.05.2006: „Beurteilung des GdB bei Meningeom ohne Hirnschädigung“).

### **3.4 Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter**

Die GdS-Beurteilung der Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung darf nicht allein vom Ausmaß der Intelligenzminderung und von diesbezüglichen Testergebnissen ausgehen, die immer nur Teile der Behinderung zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen können. Daneben muss stets auch die Persönlichkeitsentwicklung auf affektivem und emotionalem Gebiet, wie auch im Bereich des Antriebs und der Prägung durch die Umwelt mit allen Auswirkungen auf die sozialen Einordnungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

#### **3.4.1 Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter**

Die Beurteilung setzt eine standardisierte Befunderhebung mit Durchführung geeigneter Testverfahren voraus (Nachuntersuchung mit Beginn der Schulpflicht).

Umschriebene Entwicklungsstörungen in den Bereichen Motorik, Sprache oder Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung .....	0 - 10
sonst - bis zum Ausgleich - je nach Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung .....	20 - 40
bei besonders schwerer Ausprägung .....	50

In den bis Ende 2008 geltenden AHP war noch zusätzlich erläuternd angemerkt, dass umschriebene Entwicklungsstörungen in besonders schwerer Ausprägung nur selten anzutreffen sind.

Globale Entwicklungsstörungen (Einschränkungen in den Bereichen Sprache und Kommunikation, Wahrnehmung und Spielverhalten, Motorik, Selbständigkeit, soziale Integration)

je nach Ausmaß der sozialen Einordnungsstörung und der Verhaltensstörung (z.B. Hyperaktivität, Aggressivität)

geringe Auswirkungen .....	30 - 40
starke Auswirkungen (z.B. Entwicklungsquotient [EQ] von 70 bis über 50) .....	50 - 70
schwere Auswirkungen (z.B. EQ 50 und weniger) .....	80 - 100



Der **Entwicklungsquotient** (EQ) ist eine Kenngröße zur Bewertung des Entwicklungsstandes bei Kindern und Kleinkindern. Er setzt den Leistungsstand (Entwicklungsalter) zum Lebensalter in Beziehung.

Der Entwicklungsquotient ergibt sich nach der Formel:  $\text{Entwicklungsalter} / \text{Lebensalter} \times 100 = \text{EQ-Wert}$ . Als Mittelwert wird 100 angenommen. Ein EQ über 100 bedeutet eine Entwicklungsbeschleunigung, ein EQ-Wert unter 100 eine Entwicklungsverzögerung.

Zur **Bestimmung des EQ** im Kleinkindesalter sind die erforderlichen Untersuchungen (z.B. Entwicklungsskalen nach Bayley oder Griffiths) in entsprechend fachkompetenten sozialpädiatrischen Zentren und nicht in Versorgungsämtern durchzuführen (Beirat vom 07./08.11.2001: „Bestimmung des Entwicklungsquotienten im Kleinkindesalter“).

In der Regel soll bei Kleinkindern mit einem allgemeinen Entwicklungsrückstand von wenigstens einem Jahr - unabhängig von dessen Ursache - ein GdB-Grad von wenigstens 30 anzunehmen sein (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei geistiger Behinderung im Kleinkindesalter“).

Eine pauschale Bewertung des GdB bei frühgeborenen Kindern in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht sei - so der SVB - nicht sachgerecht. Stets sei eine Begutachtung des Einzelfalles erforderlich. Nachuntersuchungen nach dem ersten Lebensjahr, vor Einschulung und etwa im zehnten Lebensjahr seien empfehlenswert (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frühgeborenen“).

**3.4.2 Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter**

Kognitive Teilleistungsschwächen (z.B. Lese-Rechtschreib-Schwäche [Legasthenie], isolierte Rechenstörung)

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Schulleistungen	0 - 10
sonst - auch unter Berücksichtigung von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen - bis zum Ausgleich .....	20 - 40
bei besonders schwerer Ausprägung (selten) .....	50

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Intelligenz-rückstand entsprechend einem Intelligenz-Alter (I.A.) von etwa 10 bis 12 Jahren bei Erwachsenen (Intelligenzquotient [IQ] von etwa 70 bis 60)

wenn während des Schulbesuchs nur geringe Störungen, insbesondere der Auffassung, der Merkfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit, der sozialen Einordnung, des Sprechens, der Sprache, oder anderer kognitiver Teilleistungen vorliegen .....	30 - 40
wenn sich nach Abschluss der Schule noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen bestehen .....	30 - 40
wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte Menschen erreicht werden kann .....	30 - 40
wenn während des Schulbesuchs die oben genannten Störungen stark ausgeprägt sind oder mit einem Schulversagen zu rechnen ist .....	50 - 70
wenn nach Abschluss der Schule auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung oder sozialer Einordnung geschlossen werden kann .....	50 - 70
wenn der behinderte Mensch wegen seiner Behinderung trotz beruflicher Fördermöglichkeiten (z.B. in besonderen Rehabilitationseinrichtungen) nicht in der Lage ist, sich auch unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte Menschen beruflich zu qualifizieren .....	50 - 70

Intelligenzmangel mit stark eingegengter Bildungsfähigkeit, erheblichen Mängeln im Spracherwerb, Intelligenzrückstand entsprechend einem I.A. unter 10 Jahren bei Erwachsenen (IQ unter 60)

bei relativ günstiger Persönlichkeitsentwicklung und sozialer Anpassungsmöglichkeit (Teilerfolg in einer Sonderschule, selbständige Lebensführung in einigen Teilbereichen und Einordnung im allgemeinen Erwerbsleben mit einfachen motorischen Fertigkeiten noch möglich) .....80 - 90  
 bei stärkerer Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten mit hochgradigem Mangel an Selbständigkeit und Bildungsfähigkeit, fehlender Sprachentwicklung, unabhängig von der Arbeitsmarktlage und auf Dauer Beschäftigungsmöglichkeit  
 nur in einer Werkstatt für Behinderte ..... 100

Seit April 2004 heißt die Rubrik „Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter“. In der Ursprungsfassung von 1996 lautete der Absatz: „Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung“.

**1. Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Analphabetismus**

**S. die Anmerkung zu Teil A 5 VMG unter Analphabetismus (S. 81).**

**2. Beurteilung der Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung**

Grundlage für die Beurteilung von Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. auch Rdschr. des BMA vom 20.03.2001) sind nach der Auffassung des SVBs die in Nr. 26.3 AHP (nunmehr Teil B 3.4.2 VMG) aufgeführten Kriterien und nicht die in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10) genannten Maßstäbe. Die in der ICD-10 genannten Maßstäbe hätten ein völlig anderes Anliegen; mit ihnen würden im klinischen Bereich auf internationalem Niveau einheitliche Diagnosekriterien geschaffen. Diagnosen und Auswirkungen seien aber nicht identisch. Deshalb sei es auch nicht möglich, das Ausmaß und die Auswirkungen von Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit nach der ICD-10 zu beurteilen. Um den Anschein zu vermeiden, dass die in den AHP genannten Kriterien mit denen der ICD-10 identisch seien, wurde bei den Bewertungsvorgaben „Schwerer Intelligenzmangel mit stark eingegengter Bildungsfähigkeit“ das Wort „schwerer“ gestrichen (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung“).

In den im Rahmen der Überarbeitung der AHP geführten Sachverständigengesprächen sei im Übrigen für die Beurteilung der Auswirkungen der Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit ein Bezug auf den IQ nicht als wesentlich, sogar als diskriminierend angesehen worden; er sei deshalb allenfalls hilfsweise heranzuziehen (Beirat, a.a.O.). Genannt wird der IQ in den Bewertungsvorgaben indes nach wie vor.

### ***3. Wann liegt eine Teilleistungsschwäche nach Teil B 3.4.2 VMG vor?***

Von einer kognitiven Teilleistungsschwäche i.S. von Teil B 3.4.2 VMG ist nur dann auszugehen, wenn die spezifische Leistungsstörung (z.B. Lese-Rechtschreibschwäche, isolierte Rechenstörung) nicht durch eine Minderung des allgemeinen Intelligenzniveaus erklärt werden kann. Ansonsten ist im Rahmen des Teils B 3.4.2 VMG von der Rubrik „Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Intelligenzrückstand“ auszugehen. Bei der Beurteilung ist Teil B 3.4 VMG zu beachten „Die GdS-Beurteilung der Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung darf nicht allein vom Ausmaß der Intelligenzminderung und von diesbezüglichen Testergebnissen ausgehen, die immer nur Teile der Behinderung zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen können. Daneben muss stets auch die Persönlichkeitsentwicklung auf affektivem und emotionalem Gebiet, wie auch im Bereich des Antriebs und der Prägung durch die Umwelt mit allen Auswirkungen auf die sozialen Einordnungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.“ (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12.09.2018 - L 7 SB 53/14 -)

### ***4. Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Kindern mit Down-Syndrom***

***S. hier die Anmerkung zu Teil A 5 VMG unter Down´Syndrom (S. 76).***

### ***5. Beurteilung bei Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind***

In einer Werkstatt für Behinderte werden nach den Ausführungen des SVBs auch behinderte Menschen mit dem Ziel der Eingliederung in das allgemeine Erwerbsleben vorübergehend beschäftigt. Bei der augenblicklichen Arbeitsmarktlage sei durchaus denkbar, dass ein behinderter Mensch über den unbedingt notwendigen Zeitraum hinaus so lange in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt werde, bis er - bei günstigerer Arbeitsmarktlage - auch auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelt werden könne. Unter diesen Umständen könne man bei dieser Personengruppe nicht allein wegen der Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte auf einen GdB von 100 schließen.

Das Gleiche gelte für geistig behinderte Menschen. Deshalb werde in den AHP (VMG) auch ausgeführt, dass ein GdB von 100 gerechtfertigt sei, wenn - und zwar allein aus medizinischen Gründen und nicht wegen der Arbeitsmarktsituation - für den Betroffenen eine „Beschäftigungsmöglichkeit auf Dauer nur in einer Werkstatt für Behinderte“ gegeben sei. Dieser Hinweis stelle bei der GdB-Beurteilung im Übrigen nur ein Kriterium dar, das neben anderen Unterlagen, die auf das Ausmaß der Behinderung schließen ließen, zu berücksichtigen sei (Beirat vom 04.04.1984: „MdE-Bewertung bei körperlich Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind“).

### **6. Ausbildungsberuf**

Die Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Intelligenzrückstand entsprechend einem Intelligenz-Alter von etwa 10 bis 12 Jahren bei Erwachsenen ist mit einem GdB von 30-40 zu bewerten, „wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte Menschen erreicht werden kann“. Damit sind anerkannte Ausbildungsberufe gemeint, in denen behinderte Menschen nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung unter Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse, etwa durch die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung, die Dauer von Prüfungszeiten, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher, ausgebildet werden sollen, nicht aber um eine Berufsausbildung für „behinderte Menschen, für die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht in Betracht kommt“ (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.12.2014 - L 13 SB 69/14 -).

### **3.5 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**

Die Kriterien der Definitionen der ICD 10-GM Version 2011 müssen erfüllt sein. Komorbide psychische Störungen sind gesondert zu berücksichtigen. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Eine pauschale Festsetzung des GdS nach einem bestimmten Lebensalter ist nicht möglich.

#### **3.5.1 Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)**

Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

- ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 10-20
- mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 30-40
- mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 50-70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 80-100

Soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen. Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (zum Beispiel einen Integrationshelfer als Eingliederungshilfe) möglich ist. Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.

Hier vertritt das SG Kassel, Urteil vom 19.12.2011 - S 6 SB 87/10 -, die Auffassung, dass die VMG dahingehend zu interpretieren seien, dass die Feststellung eines GdB wegen eines gesicherten **Asperger-Autismus rückwirkend** auch **ab der Geburt** möglich sei, wenn sich bereits ab Geburt hinreichend gesichert besondere Auffälligkeiten manifestierten, die nach dem Stand der Wissenschaft als frühe Kennzeichen für ein Asperger-Syndrom zu bewerten seien, so z.B. „Regulations- und Anpassungsstörungen“. Diese Auffassung erscheint unabhängig davon, ob die Voraussetzungen für eine rückwirkende Feststellung (s. dazu Anmerkung zu Teil A 3 -

Gesamt-GdS - Rückwirkende Feststellung - (S. 50)) vorlagen, im Ergebnis nicht unrichtig, denn grundsätzlich ist der GdB im Säuglings- und Kleinkindesalter nach dem Grad zu bemessen, wie er sich bei Erwachsenen mit der gleichen Gesundheitsstörung ergibt (s. (S. 23) Anmerkung zu Teil A 2 c - Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB) und Beitrag: GdB und Nachteilsausgleiche bei Säuglingen und Kleinkindern).

Ähnlich sieht dies das LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25.04.2018 - L 13 SB 93/17 -: Eine pauschale, sich an einem bestimmten Lebensalter orientierende Vorgabe des GdB wegen **Autismus** sei nicht möglich. Trotz des Wortlauts von Teil B Nr. 3.5.1 VMG seien soziale Anpassungsschwierigkeiten bei frühkindlichem Autismus auch nicht erst ab tatsächlicher Integration in Kindergruppen zu bewerten. Entscheidend sei, ab wann die kommunikativen und sprachlichen Defizite im häuslichen Leben, wenn auch ggf. zunächst unerkannt, bestehen und diese Defizite die stets stattfindende Interaktion und Kommunikation des behinderten Menschen mit seiner Umwelt beständig und nachhaltig zu stören geeignet sind.

Insbesondere zu den an Anforderungen an die **Diagnose des Asperger Syndroms** hat sich das Sächsische LSG, Urteil vom 19.12.2012 - L 6 SB 144/11 - umfangreiche Gedanken gemacht: Um das Asperger Syndrom zu diagnostizieren ist eine störungsspezifische Diagnostik erforderlich. Eine zuverlässige Diagnostik der autistischen Störung erfordert die gezielte entwicklungs- und symptomorientierte Befragung der Eltern und eine strukturierte Beobachtung des Verhaltens des betroffenen Kindes oder Jugendlichen. Dazu bedarf es der Anwendung standardisierten Interview- und Beobachtungsverfahren, um die Diagnose zu sichern. Als differenzierte Untersuchungsinstrumente werden derzeit die Autismus-Diagnostische Interview-Revision und das Autismus-Diagnostische Beobachtungs-Instrument eingesetzt. Beide Instrumente verlangen eine intensive Schulung. Zum Screening empfehlen sich Fragebögen wie der Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation. Weitere, weniger an den letzten Revisionen der Klassifikation (ICD-10/DSM-IV) orientierte Verfahren sind: die Autismus-Beurteilungs-Skala (CARS) oder die Autismus-Verhaltensliste (ABC). Ferner sind die störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte, die psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen sowie störungsrelevante Rahmenbedingungen erforderlich, auch eine Apparative, Labor- und Testdiagnostik.

**3.5.2 Hyperkinetische Störungen und  
Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität**

Ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten liegt keine Teilhabebeeinträchtigung vor.  
Bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten  
- ohne Auswirkung auf die Integrationsfähigkeit  
beträgt der GdS ..... 10 - 20  
- mit Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen,  
beträgt der GdS ..... 30 - 40  
- mit Auswirkungen, die die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung oder umfassende Beaufsichtigung ermöglichen, beträgt der GdS ..... 50 - 70  
- mit Auswirkungen, die die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht ermöglichen,  
beträgt der GdS ..... 80 - 100

Ab dem Alter von 25 Jahren beträgt der GdS regelhaft nicht mehr als 50.

**3.5.3 Störungen des Sozialverhaltens und Störungen sozialer  
Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**

sind je nach Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, insbesondere der Einschränkung der sozialen Integrationsfähigkeit und dem Betreuungsaufwand, individuell zu bewerten.

Die Nr. 3.5 unterlag in den Jahren 2010/2011 diversen Änderungen. Hintergrund dafür war im Wesentlichen der Versuch, die VMG an die gültige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur anzupassen. Hervorzuheben ist dabei, dass die frühere Rubrik „andere emotionale und psychosoziale Störungen (Verhaltensstörungen) mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten“ nunmehr unter der Überschrift „Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität“ (Nr. 3.5.2) deutlich differenzierter Bewertungsvorgaben enthält. Gleiches gilt für „Autistische Syndrome“, die nun unter Nr. 3.5.1 „Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)“ erfasst sind.

Im Einzelnen: Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde die ursprüngliche Fassung „Autistische Syndrome leichte Formen (z.B. Typ Asperger) = 50-80, sonst 100“ (Teil B Nr. 3.5) ersetzt und für die Höhe des GdB ein Bewertungsgerüst, basierend auf dem Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten



einschließlich einer Definition der einzelnen Stufen erstellt. Amtliche Begründung (Bundratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010) dafür war: „Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Es handelt sich um angeborene Störungen. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Es besteht eine große Varianz der Ausprägung. Eine wissenschaftlich anerkannte, allgemein verbindliche Übereinkunft über die Definition von Schweregraden bei tief greifenden Entwicklungsstörungen besteht derzeit nicht. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird bei diesen Störungen insbesondere durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Betroffenen und der daraus resultierenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten bestimmt. Die GdS-Einstufung erfolgt in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen. Die Ergänzungen sind Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei diesen Gesundheitsstörungen.“

Die Vierte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 28.10.2011 hat diese Anpassung und Differenzierung - nunmehr für die früher sog. „Verhaltensstörungen“, jetzt „Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität“ (s.o.) - fortgesetzt: „Der Wortlaut der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2011) ergibt. Die Kriterien der Definitionen der ICD-10-GM Version 2011 werden zugrunde gelegt. Die Notwendigkeit einer differenzierten Bewertung der hyperkinetischen Störungen und der Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (auch Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) genannt) ergibt sich aus der häufigeren Diagnosestellung, den verbesserten Diagnosekriterien und neuen Erkenntnissen zur Variabilität der Ausprägung. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Aufgrund der Reifungsprozesse des Gehirns nimmt die Ausprägung in der Regel ab. Sofern die Erkrankung persistiert, ist ab dem Alter von 25 Jahren mit einer Teilhabebeeinträchtigung zu rechnen, die regelhaft nicht mehr als einem GdS von 50 entspricht. Eine wissenschaftlich anerkannte, allgemein verbindliche Übereinkunft über die Definition von Schweregraden besteht derzeit nicht. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird bei diesen Störungen insbesondere durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Betroffenen und den daraus resultierenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten sowie durch den Betreuungs- und Therapieaufwand bestimmt. Die GdS-Einstufung erfolgt in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen. Die in der ICD aufgeführten Störungen

des Sozialverhaltens und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend weisen eine hohe Variabilität auf und beeinträchtigen seltener die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Vorhandensein und die Höhe einer Teilhabebeeinträchtigung muss bei diesen Störungen im Einzelfall geprüft werden.“ (amtliche Begründung in Bundesrats-Drucksache 509/11 vom 29.08.2011).

Siehe ansonsten auch Anmerkung Hyperaktive Kinder.

Bei einem hyperkinetischen Syndrom handelt es sich um eine emotionale und psychosoziale Störung i.S.d. Teils B 3.5 VMG - früher Nr. 26.3 AHP -. Der GdB richtet sich nach dem Ausmaß der Hyperaktivität und dem Ausmaß der sozialen Desintegration. Bei einer noch möglichen Integration in eine normale Schule liegt nach Auffassung des SVBs keine Schwerbehinderung und auch keine Hilflosigkeit vor (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung hyperaktiver Kinder“).

### **3.6 Schizophrene und affektive Psychosen**

Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten .....50 - 100

Schizophrener Residualzustand (z.B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung)

- mit geringen und einzelnen Restsymptomen ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten ..... 10 - 20
- mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten ..... 30 - 40
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ..... 50 - 70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten ..... 80 - 100

#### **1. Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten**

Soziale Anpassungsschwierigkeiten werden in der Teil B 3 VMG sowohl unter „Schizophrene und affektive Psychosen“ als auch unter „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“ (s. S. 173) erwähnt.

1998 hat der SVB (Beirat vom 18./19.03.1998: „Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten“) den Begriff „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ am Beispiel des schizophrenen Residualzustandes wie folgt definiert:

#### **leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten**

z.B. Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich. (Wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Beru-

fen, z.B. Lehrer, Manager). Keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, d.h. z.B. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

#### **mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten**

In den meisten Berufen sind sich auswirkende psychische Veränderung, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt.

Erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung, aber noch keine Isolierung, noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z.B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.

#### **schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten**

Weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen.

Schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis, bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis.

Anhand dieser Abgrenzungskriterien kann der GdB nicht nur für einen schizophrenen Residualzustand sondern **auch für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen sowie Folgen psychischer Traumen** genauer als nach den Vorgaben der VMG bestimmt werden. Zu beachten ist allerdings bei Letzteren, dass soziale Anpassungsschwierigkeiten unter „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“ ausdrücklich nur bei schweren Störungen genannt sind. Nur bei diesen schweren Störungen kommt es also darauf an, ob mittelgradige oder schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten vorliegen (Beirat vom 08./09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten“). Für wenigergradige Störungen unter dem Abschnitt „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“ sind eigene Beurteilungskriterien aufgeführt; die Heranziehung der o.a. Kriterien im Rahmen einer Analogbewertung ist deshalb nicht möglich (Beirat vom 08./09.11.2000: a.a.O.).

Dies hatte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) auch schon zuvor auf Anfrage des LSG NRW mitgeteilt und ausgeführt, der Beiratsbeschluss vom 18./19.03.1998 beziehe sich - wie aus dem Text ersichtlich sei - nicht nur auf schizophrene und affektive Psychosen, sondern auch auf Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen. Die Abgrenzungskriterien seien beispielhaft aus Symptomen des schizophrenen Residualzustandes entwickelt worden. Die aufgeführten „mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen“ würden neben den Einschränkungen auf der beruflichen Seite zugleich auch die genannten familiären Probleme durch Kontaktverlust voraussetzen, sie müssten sich ihrer Natur nach allgemein bei allen Arten von Sozialbezügen bemerkbar machen, andernfalls wären die genannten GdB-Werte nicht zu rechtfertigen (Auskunft des BMAS vom 06.07.2000).

Da die Annahme von stärker behindernden psychischen Störungen eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit voraussetzt, ist bei der Beurteilung, ob eine solche Einschränkung vorliegt, u.a. die zu ermittelnde Alltagsgestaltung des Betroffenen mit ausschlaggebend (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.04.2010 - L 13 SB 172/07 -). Allerdings sind von dem Gericht zu der Frage der Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit keine Zeugen zu hören; die Exploration und Anamneseerhebung, erforderlichenfalls auch Fremdanamnese, obliegt allein dem gerichtlich bestellten Sachverständigen, der die entsprechenden Angaben in seinem Gutachten zu würdigen hat (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 02.07.2014 - L 10 SB 127/12 -). Ist eine berufliche Tätigkeit schon deswegen ausgeschlossen, weil sich der behinderte Mensch in einem sozialen Umfeld mit anderen Menschen nicht mehr selbständig bewegen kann, gerade im Umfeld von Menschengruppen die große Gefahr besteht, dass er sich in unkontrollierte Reaktionen hineinsteigert und dass es schon aus diesem Grunde erforderlich ist, dass er etwa bei Behördengängen oder bei Fahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht allein gelassen werden sollte, ist der Bereich der schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten (unterer Bewertungsbereich) erreicht (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.01.2014 - L 13 SB 131/12 -).

Zur Bewertung psychischer Störungen hat das LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.02.2018 - L 6 SB 4718/16 - , darüber hinaus u.a. ausgeführt, dass sich die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere bei einer affektiven oder neurotischen Störung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM im psychisch-emotionalen, körperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich manifestierten. Dabei sei für die GdB-Bewertung, da diese die Einbußen in der Teilhabe am Leben in der allgemeinen Gesellschaft abbilden solle, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich. Hier sei auch der Leidensdruck zu würdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sehe. Die Stärke des empfundenen Leidensdrucks äußere sich maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nehme, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Bei fehlender ärztliche Behandlung könne in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgehe und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstelle.

Psychische Anpassungsschwierigkeiten, die einen Behinderungsgrad von 30 bis 40 rechtfertigen, sind durch Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße gekennzeichnet. Dieses Kriterium ist zur differenzierenden Einschätzung von Anpassungsschwierigkeiten analog auch dann heranzuzie-

hen, wenn die Symptomatik der psychischen Störungen ganz unterschiedlich ist. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten setzen neben den Auswirkungen im Berufsleben erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung voraus (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.06.2015 - L 7 SB 100/13 -).

Wird eine Rente i.S.d. SGB VI gezahlt, ist damit im Hinblick auf die unterschiedlichen Renten und deren tatbestandlichen Voraussetzungen allerdings noch nicht belegt, dass dem behinderten Menschen keine weitere berufliche Tätigkeit i.o.S. mehr möglich ist. Es reicht daher als Entscheidungsgrundlage für einen entsprechend hohen GdB nicht aus, wenn lediglich ein entsprechender Bescheid des Rentenversicherungsträgers beigezogen wird. Vielmehr sind die dem Bescheid zugrundeliegenden ärztlichen Gutachten entsprechend auszuwerten.

## **2. Gutachtliche Beurteilung bei Dystonie**

Die Dystonie (= fehlerhafter Spannungszustand von Muskeln, Gefäßen oder vom vegetativen Nervensystem) ist in den AHP nicht gesondert aufgeführt. Der SVB hat zugestanden, dass Beurteilungen von behinderten Menschen mit Dystonie problematisch sind, weil das Krankheitsbild schwer zu beurteilen ist. In der Regel sei aber eine Analogie zu den vegetativen Störungen möglich (Beirat vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Dystonie“).

Zu der Ausarbeitung „Begutachtung der generalisierten und fokalen Dystonien nach dem Schwerbehindertengesetz“ von Prof. Dr. G. Deuschl und Dr. H. Högenauer (in „Der medizinische Sachverständige“, Heft 3/1999, S. 97-102 ) hat der SVB angemerkt, dass diese Ausführungen für Begutachtungen von Betroffenen mit Dystonien geeignet seien; sie stünden in Einklang mit den in den AHP genannten Begutachtungsmaßstäben (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Dystonie“).

Zu verweisen ist im Übrigen auf die Anmerkung des Neurologen Dr. Obladen, Stiftung Tannenhof Evangelische Nervenlinik Remscheid:

Als diagnostische Kategorie taugt der Begriff „Dystonie“ sicher nicht. Er erinnert ein wenig an den älteren, heute ebenso nicht mehr zu verwendenden, weil unscharfen Begriff der „Neurasthenie“ als Bezeichnung für eine allgemeine nervliche Erschöpfung. Es ist aber sicher im Einzelfall zu prüfen, ob sich hinter einer solchen „Dystonie“ nicht eine näher zu bezeichnende psychische Erkrankung mit dem Wert einer Gesundheitsstörung verbirgt, also einen GdB bedingen kann, was sonst eher nicht der Fall sein wird. Hinter einer solchen Zuordnung („vegetative Dystonie“) kann sich in der Praxis auch einmal eine depressive Erkrankung, eine Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung verbergen. Anders ist allerdings

der Begriff „Dystonie“ im neurologischen Sinne gebräuchlich. Hier werden bestimmte sog. extrapyramidale Bewegungsstörungen erfasst, bei denen unwillkürliche, sich langsam aufbauende und langanhaltende Muskelkontraktionen sichtbar sind. Ein vielleicht nicht so seltenes Beispiel ist der Schiefhals (Torticollis spasmodicus), bei dem der Kopf unwillkürlich anhaltend oder in Etappen zur Seite, nach hinten oder vorne bewegt wird. Wie dies allerdings im Schwerbehindertenrecht zu bewerten wäre, ist mir als Nicht-Neurologe fraglich. Nach Rücksprache mit unserem Leitenden Arzt der Neurologischen Abteilung, würde dieser entsprechende Schäden unter Punkt 26.18, Schäden der Haltungs- und Bewegungsorgane, einordnen. Jedenfalls scheint mir nach diesen Anmerkungen wichtig zu sein, den Begriff der „Dystonie“ zu erläutern und entweder als „vegetative Dystonie“ oder als (neurologische) Bewegungsstörung zu bezeichnen. Ein Proband mit der letzteren Diagnose wäre jedenfalls ganz anders zu bewerten als einer mit der sog. „vegetativen Dystonie“.

### **3. Gutachtliche Beurteilung von Fibromyalgie, Umwelterkrankung, Müdigkeits-Syndrom, Multiple chemical sensitivity etc.**

Siehe hierzu die Anmerkung zu Teil B 18.4 VMG (S. 361).

### **4. Abnorme Persönlichkeitsstruktur**

Eine abnorme Persönlichkeitsstruktur kann eine Behinderung sein, wenn sie sich im Erwerbsleben oder im sonstigen Zusammenleben ausgeprägt leistungsmindernd auswirkt. Die abnorme Persönlichkeitsstruktur stellt jedoch noch keine Behinderung dar, wenn sie sich in der Weise auswirkt, dass Schmerzen besonders oder übertrieben empfunden werden. Abzugrenzen sind abnorme Persönlichkeitsstrukturen gegen „ungünstige Persönlichkeitsmerkmale (...), die eine Person als schwierig, lästig, kontaktschwach, unintelligent oder sonstwie lebensuntüchtig erscheinen lassen“ (BSG, Urteil vom 15.03.1979 - 9 RVs 6/77 - mit zahlreichen weiteren Nachweisen).

### **5. Gutachtliche Beurteilung bei „multipler Persönlichkeitsstörung“**

2000 hat der SVB klargestellt, dass die Bezeichnung „multiple Persönlichkeitsstörung“ nach den ICD-10, F44.8, den sonstigen dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) zuzuordnen ist. Für die Beurteilung des GdB seien die Vorgaben des Teils B 3.7 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) unter „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata“ und für die Kausalitätsbeurteilung die in Nrn. 70 und 71 AHP genannten Kriterien maßgebend (Beirat vom 08./09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei „multipler Persönlichkeitsstörung“).

## **6. Somatoforme Schmerzstörung**

Der GdB für eine somatoforme Schmerzstörung ist entsprechend der Teil B 3.7 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) - Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen - zu bewerten. Es kommt auf die Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bzw. darauf an, ob und in welchem Maß soziale Anpassungsstörungen vorliegen. Andere Klassifizierungen, die nicht auf den VMG bzw. AHP beruhen und deren Grundlage eine Selbstauskunft des Betroffenen ist, sind für die Bestimmung des GdB nicht geeignet (LSG NRW, Urteil vom 13.01.2004 - L 6 SB 107/01 -).

## **7. (Medikamentöse) Behandlung**

Auch bei einer schizoiden Persönlichkeitsstörung sind immer die im konkreten Einzelfall bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen maßgeblich. Diese Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung der - zumutbaren - medikamentösen Behandlung zu bewerten (LSG Hamburg, Urteil vom 30.03.2010 - L 4 SB 11/09 -). Besteht die Frage, ob eine stärker behindernde psychische Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt, kann die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer ärztlicher Behandlung ein Bewertungskriterium sein (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 03.03.2011 - L 11 SB 155/09 -). Bei fehlender ärztlicher Behandlung des psychischen Leidens kann in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein schwere psychische Störung vorliegt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.12.2010 - L 8 SB 1549/10 -).

## **8. posttraumatische Belastungsstörung**

Allein die Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung,“ (PTBS) rechtfertigt keinen GdB von 30. Das gilt auch im Hinblick auf den Beschluss des Sachverständigenbeirats beim BMA vom 6./7. November 2008 zu „Posttraumatische Belastungsstörung - Klinik und Begutachtung“ („Sind alle Kriterien der PTBS erfüllt, ist ein GdS von wenigstens 30 gerechtfertigt.“). Der Beschluss weist nämlich darauf hin, dass an die Diagnose besonders strenge Anforderungen zu stellen sind (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.06.2014 - L 13 SB 51/10).

Die Frage, ob bei einer psychischen Erkrankung die Bezeichnung „posttraumatische Belastungsstörung“ oder eine andere Diagnose die richtige ist, ist für die Feststellung des GdB, der sich aus den funktionellen Einschränkungen, nicht aber einer bestimmten Diagnose ergibt, ohne Bedeutung. Entscheidend für die Feststellung des GdB im schwerbehindertenrechtlichen Verfahren sind, anders als in unfallversicherungsrechtlichen Verfahren, nie die getroffenen Diagnosen, sondern nur das tatsächliche Ausmaß der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen. In einem schwerbehindertenrechtlichen Verfahren ist daher die Frage der exakten Diagnose einem Beweisantrag nicht zugänglich (Bayerisches LSG, Urteil vom 20.05.2014 - L 15 SB 166/12 -).

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, ist auf die gängigen Diagnosesysteme entsprechend der Nomenklatur der ICD-10 (F43.1) und der DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) in seiner vierten Ausgabe (DSM-IV-TR) abzustellen. Der fünften Auflage (DSM-5) soll es hingegen an der erforderlichen Validität fehlen, um eine exakte psychische Diagnose nachvollziehbar zu machen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.08.2015 - L 6 VS 4569/14 -).

Weiteres zur „posttraumatische Belastungsstörung“ in der Anmerkung zu Nrn. 70 und 71 AHP 2008 - Neurosen und Folgen psychischer Traumen (auf der CD Sozialrecht zu diesem Buch).

## **9. Zwangsstörung**

Zwangsstörungen werden nach den ICD-10 wie folgt erfasst:

- **F42 Zwangsstörung**

Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte.

Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

Inkl.: Anankastische Neurose, Zwangsneurose

Exkl.: Zwangspersönlichkeit(sstörung) (F60.5)

- **F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang**

Diese können die Form von zwanghaften Ideen, bildhaften Vorstellungen oder Zwangsimpulsen annehmen, die fast immer für die betreffende Person quälend sind. Manchmal sind diese Ideen eine endlose Überlegung unwägbarer Alternativen, häufig verbunden mit der Unfähigkeit, einfache, aber notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen. Die Beziehung zwischen Grübelzwängen und Depression ist besonders eng. Eine Zwangsstörung ist nur dann zu diagnostizieren, wenn der Grübelzwang nicht während einer depressiven Episode auftritt und anhält.



• **F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]**

Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf Reinlichkeit (besonders Händewaschen), wiederholte Kontrollen, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann oder übertriebene Ordnung und Sauberkeit. Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Patienten bedroht oder von ihm ausgeht; das Ritual ist ein wirkungsloser oder symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden.

Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen

bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer	
je nach Art und Ausprägung .....	30 - 50
bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer .....	60 - 100

Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.

GdS während dieser Zeit, wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind .....	50
sonst .....	30

Eine Heilungsbewährung braucht nicht abgewartet zu werden, wenn eine monopolar verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als zehn Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

**3.7 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen**

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen .....	0 - 20
Stärker behindernde Störungen	

mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) .....	30 - 40
---	---------

Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit)

mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten .....	50 - 70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten .....	80 - 100

**Anmerkung:** siehe Anmerkung zu Teil B bei 3.6 (S. 166).

### **3.8 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**

Der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen ohne körperliche oder psychische Schädigung bedingt keinen Grad der Schädigungsfolgen. Die Abhängigkeit von Koffein oder Tabak sowie von Koffein und Tabak bedingt für sich allein in der Regel keine Teilhabebeeinträchtigung.

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liegt vor, wenn als Folge des chronischen Substanzkonsums mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit (Kontrollverlust) den Konsum betreffend,
- Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums,
- fortgesetzter Substanzkonsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen,
- Toleranzentwicklung,
- körperliche Entzugssymptome nach Beenden des Substanzkonsums.

Es gelten folgende GdS-Werte:

Bei schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen mit leichteren psychischen Störungen beträgt der GdS .....0 - 20

Bei Abhängigkeit:

- mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 30 - 40
- mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 50 - 70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS ..... 80 - 100

Ist im Fall einer Abhängigkeit, die zuvor mit einem GdS von mindestens 50 zu bewerten war, Abstinenz erreicht, muss eine Heilungsbewährung von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der Abstinenz abgewartet werden. Während dieser Zeit ist ein GdS von 30 anzunehmen, es sei denn, die bleibenden psychischen oder hirnorganischen Störungen rechtfertigen einen höheren GdS. Weitere Organschäden sind unter Beachtung von Teil A Nummer 2 Buchstabe e der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu bewerten.

Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sind nach Teil B Nummer 3.7 zu bewerten.

Teil B 3.8 VMG unterschied bis Februar 2010 zwischen Alkoholkrankheit bzw. -abhängigkeit und Drogenabhängigkeit:

### *3.8 a.F. Alkoholkrankheit, -abhängigkeit*

*Eine Alkoholkrankheit liegt vor, wenn ein chronischer Alkoholkonsum zu körperlichen und/oder psychischen Schäden geführt hat.*

*Die GdS-Bewertung wird vom Ausmaß des Organschadens und seiner Folgen (z.B. Leberschaden, Polyneuropathie, Organisch-psychische Veränderung, hirnorganische Anfälle) und/oder vom Ausmaß der Abhängigkeit und der suchtspezifischen Persönlichkeitsänderung bestimmt. Bei nachgewiesener Abhängigkeit mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit ist der Gesamt-GdS aufgrund der Folgen des chronischen Alkoholkonsums nicht niedriger als 50 zu bewerten.*

*Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine Heilungsbewährung abgewartet werden (im Allgemeinen zwei Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdS von 30 anzunehmen, es sei denn der Organschaden bedingt noch einen höheren GdS.*

### *Drogenabhängigkeit*

*Eine Drogenabhängigkeit liegt vor, wenn ein chronischer Gebrauch von Rauschmitteln zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit mit entsprechender psychischer Veränderung und sozialen Einordnungsschwierigkeiten geführt hat.*

*Der GdS ist je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten auf mindestens 50 einzuschätzen.*

*Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine Heilungsbewährung abgewartet werden (im Allgemeinen zwei Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdS von 30 anzunehmen.*

Dabei waren schon immer Drogenabhängige in Analogie zu den Alkoholkranken zu beurteilen; die damit lediglich verbale Unterscheidung in den VMG ist mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010 entfallen, nach der nun bei der Bewertung des GdB im Wesentlichen ausdrücklich auf das Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten aufgrund der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen abgestellt wird.

Die Änderung wurde begründet mit:

*„Der bisherige Wortlaut entsprach dem Wortlaut der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ von 1996. Mit der vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin am 4. November 2009 verabschiedeten Neufassung wird der Wortlaut an die derzeitige medizinischwissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) ergibt. Der dort vorgegebene Bezug zwischen Abhängigkeit und psychotropen Substanzen wird übernommen.*

*Die Abhängigkeit von Koffein oder Tabak sowie von Koffein und Tabak bedingt allein in der Regel keine Teilhabebeeinträchtigung, da in der Regel*

*weder ein Rauschzustand noch andauernde psychische Funktionsbeeinträchtigungen auftreten.*

*Zur Klarstellung der Definition von Abhängigkeitssyndromen werden zusätzlich Diagnosekriterien für die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (in Anlehnung an die Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)) aufgenommen. Die Aufnahme der Kriterien entspricht dem Wunsch der Länder nach klaren diagnostischen Vorgaben. Die GdS-Tabelle wird in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen modifiziert. Eine Änderung der Beurteilungsmaßstäbe beinhaltet dies nicht. Die Ergänzungen sind Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung derartiger Gesundheitsstörungen.*

*Nach dem bisherigen Wortlaut war der GdS bei nachgewiesener Abhängigkeit mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit nicht niedriger als mit 50 zu bewerten. Zusätzlich war bei Abstinenz nach nachgewiesener Abhängigkeit eine Heilungsbewährung zu berücksichtigen. Der Begriff „nachgewiesene Abhängigkeit“ kommt nun nicht mehr vor. Zur Klarstellung erfolgt der Hinweis „zuvor mit einem GdS von mindestens 50“.*

- **Abhängigkeit**

Die AHP 1983 sahen den Nachweis der Alkoholabhängigkeit als erbracht, wenn eine sachgerecht durchgeführte Entziehungsbehandlung trotz Bemühens des Betroffenen um Abstinenz keinen bleibenden Erfolg gehabt hatte. Dies führte zu der Frage, ob der Nachweis einer Alkoholabhängigkeit auch dann erbracht sei, wenn zwar eine oder mehrere Entgiftungsbehandlungen wegen einer deliranten Symptomatik durchgeführt worden seien, eine Entzugsbehandlung aber wegen einer bereits erheblichen Einschränkung der Willensfreiheit des Alkoholkranken nicht erfolgen könne. Der Sachverständigenbeirat gelangte zu der Auffassung, dass in solchen Fällen einer schweren Alkoholabhängigkeit, bei der keine Entziehungsbehandlung durchgeführt werden könne, auch ohne Entziehungsbehandlung und ohne Vorliegen von Organschäden die Annahme einer Schwerbehinderung gerechtfertigt sei (Beirat vom 18. bis 19. März 1993: „Beurteilung von GdB/MdE bei nachgewiesener Alkoholabhängigkeit“). Die Kriterien für die Bewertung der Alkoholkrankheit wurden anlässlich der Neufassung der AHP 1996 entsprechend überarbeitet. Zum Nachweis der Alkoholabhängigkeit wurde nun nicht mehr grundsätzlich gefordert, dass eine Entziehungsbehandlung fehlgeschlagen ist. Zur Begründung dieser Änderung hat der Sachverständigenbeirat darauf hingewiesen, dass es für die Definition der Alkoholabhängigkeit nicht mehr auf ein Therapieversagen, sondern vielmehr auf den Kontrollverlust und die erhebliche Einschränkung der Willensfreiheit ankomme (Beirat vom 15./16.04.1997 und 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Alkoholabhängigkeit“). Bei nachgewiesener Abhängigkeit mit Kontrollverlust

und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit war der GdB somit nicht niedriger als mit 50 zu bewerten. Die üblicherweise bei solcher Alkoholerkrankung zu erwartenden Organschäden waren in dem GdB von 50 dann bereits enthalten (Rohr/Strässer, zu 26.3 AHP). Schwere Organschäden waren allerdings zusätzlich zu berücksichtigen. Ging die Alkoholkrankheit soweit, dass der Alkoholkranke nicht mehr in der Lage war, ein sozial selbständiges Leben zu führen, so kam ein GdB von 100 in Betracht.

Die zum März 2010 erfolgte Änderung der VMG stellt keine Änderung dieser Bewertungsvorgaben dar, präzisiert diese indes:

1. Klargestellt wird zunächst, dass der Gebrauch psychotroper Substanzen, solange er zu keiner körperlichen oder psychischen Schädigung geführt hat, keinen GdB bedingt.
2. Hat der Gebrauch von psychotropen Substanzen zu leichteren psychischen Störungen geführt, liegt aber noch keine Abhängigkeit vor, so ist je nach Ausmaß der psychischen Störung ein GdB von 0 - 20 angemessen.
3. Neben Organschäden (z.B. Leberschaden, Polyneuropathie) aufgrund chronischen Substanzkonsums kann - wie bereits früher - die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen einen GdB bedingen. Der Begriff der Abhängigkeit wird nunmehr definiert; Abhängigkeit liegt vor, wenn als Folge des chronischen Substanzkonsums mindestens drei der genannten sechs Kriterien erfüllt sind:
  - starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren,
  - verminderte Kontrollfähigkeit (Kontrollverlust) den Konsum betreffend,
  - Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums,
  - fortgesetzter Substanzkonsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen,
  - Toleranzentwicklung,
  - körperliche Entzugssymptome nach Beenden des Substanzkonsums.
4. Liegt nach dieser Maßgabe Abhängigkeit vor, so bestimmt das daraus resultierende Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten die Höhe des GdB. Die GdB-Vorgaben des Teils B 3.8 VMG entsprechen denen des Teils B 3.6 VMG (Schizophrene und affektive Psychosen) bzw. teilweise (s. dazu (s. S. 166) die **Anmerkung zu Teil B 3.6** und **3.7 VMG**) denen des Teils 3.7 VMG (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen), so dass auch die dort geltenden „Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten“ (Beirat vom 18./19.03.1998) herangezogen werden können (s. S. 166). Zur sozialrechtlichen Bewertung von Trunksucht und ähnlichem vgl. im Übrigen auch BSG, Urteil vom 15.03.1979 - 9 RVs 6/77 - m.w.N..

• **Einzelfälle**

Die Art des Drogenkonsums ist zu berücksichtigen. Ein (auch übermäßiger) Drogenkonsum, bei dem körperliche Schäden nicht unbedingt zu erwarten sind (sog. weiche Drogen), bedingt für sich allein noch keinen GdB. Unter den in Teil B 3.8 VMG genannten Rauschmitteln (nunmehr psychotrope Substanzen) sind nämlich solche gemeint, die zu einer dauerhaften körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit mit entsprechenden psychischen Veränderungen und sozialen Einordnungsschwierigkeiten geführt haben. Nur wenn die Abhängigkeit von Cannabis zu solchen Veränderungen und Schwierigkeiten geführt hat, sind auch diese nach den genannten Kriterien zu beurteilen (Beirat vom 15./16.04.1997: „Beurteilung bei **Cannabis-Missbrauch**“).

Der SVB vertritt die Auffassung, dass eine **Methadon-Substitutionsbehandlung** die Krankheit „Drogenabhängigkeit“ nicht heilen könne und auch keinen Ersatz für eine Entziehungsbehandlung darstelle. Selbst wenn mit dieser Behandlung in einzelnen günstigen Fällen eine Teilresozialisierung - Stabilisierung der psychischen Veränderungen und Verringerung von sozialen Anpassungsschwierigkeiten - gelinge, bleibe die Drogenabhängigkeit bestehen. Eine Änderung der Begutachtungsgrundsätze sei deshalb nicht erforderlich (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Methadon-Substitution“).

Hat ein Alkoholkranker nach erfolgreicher Entziehungsbehandlung (regelmäßig auftretende) **Schwierigkeiten bei der Konfrontation mit Alkohol** im Alltag, rechtfertigt dies nicht die Feststellung eines GdB. Wer krankmachende Stoffe meidet, ist nämlich nur dann behindert, wenn er damit in Arbeit, Beruf oder Gesellschaft auffällig wird. Etwas anderes kann gelten, wenn darüber hinausgehende, aus der Alkoholerkrankung resultierende psychische Beeinträchtigungen bestehen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 07.10.2011 - L 12 SB 21/09 -).

**3.9 Rückenmarkschäden**

Unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion .....	30 - 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion .....	30 - 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion .....	60 - 80

Unvollständige Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion .....	100
Vollständige Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/ oder Mastdarmfunktion .....	100
Vollständige Brustmark-, Lendenmark-, oder Kaudaschädigung mit vollständiger Lähmung der Beine und Störungen der Blasen und/oder Mastdarmfunktion .....	100

In den VMG ist die in den AHP enthaltene Definition der **Querschnittslähmung** (Die Bezeichnung „Querschnittslähmung“ ist den Fällen vorzubehalten, in denen quer durch das Rückenmark alle Bahnen in einer bestimmten Höhe vollkommen unterbrochen sind) entfallen. Diese in den AHP verwandte Definition der Querschnittslähmung war nicht identisch mit dem herkömmlich üblichen Begriff. Das medizinische Wörterbuch Pschyrembel subsumiert z.B. unter den Begriff der „Querschnittslähmung“ bzw. „Querschnittsläsion“ auch die nur teilweise Schädigung des Rückenmarks. Dies kann insoweit von Bedeutung sein, als dass Teil D 3 VMG bei den Voraussetzungen für die Feststellungen des Nachteilsausgleichs „aG“ an den Begriff der Querschnittslähmung anknüpft, so dass dort nunmehr Auslegungsschwierigkeiten auftreten können und zu fragen ist, ob der „inkomplett Querschnittsgelähmte“ zu dem enumerativ genannten Personenkreis der „Querschnittsgelähmten“ gehört, dem der Nachteilsausgleich „aG“ quasi kraft Gesetzes zusteht (s. dazu dann (S. 475) die Anmerkung zu Teil D 3 VMG).

Hinsichtlich der GdB-Vorgaben des Teils B 3.9 VMG ist diese Unterscheidung nicht von Belang. Der SVB (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Rückenmarkschäden“) hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die genannten Rückenmarkschäden nur beispielhaften Charakter haben und Orientierungswerte sind. Es könnten nicht alle in Betracht kommenden Schweregrade genannt werden. So sei z.B. für eine unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen und ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion ein GdB von 30 bis 60, bei einer unvollständigen Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion hingegen ein GdB von 100 vorgesehen. Für eine unvollständige Halsmarkschädigung mit nur mäßigen Teillähmungen der Arme und Beine sowie Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion seien hingegen keine Richtwerte genannt. Hier könne nicht regelhaft der höhere GdB von 100 angesetzt werden. Vielmehr seien niedrigere GdB-Werte in Betracht zu ziehen, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen nicht so gravierend seien, dass sie einen GdB von 100 rechtfertigten.

Da die VMG / AHP keine Vorgaben für eine komplexe Funktionsstörung als Folge einer **Kinderlähmung** enthalten, ist eine Analog-Bewertung vorzunehmen. Wenn die Folgen der Kinderlähmung mehrere Organsysteme, schwerpunktmäßig das rechte Bein, den unteren Rücken und den rechten Fuß betreffen, ist es zweckmäßig diesen Beeinträchtigungskomplex unter dem Begriff des Nervenleidens zusammenzufassen. Damit sind insbesondere die verminderte Funktion des rechten Beines und die daraus resultierenden fehlstatistischen Belastungen der Lendenwirbelsäule erfasst (SG Dortmund, Urteil vom 07.12.2007 - S 3 SB 58/07 -).

Der noch in den AHP enthaltene, lediglich erläuternde Zusatz „Spina bifida: Der GdB/MdE-Grad wird durch das Ausmaß des Rückenmarkschadens (siehe oben) bestimmt. Daneben sind häufig ein Hydrozephalus und eine entsprechende Hirnschädigung zu berücksichtigen.“ ist in den VMG entfallen.

### **3.10 Multiple Sklerose**

Der GdS richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen. Zusätzlich ist die aus dem klinischen Verlauf sich ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen.

Die VMG enthalten keine festen GdB-Vorgaben für eine Multiple Sklerose (MS). Der GdB soll vielmehr im Einzelfall bestimmt werden. Bewertungsmaßstab sind die Auswirkungen der Krankheit, hier das Ausmaß der zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen sowie zusätzlich das Maß der Krankheitsaktivität.

#### ***Entwicklung der Bewertungsvorgaben:***

In den AHP 1996 war als Satz 3 noch die GdB-Vorgabe enthalten: „Bei gesicherter Diagnose ist im akuten Stadium und für zwei Jahre danach in jedem Fall im Sinne einer Heilungsbewährung ein GdB/MdE-Grad von mindestens 50 anzunehmen.“

Es wurde zunächst erörtert, ob diese Bewertung zu hoch sei, wenn sich die MS nur in einem flüchtigen Schub manifestiert und dieser Schub keine nennenswerten Funktionsstörungen hinterlassen habe. Dazu hat der SVB dann ausgeführt, dass nach der Sicherung der Diagnose einer MS stets sowohl im persönlichen als auch im beruflichen Bereich eine verminderte Belastbarkeit bestehe und deshalb die Annahme einer Schwerbehinderung gerechtfertigt sei, auch wenn die klinischen Symptome abgeklungen seien. So könne z.B. ein Soldat nicht mehr den üblichen Dienst leisten oder an belastenden Lehrgängen teilnehmen und sei dadurch u.U. an seinem beruflichen Fortkommen gehindert (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB bei Multipler Sklerose“).



Nach Meinung des SVBs trat bei der MS allerdings eine Heilungsbewährung ein, wenn ein Schub im Wesentlichen abgeklungen war. Der GdB sei dann nach den objektivierbaren Beschwerden - unter Berücksichtigung der allgemeinen Ausführungen in Nr. 26.3 AHP (jetzt Teil B 3 VMG) jedoch nicht niedriger als mit 20 - zu bewerten, da das Leiden auch schon zu Beginn zumeist mit Erkrankungsherden im Gehirn einhergegangen sei (Beirat vom 25./26.11.1998 und vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung der Multiplen Sklerose“).

Als „akut“ in oben angegebenem Sinn wurde der Beginn einer MS und - bei schubförmigen Verlauf - der Beginn eines jeden neuen Schubes angesehen. Ein „akutes Stadium“ liege allerdings nur vor, wenn neue oder verstärkte Symptome aufgetreten seien, die klinisch eindeutig die Beurteilung als Schub (oder Beginn einer MS) rechtfertigten. Diese Symptome erforderten im Allgemeinen eine Therapieintensivierung oder -umstellung. Das akute Stadium sei dabei meist von kurzer Dauer (Auskunft des BMA vom 16.11.1999). Dieser Auskunft standen zumindest teilweise die Ausführungen des SVBs vom März 2003 entgegen: Grundsätzlich ergebe sich die Definition des „akuten Stadiums“ aus dem Text der AHP; danach beziehe sich der Begriff „akutes Stadium“ auf die Krankheitsaktivität, die sich allerdings nicht immer in einem „Schub“ ausdrücken müsse (Beirat vom 26.04.1989 und vom 26.03.2003: „Beurteilung des GdB bei Multipler Sklerose“).

Nach Beanstandung des Begriffs „Heilungsbewährung“ bei der MS als irreführend bzw. sogar diskriminierend hat der SVB ausgeführt, der Begriff sei als Hilfe für die Betroffenen anzusehen. Es sei unbestritten, dass einzelne Schübe der MS sich wieder zurückbilden könnten und auch über längere Zeiträume keine oder nur geringe funktionelle Einschränkungen hinterließen. Diese klinische Erfahrung sei ausschlaggebend dafür, dass nach akuten Schüben die Beurteilung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung erfolge. Sachliche Gründe, auf den Begriff „Heilungsbewährung“ zu verzichten, bestünden nicht. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollten indes in den ärztlichen Gutachten und in den Bescheidtexten hinter dem GdB-Grad die Worte „im Sinne einer Heilungsbewährung“ verwendet werden (Beirat vom 24./25.04.2002: „Heilungsbewährung“ bei Multipler Sklerose als diskriminierende Bezeichnung?).

Mit Rundschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) vom 16.04.2004 (Rundschreiben des BMGS vom 16.04.2004) wurde der o.a. Satz 3 allerdings ersatzlos gestrichen.

### **Derzeitige Rechtslage:**

Das bedeutet, dass - entsprechend den Vorgaben in den VMG und auch schon den AHP 2008 -

- die Diagnose einer MS für sich allein keinen GdB von 50 mehr bedingt,
- sich der GdB für eine MS vielmehr jeweils im Einzelfall aus dem Ausmaß der zerebralen und spinalen Ausfallerscheinungen unter Berücksichtigung der Krankheitsaktivität ergibt (s. dazu auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.03.2015 - L 13 SB 6/13 -, ),
- eine Heilungsbewährung bei der MS nicht mehr in Betracht kommt, sondern einer Änderung des Gesundheitszustandes nur über die allgemeinen Regeln des § 48 SGB X (s. dazu auch die Anmerkung zu Teil A 7 VMG unter Punkt I. 13 - chronische Leiden) Rechnung getragen werden kann.

Bei der GdB-Bewertung können die Vorgaben für die Bewertung von Rückenmarksschäden (Teil B Nr. 3.9 VMG) analog herangezogen werden, wenn sich die Krankheit im Bereich des Rückenmarks lokalisiert (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.03.2015 - L 13 SB 6/13 -). Entsprechend kommt eine Anlog-Bewertung bei vorrangiger Lokalisation auf andere Körperteile in Betracht.

### **3.11 Polyneuropathien**

Bei den Polyneuropathien ergeben sich die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund motorischer Ausfälle (mit Muskelatrophien), sensibler Störungen oder Kombinationen von beiden. Der GdS motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen - z.B. bei Feinbewegungen - führen können.

Bei Polyneuropathien scheint die Analogbewertung zu peripheren Nervenschäden nicht immer sachgerecht. Bei sensiblen Polyneuropathien ist nämlich die Leitung der afferenten Nervenfasern gestört. Hieraus können ataktische Bewegungsstörungen beim Gehen resultieren, die dann auch durchaus den in Teil B 5.3 VMG aufgeführten „Gleichgewichtsstörungen“ gleichgesetzt werden können. Zumindest sind derartige Beeinträchtigungen bei der GdB-Bewertung zu berücksichtigen.

## Teil B: 4. Sehorgan

Die Sehbehinderung umfasst alle Störungen des Sehvermögens. Für die Beurteilung ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe maßgebend; daneben sind u. a. Ausfälle des Gesichtsfeldes und des Blickfeldes zu berücksichtigen.

Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu bestimmen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen zulässig (zum Beispiel bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern). Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten oder Methoden zu prüfen, die den Empfehlungen der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben

Hinsichtlich der Gesichtsfeldbestimmung bedeutet dies, dass zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen nur Ergebnisse der manuellkinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwertet werden dürfen. Bei der Beurteilung von Störungen des Sehvermögens ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.

Die Grundlage für die GdS-Beurteilung bei Herabsetzung der Sehschärfe bildet die „MdE-Tabelle der DOG“.

In den VMG ist der noch in den AHP enthaltene Hinweis

*„Neben den Funktionen des Sehvermögens sind auch nachweisbare Reizerscheinungen, Tränenröufeln, Empfindlichkeit gegen äußere Einwirkungen (Licht, Staub, Chemikalien usw.) sowie andere Erkrankungen des Auges und seiner Umgebung zu beachten.“*

entfallen. Dieser Hinweis ist dennoch weiterhin zu beachten, er gibt lediglich zu berücksichtigende Selbstverständlichkeiten wieder.

Gleiches gilt hinsichtlich des am Ende der AHP - vor Hornhauttransplantation - eher unsystematisch aufgeführten, nunmehr entfallenen Hinweises:

*„Bei Erkrankung des Auges (z.B. Glaukom, Netzhauterkrankungen) hängt der GdB/ MdE-Grad vor allem vom Ausmaß der Sehbehinderung (z.B. Sehschärfe, Gesichtsfeld) ab. Darüber hinausgehende GdB/MdE-Werte kommen nur in Betracht, wenn zusätzlich über die Einschränkung des Sehvermögens hinausgehende erhebliche Beeinträchtigungen vorliegen.“*

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde Teil B Nr. 4 geändert. Im zweiten Absatz der Vorbemerkung wurde der Satz *„Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.“* gestrichen. Amtliche Begründung (Bun-

desratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010) dafür war: „Die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zur Sehschärfestimmung sehen für den allgemeinen Sehtest eine Darbietungszeit von bis zu zehn Sekunden pro Landolt-Ring vor. Um eine Ungleichbehandlung zu vermeiden, wird der Satz „Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.“ in Teil B Nummer 4 gestrichen. Damit wird der vorher bestehende Widerspruch zu den Empfehlungen der DOG zum allgemeinen Sehtest ausgeräumt.“

### **Bestimmung des Gesichtsfelds**

Bei der Perimetrie, d.h. dem Verfahren zur Bestimmung des Gesichtsfelds u. evtl. vorhandener Skotome, ist im Wesentlichen zwischen zwei Formen zu unterscheiden:

1. kinetische Perimetrie: meist manuelle Durchführung mittels Goldmann-Perimeter (Registrierung des Ortes der ersten Wahrnehmung eines Stimulus definierter Leuchtdichte, der von außen in das Gesichtsfeld heringeführt wird)
2. statische Perimetrie: computergesteuerte Durchführung; Messung der minimalen Leuchtdichte, die ein Stimulus haben muss, um an einem bestimmten Ort bei einer definierten Hintergrundhelligkeit gerade eben erkannt zu werden

(Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG)

Auf Anfrage, wie Gesichtsfelder, die mit automatisierten Perimetern bestimmt werden, gutachtlich zu beurteilen seien und ob eine Umrechnung der mit statischen Untersuchungsmethoden gewonnenen Ergebnisse in solche mit dynamischen Methoden - wie z.B. mittels Goldmann-Perimeter - Gewonnene möglich sei, hat der der SVB 1991 empfohlen, dass Begutachtungen von Gesichtsfeldern nur von Augenärzten vorgenommen werden sollten, die ein Goldmann-Perimeter verwenden. Sollte dies nicht möglich sein, könnten auch Gutachter herangezogen werden, die über ein von der DOG geprüftes statisches Perimeter mit einem entsprechenden Blindenprogramm verfügen.

Mit automatischen Perimetern erhobene Untersuchungsbefunde, die von Augenärzten für Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht übersandt würden, müssten in jedem Fall von dem untersuchenden Augenarzt interpretiert werden, um sie gutachtlich verwerten zu können. Hintergrund dafür war, dass als Grundlage für die Gesichtsfeldbestimmung z.B. im Bereich der Unfallversicherung nach wie vor das Goldmann-Perimeter angesehen wurde. Der technischen Entwicklung entsprechend könnten - so der SVB - aber auch statische (programmgesteuerte, automatische) Perimeter zum Einsatz gelangen. Hierzu sei von der DOG eine Liste typmäßig geprüfter Perimeter erarbeitet und auch ein spezielles Blindenprogramm

entwickelt worden. Bei der Anwendung dieses Blindenprogramms bestünden keine Bedenken gegen die Durchführung der computergestützten Perimetrie, allerdings sei eine Umrechnung der statisch gewonnenen in dynamisch erzielte Messergebnisse nicht möglich (Beirat vom 13.11.1991: „Bestimmung des Gesichtsfeldes“).

2001 hat sich der SVB - erneut - mit der Frage beschäftigt, ob zur gutachtlichen Beurteilung von Gesichtsfeldausfällen bzw. zur Feststellung von Blindheit auch moderne Automatik-Perimeter, z.B. das Twinfield-Perimeter der Firma Oculus - und nicht allein das Goldmann-Perimeter - verwendet werden können. Dazu angehörte Sachverständige haben ausgeführt, dass das Twinfield-Perimeter sowohl die lichttechnischen als auch die apparativen Voraussetzungen erfülle, um eine vollständige gutachtliche Untersuchung des Gesichtsfeldes nach den Empfehlungen der DOG durchzuführen. Insbesondere könne die Lichtmarke wie beim Goldmann-Perimeter manuell frei bewegt werden. Bei einer Benutzung des Twinfield-Perimeters für gutachtliche Fragestellungen sei es erforderlich, die Untersuchung wie beim Goldmann-Perimeter manuell-kinetisch vorzunehmen. Eine alleinige statische (automatische) Untersuchung des Gesichtsfeldes sei für gutachtliche Fragestellungen nicht ausreichend. Der SVB hat daraufhin empfohlen, dass bei entsprechenden Untersuchungen - hier sei auch das o.a. Twinfield-Perimeter geeignet - die Prüfung manuellkinetisch zu erfolgen habe. Der Untersucher habe anzugeben, nach welcher Methode (manuell-kinetisch oder automatisch) er die Gesichtsfeldbestimmung durchgeführt habe (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gesichtsfeldbestimmung mit neuen Perimetern“).

Bei der manuell-kinetischen Perimetrie nach Goldmann wird in der Regel eine Reizmarke bestimmter Größe und Lichtintensität von außen nach innen (zentripetal) bewegt. Wird die Reizmarke in entgegengesetzter Richtung (zentrifugal) bewegt, kann sich ein deutliches größeres Gesichtsfeld ergeben. Diese zentrifugale (inverse) Gesichtsfeldbestimmung dient der Sicherung des Befundes, d.h. dem Nachweis bzw. Ausschluss von Aggravation und Simulation (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei „inverser“ Gesichtsfeldbestimmung“).

Ein von der DOG für Begutachtungszwecke anerkanntes Perimetersystem kann auch in der Begutachtung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht verwandt werden (Beirat vom 17./18.05.2006: „Automatische Perimeter zur Gesichtsfeldbestimmung“).

Die Ergänzung „zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen“ ist notwendig, da zum Ausschluss eines pathologischen Befundes das Ergebnis einer statischen Perimetrie verwendet werden kann. Zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen müssen jedoch weiterhin Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwendet werden. Der Zusatz „e“ präzisiert die Leuchtdichte der anzuwendenden Reizmarke.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde Absatz 3 der Vorbemerkung in Teil B Nr. 4 geändert: „Hinsichtlich der Gesichtsfeldbestimmung bedeutet dies, dass **zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen** nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwendet werden dürfen. Bei der Beurteilung von Störungen des Sehvermögens ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.“ Zur Begründung wurde angegeben (Bundesratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010): „Die Ergänzung „zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen“ ist notwendig, da zum Ausschluss eines pathologischen Befundes das Ergebnis einer statischen Perimetrie verwendet werden kann. Zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen müssen jedoch weiterhin Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwendet werden. Der Zusatz „e“ präzisiert die Leuchtdichte der anzuwendenden Reizmarke.“

**4.1 Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht zugänglichen Eiterung der Augenhöhle**

Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht zugänglichen Eiterung der Augenhöhle .....40

**4.2 Linsenverlust**

Linsenverlust korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse

Linsenverlust eines Auges

Sehschärfe 0,4 und mehr .....	10
Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4 .....	20
Sehschärfe weniger als 0,1 .....	25 - 30

Linsenverlust beider Augen

Beträgt der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdS nicht mehr als 60, ist dieser um 10 zu erhöhen.  
Die GdS-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus.  
Maßgebend ist der objektive Befund.

Bei Versorgung mit Starbrille ist der aus der Sehschärfe für beide Augen sich ergebende GdS um 10 zu erhöhen, bei Blindheit oder Verlust des anderen Auges um 20.

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdS nach der Restsehschärfe.

Die GdB-Bewertung bei Linsenverlust beruht im Wesentlichen auf Äußerungen des SVBs aus den Jahren 1997 und 1999 (Beiratsbeschlüsse vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Linsenverlust ohne Ausgleichskorrektur“ und vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Sehstörungen Linsenlosigkeit - Starbrille“) und ist insoweit seitdem unverändert geblieben.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde allerdings eine Einschränkung für die GdB-Bewertung des Linsenverlustes beider Augen vorgenommen. Sahen die AHP / VMG zuvor beim Linsenverlust beider Augen eine pauschale Erhöhung um einen GdB von 10 vor, so hat diese Erhöhung nur noch in den Fällen zu erfolgen, in denen der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdB nicht mehr als 60 beträgt. Zur Begründung wurde ausgeführt (Bundesratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010): „Die pauschale Addition eines GdS von 10 zu dem sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebenden GdS bei durch intraokulare Kunstlinse oder durch Kontaktlinse korrigiertem Linsenverlust beider Augen (wie bisher in der VersMedV festgelegt) ist nicht immer gerechtfertigt. Abhängig von der Sehschärfe beider Augen kommt es entweder zu keiner oder zu einer wesentlichen Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung. Die Minderung des Kontrastsehens und die Verstärkung der Blendempfindlichkeit kann die Teilhabebeeinträchtigung wesentlich verstärken. Diesen Umständen wird durch die Neuformulierung Rechnung getragen.“

Zur Bestimmung des „sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende(n)“ GdB ist die in Teil B 4.3 VMG wiedergegebene MdE-Tabelle der DOG heranzuziehen und nicht der sich aus dem Linsenverlust für ein Auge ergebende (verdoppelte) Wert. Dies ergibt sich bereits aus dem eindeutigen Wortlaut der Regelungen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06.11.2014 - L 11 SB 205/12 -).

Der SVB hatte bereits früher im Rahmen der AHP 1983 wiederholt zur GdB-Bewertung bei Linsenlosigkeit Stellung genommen. Diese ab den AHP 1996 überholten Stellungnahmen sind indes lediglich noch von Dokumentations-Interesse (Beirat zur Linsenlosigkeit nach den AHP 1983): ihre Heranziehung kann zu Verständnisproblemen führen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06.11.2014 - L 11 SB 205/12 -).

### 4.3 Die augenärztliche Untersuchung

Die augenärztliche Untersuchung umfasst die Prüfung der einäugigen und beidäugigen Sehschärfe. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.

MdE-Tabelle der DOG															
LA		1,0	0,8	0,63	0,5	0,4	0,32	0,25	0,2	0,16	0,1	0,08	0,05	0,02	0
Sehschärfe		5/5	5/6	5/8	5/10	5/12	5/15	5/20	5/25	5/30	5/50	1/12	1/20	1/50	0
RA															
1,0	5/5	0	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	25	*25
0,8	5/6	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30
0,63	5/8	0	5	10	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30	40
0,5	5/10	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	35	40	40
0,4	5/12	5	10	10	10	20	20	25	25	30	30	35	40	50	50
0,32	5/15	10	10	10	15	20	30	30	30	40	40	40	50	50	50
0,25	5/20	10	10	15	20	25	30	40	40	40	50	50	50	60	60
0,2	5/25	10	15	20	20	25	30	40	50	50	50	60	60	70	70
0,16	5/30	15	20	20	25	30	40	40	50	60	60	60	70	80	80
0,1	5/50	20	20	25	30	30	40	50	50	60	70	70	80	90	90
0,08	1/12	20	25	30	30	35	40	50	60	60	70	80	90	90	90
0,05	1/20	25	30	30	35	40	50	50	60	70	80	90	100	100	100
0,02	1/50	25	30	30	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100
0	0	*25	30	40	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100

#### 1. Ergänzung

\* An die Stelle der mit \* gekennzeichneten Werte tritt nach der Verwaltungsvorschrift Nr. 5 zu § 30 BvG ein GdB-Grad von 30.

Die Tabelle der DOG unterscheidet schon seit Jahren nicht mehr nach RA (rechtes Auge) / LA (linkes Auge), sondern nach sA (schlechteres Auge) / bG (Gesamtsehschärfe). Änderungen der sonstigen Tabellenvorgaben sind damit nicht verbunden.



## **2. Sehschärfenbestimmung**

Die Sehschärfenbestimmung für gutachtliche Zwecke soll nach DIN 58220 geprüft werden. Diese beinhaltet insbesondere:

- a. Der Landoltring ist das Sehzeichen.
- b. Der größte erzielte Sehschärfenwert ist erreicht, wenn 60 % der dargebotenen Stellung des Normsehzeichens richtig erkannt wurden.
- c. Die Prüffentfernung muss
  - aa) für die Ferne 4 Meter
  - bb) für die Nähe 0,40 Meter betragen  
(Rohr /Strässer zu 26.4 AHP mit weiteren Nachweisen).

## **3. Beidäugige Prüfung der Sehschärfe**

Nach Teil B 4.3 VMG soll die augenärztliche Untersuchung der Sehschärfe einäugig und beidäugig erfolgen.

Da nach den Auswertungen des SVBs die Sehschärfe von Augenärzten in der Regel nicht beidäugig bestimmt wird, wurde die Frage erörtert, ob bei gutachtlichen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertenrecht stets eine augenärztliche Begutachtung erforderlich sei oder ob in bestimmten Fällen auf eine solche kostenintensive Untersuchung verzichtet werden könne. Nach weiteren Ermittlungen gelangte der SVB zu dem Ergebnis: Bei jeder Brillenverordnung erfolge ein beidäugiger Abgleich, der Visus werde jedoch in der augenärztlichen Praxis stets monokular bestimmt. Zu überlegen sei, ob bei einer bestimmten Sehstörung ein beidäugiger Visuswert überhaupt zu einer anderen GdB-Bewertung führen könne als bei einseitiger Prüfung oder ob die Feststellung von Nachteilsausgleichen oder des Schwerbehindertenstatus von einer solchen Prüfung abhängen. Bei einem Nystagmus sei der beidäugige Visus besser als der monokulare, bei Hyperopie, Esotropie und Myopie sei der beidäugig ermittelte Visus im Allgemeinen sogar schlechter. Bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht sei deshalb immer dann eine augenärztliche Begutachtung mit Bestimmung der beidäugigen Sehschärfe durchzuführen, wenn durch die Änderung der Sehschärfe um mindestens eine Stufe entweder die Schwerbehinderteneigenschaft oder die Feststellung bestimmter Nachteilsausgleiche einschließlich Blindheit zur Diskussion stehe oder wenn ein Nystagmus vorliege (Beirat vom 15./16.04.1997 und vom 12./13.11.1997: „Beidäugige Prüfung der Sehschärfe“).

#### **4. Zusammentreffen von Visusminderung und Gesichtsfeldeinschränkungen**

Hierzu hat der SVB darauf hingewiesen, dass es bei der Beurteilung verschiedener Sehbehinderungen wie auch bei anderen Behinderungen stets auf die Gesamtauswirkung ankommt und dass zu deren Ermittlung Rechenmethoden ungeeignet sind (Beirat vom 10.04.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim Zusammentreffen von Visusminderung und Gesichtsfeldeinschränkungen“). Liegen also mehrere verschiedene Sehbehinderungen vor, z.B. eine Visusminderung und eine Gesichtsfeldeinschränkung, so sind die Einzel-GdB nicht zu addieren, sondern es ist ein Gesamt-GdB entsprechend Teil A 3 VMG (s. auch die Anmerkung zu Teil A 3 VMG) zu bilden. Allerdings kann dies auch zu einer faktischen Addition der Einzel-GdB führen, wenn die Gesamtbeeinträchtigung entsprechend ist. Es empfiehlt sich auf jeden Fall eine gemeinsame Leidensbezeichnung (z.B. Visusminderung, Gesichtsfeldeinschränkungen, GdB 50).

#### **5. Beurteilung bei Benutzung von Kontaktlinsen**

Zu einem Einzelfall, bei dem sich bei der Bestimmung der Sehschärfe bei hochgradiger Kurzsichtigkeit erhebliche Differenzen zwischen der Prüfung mit Brillenkorrektur und mit Kontaktlinsen ergeben haben, hat sich der SVB dahingehend geäußert, dass in Fällen, in denen nicht ständig die Kontaktlinsen getragen werden können, dem Ausmaß der Behinderung am besten durch Bildung eines Durchschnitts-GdB Rechnung zu tragen sei (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei Sehbehinderung, wenn durch Kontaktlinsen eine wesentlich bessere Sehschärfe erreicht wird als mit Gläsern“).

#### **6. Feststellung von Sehstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern**

Bei Kleinkindern und insbesondere bei Säuglingen können Beeinträchtigungen des Sehvermögens in Ermangelung von einfachen und zuverlässigen Untersuchungsmethoden nicht sicher beurteilt werden. Anhaltspunkte seien - so der SVB - lediglich das Sehverhalten des Kindes, organische Befunde und eventuelle Korrekturmöglichkeiten. In Zweifelsfällen komme auch eine Untersuchung in einer speziell eingerichteten Universitätsklinik (Abteilung für Orthoptik / Pleoptik / Motilitätsstörungen des Auges und Neuroophthälmologie) in Betracht. Während eine Sehstörung schon bei Säuglingen diagnostiziert werden könne, sei die Beurteilung der tatsächlichen Sehleistung bei Kindern aber dennoch frühestens erst ab dem 3. Lebensjahr möglich (Beirat vom 25.04.1990: „Feststellung von Sehstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern“). Bis dahin muss der GdB deshalb mehr oder weniger aufgrund von Schätzung festgelegt werden (s. dazu auch unter 6. „Beurteilung bei angeborenem Katarakt“). Ist später die tatsächliche Einschränkung der Sehleistung sicher zu bestimmen, kann

der auf der Schätzung beruhende Feststellungsbescheid nach § 48 SGB X (s. auch (S. 102) Anmerkung zu Teil A 7 VMG) abgeändert werden.

Werden bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres nur einzelne auf Blindheit weisende Befunde wie „fixiert nicht“ oder „Pupillen reagieren nicht auf direkten Lichteinfall“ erhoben und könne ansonsten keine eindeutige Aussage zur Frage der Blindheit gemacht werden, sei die Formulierung „Sehbehinderung“ mit einem GdB von 100 und den entsprechenden Merkzeichen zu empfehlen (Beirat vom 10.04.1991: „Feststellung von Sehbehinderungen bei Kleinkindern und bettlägerigen Behinderten“).

### **7. Beurteilung bei angeborenem Katarakt**

1986 stand ein Einzelfall zur Stellungnahme des SVBs an: Die Linsenlosigkeit eines Kindes war mit einer Brille korrigiert worden. Die korrigierte Sehschärfe schätzte der Augenarzt im zweiten Lebensjahr des Kindes auf 0,2 beidseitig ein; dabei wies er daraufhin, dass eine Visusprüfung mit den üblichen Testmethoden erst ab dem 3. Lebensjahr möglich sei. Der Gesamt-GdB wurde in Verbindung mit der Linsenlosigkeit mit 60 bewertet. Zur Frage der „Hilflosigkeit“ hat der Augenarzt mitgeteilt, dass das Kind noch auf spezielle Hilfen angewiesen sei, die den bei einem gleichaltrigen gesunden Kind erforderlichen Pflegeaufwand erheblich übersteigen würden. Das Merkzeichen „H“ wurde zuerkannt.

Der SVB führte dazu aus: Für die Beurteilung sei wesentlich, welche Korrekturmöglichkeiten bestehen und welches Sehvermögen - vom Augenarzt unter Ausnutzung der im jeweiligen Lebensalter möglichen Untersuchungsmethoden festgestellt bzw. „geschätzt“ - damit erreicht werden könne. Hinsichtlich der Frage der „Hilflosigkeit“ müsse im Einzelfall ermittelt werden, welche zusätzlichen Hilfeleistungen konkret von Seiten der Eltern wegen der Sehbehinderung erforderlich seien (Beirat vom 23.04.1986: „Beurteilung der MdE und von Vergünstigungen bei angeborenem Katarakt“).

### **8. Feststellung von Blindheit**

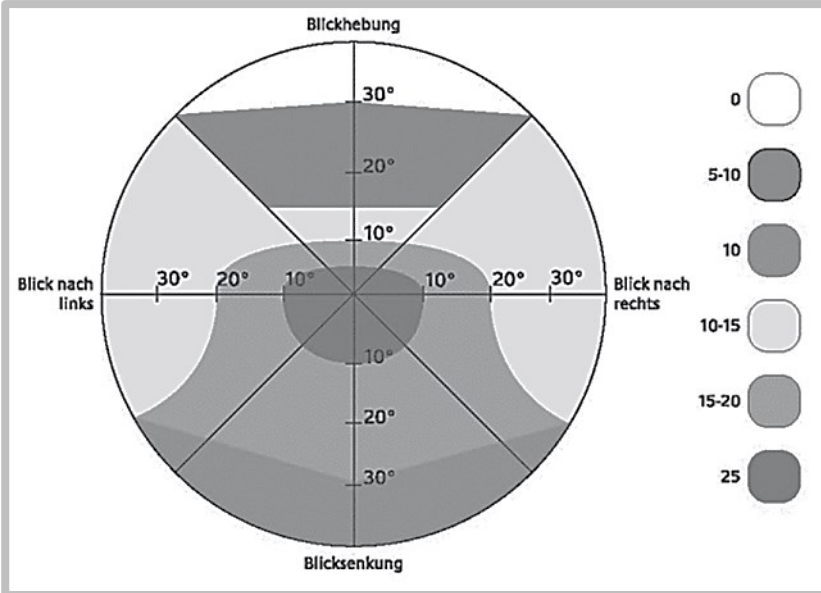
Zur Blindheit s. (S. 90) Teil A 6 VMG und die zugehörige Anmerkung zu Teil A 6 VMG.

### **9. Ungerade GdB-Werte**

Liegt nur eine Behinderung der Augen vor und weist die Tabelle dafür einen GdB von 15, 25 oder 35 aus, so ist im Bescheid der nächsthöhere 10-er Grad als GdB auszuweisen (also 20, 30 oder 40 - s. auch Anmerkung zu Teil A 2 e VMG m.w.N. (S. 26)). Bestehen dagegen mehrere Behinderungen, so kann bei der rechtlich unverbindlichen Festlegung der Einzel-GdB der ungerade Wert zugrunde gelegt werden. Von diesem Wert ist dann auch bei der Bemessung des Gesamt-GdB auszugehen.

### 4.4 Augenmuskellähmungen, Strabismus

wenn ein Auge wegen der Doppelbilder vom Sehen ausgeschlossen werden muss .....30  
 bei Doppelbildern nur in einigen Blickfeldbereichen bei sonst normalem Binokularsehen ergibt sich der GdS aus dem nachstehenden Schema von Haase und Steinhorst:



bei einseitiger Bildunterdrückung durch Gewöhnung (Exklusion) und entsprechendem Verschwinden der Doppelbilder .....10  
 Einschränkungen der Sehschärfe (z.B. Amblyopie) oder eine erheblich entstellende Wirkung sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

#### Lähmung des Oberlides mit nicht korrigierbarem, vollständigem

Verschluss des Auges .....30  
 sonst ..... 10 - 20

#### Fehlstellungen der Lider, Verlegung der Tränenwege mit Tränenröhrchen

einseitig ..... 0 - 10  
 beidseitig ..... 10 - 20

Blepharospasmus (essentielle Lidkrämpfe) ist in den VMG nicht erfasst, so dass ein Vergleich mit anderen Leiden zu ziehen ist, die in den VMG ausdrücklich genannt sind.

Führt eine Behandlung dazu, dass die Blepharospasmusbeschwerden für die Dauer von sechs Wochen keine große Einschränkung mit sich bringen,

in den folgenden sechs Wochen aber jeweils wiederum Beschwerden in einem Ausmaß vorliegen, die bis zur praktischen Blindheit reichen, ist im Hinblick auf den schwankenden Verlauf ein Durchschnitts-GdB von 50 angemessen (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 16.05.2007 - L 4 SB 164/06 -).

## 4.5 Gesichtsfeldausfälle

### Vollständige Halbseiten- und Quadrantenausfälle

Homonyme Hemianopsie .....	40
Bitemporale Hemianopsie .....	30
Binasale Hemianopsie bei beidäugigem Sehen .....	10
bei Verlust des beidäugigen Sehens .....	30
Homonymer Quadrant oben .....	20
Homonymer Quadrant unten .....	30
Vollständiger Ausfall beider unterer Gesichtsfeldhälften .....	60

### Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte bei Verlust oder Blindheit des anderen Auges

nasal .....	60
temporal .....	70

Bei unvollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen ist der GdS entsprechend niedriger anzusetzen.

### Gesichtsfeldeinengungen

#### Allseitige Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges

auf 10° Abstand vom Zentrum .....	10
auf 5° Abstand vom Zentrum .....	25

#### Allseitige Einengung binokular

auf 50° Abstand vom Zentrum .....	10
auf 30° Abstand vom Zentrum .....	30
auf 10° Abstand vom Zentrum .....	70
auf 5° Abstand vom Zentrum .....	100

#### Allseitige Einengung bei Fehlen des anderen Auges

auf 50° Abstand vom Zentrum .....	40
auf 30° Abstand vom Zentrum .....	60
auf 10° Abstand vom Zentrum .....	90
auf 5° Abstand vom Zentrum .....	100

#### Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, binokular

mindestens 1/3 ausgefallene Fläche .....	20
mindestens 2/3 ausgefallene Fläche .....	50

Bei Fehlen eines Auges sind die Skotome entsprechend höher zu bewerten.

**Bestimmung des Gesichtsfeldes:**

s. hierzu Anm. zu Teil B 4 VMG (Gesichtsfeldbestimmung (S. 184)).

**Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte  
und Blindheit bzw. Verlust des anderen Auges**

In den AHP 1996 war bei einem lateralen Gesichtsfeldausfall eines Auges bei Blindheit des anderen Auges ein GdB von 60 - 70 angegeben. Die Erörterung dieser Vorgaben mit der DOG ergab, dass bei temporalem Gesichtsfeldausfall eines Auges und Blindheit des anderen Auges stets ein GdB von 70 gerechtfertigt sei und die in den AHP enthaltene Formulierung damit nicht immer zu sachgerechten Ergebnissen führte. Der SVB empfahl deshalb die AHP wie folgt zu fassen:

Ausfall einer Gesichtshälfte bei Verlust oder Blindheit des anderen Auges  
 nasal - 60  
 temporal - 70

Dieser Vorschlag wurde 2001 vom BMA umgesetzt und in den AHP 2004 ff fortgeschrieben (Beirat vom 28./29.04.1999 und vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Gesichtsfeldausfällen“).

**Konzentrische Gesichtsfeldausfälle**

Bei der Prüfung des Restsehvermögens mit Gesichtsfeldeinschränkungen sind die Gesichtsfelder einzeln zu prüfen und der Beurteilung die monokular bestimmten Gesichtsfelder zu Grunde zu legen. Bei konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen bei insgesamt exzentrisch gelegenem Gesichtsfeld - dies ist z.B. möglich bei Retinitis pigmentosa oder Optikusatrophie - ist immer die Sehschärfe im Zentrum des Restgesichtsfeldes maßgebend (Beirat vom 12./13.11.1997: „Beidäugige Prüfung bei Restsehvermögen mit Gesichtsfeldeinschränkungen zur Beurteilung des GdB/MdE-Grades“ und „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen“).

**Homonyme Hemianopsie**

Bei einer homonymen Hemianopsie (Halbseitenblindheit mit Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfeldes) mit einem GdB von 40 liegen nach Auffassung des SVBs keine so relevante Orientierungsstörungen vor, dass die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Teil D 1 VMG früher Nr. 30 Abs. 5 AHP) gerechtfertigt ist. Es bestehe kein Zweifel, dass die Auswirkungen einer homonymen Hemianopsie weit weniger gravierend seien als z.B. bei einer Sehbehinderung mit einer Sehschärfe von 0,2 auf dem einen und Blindheit auf dem anderen Auge, die einen GdB von 70 bedingt. Eine homonyme Hemianopsie könne nämlich durch Kopfwendungen wesentlich kompensiert werden

(Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G) bei homonymer Hemianopsie“).

#### **4.6 Ausfall des Farbensinns**

Ausfall des Farbensinns .....	0
Einschränkung der Dunkeladaptation (Nachtblindheit) oder des Dämmerungssehens .....	0 - 10

#### **4.7 Hornhauttransplantationen**

Nach Hornhauttransplantationen richtet sich der GdS allein nach dem Sehvermögen.

#### **4.8 Maligner Augentumor**

Nach Entfernung eines malignen Augentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Tumorbegrenzung auf den Augapfel (auch bei Augapfelentfernung) .....	50
sonst wenigstens .....	80

In den VMG ist der erläuternde Hinweis entfallen, dass zu den malignen Augentumoren z.B. Melanom und Retinoblastom gehören.

2003 hat der SVB überprüft, ob der GdB nach Enukleation bei lokalisiertem Melanom eines Auges im Vergleich zum Melanom der Haut - Teil B 17.13 VMG - während der Zeit der Heilungsbewährung nicht höher zu bewerten sei.

Dies wurde jedoch unter pauschalem Hinweis auf Nr. 26.1 AHP - jetzt Teil B 1 VMG - verneint (Beirat vom 26.03.2003: „Heilungsbewährung bei Verlust eines Auges wegen Melanom“).



## Teil B: 5. Hör- und Gleichgewichtsorgan

Maßgebend für die Bewertung des GdS bei Hörstörungen ist die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Der Beurteilung ist die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie empfohlene Tabelle (siehe Nummer 5.2.4, Tabelle D) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes aus entsprechenden Tabellen abzuleiten.

Die in der GdS-Tabelle enthaltenen Werte zur Schwerhörigkeit berücksichtigen die Möglichkeit eines Teilausgleichs durch Hörhilfen mit.

Sind mit der Hörstörung andere Erscheinungen verbunden, z. B. Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, Artikulationsstörungen oder außergewöhnliche psychoreaktive Störungen, so kann der GdS entsprechend höher bewertet werden.

### 5.1 Angeborene oder in der Kindheit erworbene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen

angeboren oder bis zum 7. Lebensjahr erworben (schwere Störung des Spracherwerbs, in der Regel lebenslang) .....	100
später erworben (im 8. bis 18. Lebensjahr) mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) .....	100
sonst je nach Sprachstörung .....	80 - 90

#### 1. Taubheit

Der GdB für Taubheit bestimmt sich wesentlich nach dem Zeitpunkt der Entstehung der Taubheit; denn infolge der Taubheit können zusätzlich unterschiedliche Probleme beim Spracherwerb und der geistigen Entwicklung auftreten. Der Abstufung in Teil B 5 VMG liegt der Gedanke zugrunde, dass die Sprachstörung umso ausgeprägter ist, je früher die Taubheit entsteht (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 07.03.2019 - L 13 SB 340/18 -).

#### 2. GdB bei angeborener Taubheit

Nach Teil B 5.1 VMG ist bei angeborener bzw. bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit bzw. bei an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen ein GdB von 100 in der Regel lebenslang in Ansatz zu bringen.

Von dieser Regel soll nur in den Fällen abgewichen werden, in denen taube Kinder infolge früher und sehr intensiver Förderung in Verbindung mit einer relativ hohen Intelligenz des Kindes und besonderem Geschick der Bezugspersonen zu einer Entwicklung kommen, bei der die anfänglichen Probleme des Spracherwerbs und eine geistige Entwicklungsverzögerung später nur noch in sehr geringem Ausmaß erkennbar sind. Nur in diesen Fällen sei - nach sorgfältiger Prüfung - ausnahmsweise ein niedriger GdB als 100, also je nach Ausmaß der neben der Taubheit bestehenden Beeinträchtigung ein GdB von 80 oder 90, gerechtfertigt. Es sei aber - so der SVB - zu beachten, dass in aller Regel bei angeborener oder bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, selbst wenn eine relativ klare Sprache erlernt worden sei, ein wesentlicher geistiger Entwicklungsrückstand bestehen bleibe.

Hilflosigkeit bleibe auf jedem Fall - siehe (S. 79) Teil A 5 d ee VMG und insbesondere die weitergehende Anmerkung zu Teil A 5 d ee VMG - bis zur Beendigung der Gehörlosenschule bestehen (Beirat vom 22.10.1986: „Beurteilung des GdB und der gesundheitlichen Voraussetzungen für „Nachteilsausgleiche“ bei angeborener oder erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit“).

### ***3. GdB bei später erworbener Taubheit***

Der GdB für im Erwachsenenalter erworbene an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und für beiderseitige Taubheit wurde mit den AHP 1996 um jeweils 10 auf 70 bzw. 80 (Teil B 5.2.4 VMG) angehoben.

Dagegen wurde der GdB für im Alter zwischen dem 8. und dem 18. Lebensjahr erworbene Taubheit bei 80 bis 90 belassen; nur bei schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) ist hier ein GdB von 100 vorgesehen. Hintergrund dafür war, dass auch bei später erworbener Taubheit nur leichte Sprachstörungen bestehen können, die zu keiner Erhöhung des Ausmaßes der Beeinträchtigung, das bereits durch die Taubheit hervorgerufen wird, führen (Beirat vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei später (im 8. bis 18. Lebensjahr) erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit“).

Ein GdB von 80 dürfte hier aber nur festgesetzt werden können, wenn ausnahmsweise keine oder nur sehr geringe Sprachstörungen vorliegen. Die AHP gehen nämlich nach ihrer Systematik grundsätzlich davon aus, dass die im Alter zwischen dem 8. und 18. Lebensjahr erworbene Taubheit wegen der damit verbundenen Sprachstörungen regelmäßig höher einzu-stufen ist als eine im Erwachsenenalter erworbene Taubheit.

#### **4. Kleinkinder**

Bei Kleinkindern und insbesondere bei Säuglingen können Beeinträchtigungen des Hörvermögens nicht zuverlässig beurteilt werden (Beirat vom 08./09.11.2000: „Frage der frühestmöglichen Feststellung von Blindheit und von Gehörlosigkeit bzw. an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit“). Deshalb muss der GdB zunächst nach Schätzungen festgelegt werden. Ist später die tatsächliche Einschränkung des Gehörs sicher zu bestimmen, kann der auf der Schätzung beruhende Feststellungsbescheid nach § 48 SGB X (s. auch (S. 102) die Anmerkung zu Teil A 7 VMG) abgeändert werden.

#### **5. Akustische Verarbeitungsstörungen im Kindesalter**

Störungen der Aufnahme und Entschlüsselung von Sprache sind - so der SVB - Symptome einer sensorischen Aphasie. Solche Störungen seien nicht nach Teil B 5 VMG - früher Nr. 26.5 AHP - sondern nach Teil B 3 VMG - früher Nr. 26.3 AHP - zu beurteilen. Bei der Analogbewertung sei allerdings zu beachten, dass in diesen Fällen in der Regel kein Hirnschaden vorliege, so dass die Auswirkungen niedriger zu beurteilen seien als in Teil B 3 VMG angegeben. Auch erreichten die Auswirkungen einer solchen Störung nicht die einer Taubheit. Zusätzlich seien die Besonderheiten bei kindlichen Hörstörungen zu beachten, so dass im Einzelfall gleichwohl ein GdB von 100 gerechtfertigt sein könne (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei zentralen Hörstörungen bzw. auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen“).

#### **6. Merkzeichen GL**

Allen spät Ertaubten (auch ohne Orientierungslosigkeit) steht unabhängig vom Lebensalter das Merkzeichen „GL“ (gehörlos) zu (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Taubheit nach dem 18. Lebensjahr“).

#### **7. Merkzeichen H**

S. hierzu (S. 79) die Anmerkung zu Teil A 5 VMG - Hilflosigkeit - Einzelfälle - unter Taubheit.

## **8. Cochlearimplantat**

Es handelt sich hierbei um ein elektronisches Gerät, das Ertaubten einen Höreindruck vermittelt. Voraussetzung ist eine intakte Funktion der Hörnerven, die dann durch eine eingesetzte Elektrode direkt elektrisch gereizt werden.

### a) Vorgeschichte

Wiederholt wurde die Frage diskutiert, ob Behinderte nach Einsetzen eines Cochlearimplantats noch als gehörlos angesehen werden können. Der SVB kam 1998 schließlich zu dem Ergebnis, das grundsätzlich zwischen Cochlearimplantationen bei Kindern und spätertaubten Erwachsenen zu unterscheiden sei. Bei Kindern könne der dauerhafte Erfolg vor allem auch hinsichtlich des Spracherwerbs derzeit nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres beurteilt werden; dazu lägen keine ausreichenden Erfahrungen vor. Für die angeborene oder bis zum 18. Lebensjahr erworbene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit verbleibe es deshalb bei den bisherigen Vorgaben. Die weitere Entwicklung sei abzuwarten. Bei spätertaubten Erwachsenen verbessere sich nach der Cochlearimplantation die Kommunikationsfähigkeit. Diese sei jedoch nicht wesentlich besser als bei Hörgeschädigten mit einem prozentualen Hörverlust von 100, die noch mit einem Hörgerät versorgt werden können. Spätertaubte mit einem Cochlearimplantat benötigten zudem in höherem Maße als Hörgeräteträger eine medizinische und technische Betreuung und müssten wegen des Implantats auch wesentliche Nachteile in Kauf nehmen (z.B. Undurchführbarkeit einer Kernspintomographie). Ferner gäbe es viele Situationen des täglichen Lebens, in denen das Implantat nicht genutzt werden könne. Deshalb sei bei Spätertaubten nach einer Cochlearimplantation ein niedrigerer GdB nicht zu rechtfertigen. Gleiches gelte auch bei Hörbehinderten mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit, die mit einem Cochlearimplantat versorgt sind.

Eine Überprüfung dieses Ergebnisses führte zu keiner Änderung der Beurteilung. Von einer Universitätsklinik sei zwar unter Hinweis auf langjährige Erfahrungen mit Cochlearimplantationen angegeben worden, dass unter günstigen Umständen eine normale Kommunikation möglich und deshalb in diesen Fällen der GdB niedriger zu bewerten sei. Es habe sich aber herausgestellt, dass diese positiven klinischen Erfahrungen von den Betroffenen unter den Umständen des täglichen Lebens nicht bestätigt werden konnten und dass auch nach einer erfolgreichen Implantation viele Defizite zurückblieben (Beirat von 1992 bis 1998: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Versorgung mit Cochlearimplantat“). Im Ergebnis ergibt sich danach selbst dann keine Änderung der Beurteilungsvorgaben, wenn

durch das Cochlearimplantat nachweislich eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit erreicht wird.

#### b) Derzeitige Rechtslage

Die 2004 - wieder - aufgeworfene Frage, ob es gerechtfertigt sei, mit Implantat versorgte Kinder tauben Kindern ohne Implantat gleichzustellen, obwohl Kinder mit Implantat die Regelschule besuchen könnten und dabei von gesunden Kindern kaum zu unterscheiden seien (Beirat vom 10.11.2004: „GdB/MdE-Begutachtung bei Cochlearimplantat“), hat der SVB dahingehend beantwortet, dass

**die bisher zum Thema „Cochlearimplantat“ ergangenen Beiratsbeschlüsse nicht mehr anwendbar seien. Auf Grund nun vorliegender Erfahrungen sei bei angeborener oder in der Kindheit erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit nach Cochlearimplantation im Einzelfall je nach Ausmaß des Spracherwerbs ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt (Beschluss des Beirats vom 06./07.12.2008).**

Diese Feststellung des Beirats hat die Rechtsprechung bestätigt: Wenn bei einer in der Kindheit erworbenen beidseitigen Taubheit (zunächst GdB 100) nach Einbringung eines Cochlea-Implantats keine schwere Sprachstörung (mehr?) bestehe, sei eine Herabsetzung des GdB auf 90 gerechtfertigt, denn Teil B 5.1 VMG erfordere nach dem eindeutigen Wortlaut eine „schwere Störung des Spracherwerbs“ (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 07.03.2019 - L 13 SB 340/18 -; BSG, Beschluss vom 20.01.2020 - B 9 SB 28/19 B -),

#### **9. ungerader GdB-Wert**

Liegt nur eine Behinderung des Gehörs vor und weist die Tabelle dafür keinen GdB in Zehnergraden (also z.B. 15) aus, so ist im Bescheid der nächsthöhere 10-er Grad als GdB auszuweisen (also 20 - s. auch Anmerkung zu Teil A 2 e VMG m.w.N. (S. 26)). Bestehen dagegen mehrere Behinderungen, so kann bei der rechtlich unverbindlichen Festlegung der Einzel-GdB der ungerade Wert zugrunde gelegt werden. Von diesem Wert ist dann auch bei der Bemessung des Gesamt-GdB auszugehen.

## 5.2 Hörverlust

### 5.2.1 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes

Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus den Werten der sprach-audiometrischen Untersuchung (nach Boenninghaus u. Röser 1973):

Tabelle A

		Hörverlust für Zahlen in dB												
		<2	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	
		0	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	
Gesamtwortverstehen	<2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	a	20	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	10	
	b												0	
	a	35	90	90	90	90	90	90	90	90	90	95	10	
	b												0	
	a	50	80	80	80	80	80	80	80	80	80	90	95	10
	b													0
	a	75	70	70	70	70	70	70	70	70	80	90	95	10
	b													0
	a	100	60	60	60	60	60	60	60	70	80	90	95	
	b													
	a	125	50	50	50	50	50	50	60	70	80	90		
	b													
a	150	40	40	40	40	40	50	60	70	80				
b														
a	175	30	30	30	30	40	50	60	70					
b														
a	200	20	20	20	30	40	50	60						
b														
a	225	10	10	20	30	40	50							
b														
a	250	0	10	20	30	40								
b														

Das Gesamtwortverstehen wird aus der Wortverständniskurve errechnet. Es entsteht durch Addition der Verständnisquoten bei 60, 80 und 100 dB Lautstärke (einfaches Gesamtwortverstehen).

Bei der Ermittlung von Schwerhörigkeiten bis zu einem Hörverlust von 40% ist das gewichtete Gesamtwortverstehen (Feldmann 1988) anzuwenden:

- 3 x Verständnisquote bei 60 dB
  - + 2 x Verständnisquote bei 80 dB
  - + 1 x Verständnisquote bei 100 dB,
- Summe dividiert durch 2.

### **5.2.2 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes**

Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve. Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztabelle nach Röser 1973):

Tabelle B

Tonhörverlust dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
10	0	0	0	0
15	2	3	2	1
20	3	5	5	2
25	4	8	7	4
30	6	10	9	5
35	8	13	11	6
40	9	16	13	7
45	11	18	16	8
50	12	21	18	9
55	14	24	20	10
60	15	26	23	11
65	17	29	25	12
70	18	32	27	13
75	19	32	28	14
80	19	33	29	14
ab 85	20	35	30	15

**5.2.3 3-Frequenztafel nach Röser 1980**

für die Beurteilung bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit:

Tabelle C

dB von bis		Tonverlust bei 1 kHz											
		5 0	15 10	25 20	35 30	45 40	55 50	65 60	75 70	85 80	95 100		
Summe bei 2 und 3 kHz	0-15	0	0	0	0	5	15	Hörverlust in %					
	20-35	0	0	0	5	10	20						30
	40-55	0	0	0	10	20	25						35
	60-75	0	0	10	15	25	35	40	50	60	80		
	80-95	0	5	15	25	30	40	50	60	70			
	100-115	5	15	20	30	40	45	55	70	80	90	100	
	120-135	10	20	30	35	45	55	65	75	90	100	100	
	140-155	20	25	35	45	50	60	75	85	95	100	100	
	160-175	25	35	40	50	60	70	80	95	100	100	100	
	180-195	30	40	50	55	70	80	90	100	100	100	100	
ab 200	40	45	55	65	75	90	100	100	100	100	100		



### 5.2.4 Zur Ermittlung des GdS aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren:

Tabelle D

Rechtes Ohr	Normalhörigkeit	0-20	0	0	10	10	15	20
	Geringgradige Schwerhörigkeit	20-40	0	10	20	20	30	30
	Mittelgradige Schwerhörigkeit	40-60	10	20	30	30	40	40
	Hochgradige Schwerhörigkeit	60-80	10	20	30	50	50	50
	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	80-95	15	30	40	50	70	70
	Taubheit	100	20	30	40	50	70	80
	Hörverlust in Prozent	0-20	20-40	40-60	60-80	80-95	100	
		Normalhörigkeit	Geringgradige Schwerhörigkeit	Mittelgradige Schwerhörigkeit	Hochgradige Schwerhörigkeit	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Taubheit	
Linkes Ohr								

1989 und 1991 wurde im SVB die Frage diskutiert, ob und inwieweit die von Prof. Feldmann publizierten Kriterien für die Ermittlung des prozentualen Hörverlustes bei Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht Berücksichtigung finden können. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat dazu mitgeteilt, dass er nach eingehender Prüfung der von Prof. Feldmann entwickelten Kriterien für die Ermittlung des prozentualen Hörverlustes nach der Methode des „gewichteten Gesamtverstehens“ den Mitgliedsberufsgenossenschaften empfohlen habe, in Ergänzung zum „Königsteiner Merkblatt“ die MdE in Fällen der geringgradigen Schwerhörigkeit nach diesen Kriterien zu bewerten; dadurch werde der Hörverlust

bei der für die sprachliche Verständigung wichtigen Lautstärke von 60 dB stärker berücksichtigt. Voraussetzung für die Anwendung dieser Methode sei jedoch, dass eine erhebliche Differenz zwischen dem Hörverlust im Tonaudiogramm und dem Hörverlust im Sprachaudiogramm vorliege.

Der SVB hat daraufhin beschlossen, sich bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht diesen Empfehlungen anzuschließen (Beirat vom 26.04.1989, vom 10.04.1991 und vom 28./29.04.1999: „Neue Kriterien für die Ermittlung des prozentualen Hörverlustes - Ermittlung des prozentualen Hörverlustes nach Sprachaudiometrie“).

Für die Beurteilung des GdB bei Hörstörungen sind stets mehrere Kriterien zu berücksichtigen, so auch eine Sprachaudiometrie. Der SVB hat bei Fehlen eines Sprachaudiogramms empfohlen, entweder den Anpassbericht des Hörgeräteakustikers beizuziehen oder die fehlende Hörprüfung nachträglich von einem HNO-Arzt durchführen zu lassen.

In den Fällen, in denen die Durchführung einer Sprachaudiometrie wegen eingeschränkter Beherrschung der deutschen Sprache nicht möglich sei, sei es zulässig, sich dem Vorgehen der Berufsgenossenschaften bei der Beurteilung von Hörstörungen bei ausländischen Arbeitnehmern anzuschließen (vgl. „Königsteiner Merkblatt“ (*auf der CD zu diesem Buch*). In allen anderen Fällen sei ein Tonaudiogramm allerdings nicht ausreichend; auf die Durchführung einer Sprachaudiometrie könne nicht verzichtet werden (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB bei Hörstörungen“ und vom 10.04.1991: „Ermittlung des prozentualen Hörverlustes bei fehlendem Sprachaudiogramm“).

Die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie empfohlene Tabelle (Nr. 5.2.4 Tabelle D VNG) erscheint nicht ganz schlüssig, da sich in ihren Vorgaben Überschneidungen finden (z.B. Normalhörigkeit 0 - 20 und geringe Schwerhörigkeit 20 - 40, so dass sich - bezogen auf das Beispiel - die Frage stellt, in welche Kategorie ein Hörverlust von 20 % fällt). Auf diese eher mathematische Sicht dürfte es indes nicht ankommen. Denn die Bestimmung des Hörverlustes an sich ist von so erheblichen subjektiven Elementen seitens des Probanden abhängig, dass ein objektiv exakter prozentualer Hörverlust kaum festzulegen sein dürfte. Damit fehlt aber auch die Grundlage für eine mathematisch genaue Festlegung aufgrund der genannten Tabelle. Es verbleibt im Ergebnis bei der anhand mehrerer Kriterien zu treffenden Gesamteinschätzung des sachverständigen Arztes. Dieser kann und sollte ggf. darauf hinweisen, dass bei einer Bewertung anhand der o.a. Tabelle ein Grenzfall vorliegen könnte, dem dann bei der Gesamtbewertung mit einem „schwachen“ bzw. „starken“ GdB weiter Genüge getan werden kann. Ein Rückgriff auf die Klassifizierung der World Health Organization

(WHO) - 5 Stufen mit „keine“, „leichte“, „mittlere“, „schwere“ und „sehr schwere“ Hörverluste - und die jeweilig Zuordnung „25 oder besser“, „26 - 40“, „41 - 60“, „61 - 80“ und „81 und mehr“ scheint deshalb nicht erforderlich.

Von wesentlichem größerem Interesse, gerade für die nicht-medizinischen Beteiligten (z.B. den behinderten Menschen, dessen Bevollmächtigten oder den angerufenen Richter), ist die genannte Klassifizierung der WHO aus anderen Gründen. Hier wird nämlich verständlich und insbesondere für die Bildung des Gesamt-GdB von Bedeutung angeführt, wie sich die Auswirkungen der Schwerhörigkeit im alltäglichen Leben tatsächlich darstellen:

- 25 dB oder besser (am besseren Ohr) = Keine oder nur sehr geringe Hörprobleme. Kann Flüstern verstehen.
- Leichter Hörverlust 26 - 40 dB (am besseren Ohr) = Kann in normaler Lautstärke gesprochene Wörter aus 1 Meter Entfernung hören und wiederholen. Beratung, ggf. Hörgeräte erforderlich.
- Mittlerer Hörverlust 41 - 60 dB (am besseren Ohr) = Kann in mit lauter Stimme gesprochene Wörter aus 1 Meter Entfernung hören und wiederholen. Hörgeräte empfohlen.
- Schwerer Hörverlust 61 - 80 dB (am besseren Ohr) = Kann einzelne Wörter hören, wenn sie in das bessere Ohr geschrien werden. Hörgeräte erforderlich. Ohne Hörgeräte sollten Lippenablesen und Gebärdensprache erlernt werden.
- Sehr schwerer Hörverlust einschließlich Taubheit 81 dB oder mehr (am besseren Ohr) = Kann auch Schreien nicht hören und verstehen.

### 5.3 Gleichgewichtsstörungen

(Normabweichungen in den apparativ erhobenen neurootologischen Untersuchungsbefunden bedingen für sich allein noch keinen GdS)

#### ohne wesentliche Folgen

beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen (z.B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung)  
leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen (Schwanken) bei höheren Belastungen (z.B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen)  
stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen Belastungen (z.B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen)  
keine nennenswerten Abweichungen  
bei den Geh- und Stehversuchen ..... 0 - 10

#### mit leichten Folgen

leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen, stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen  
leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen  
erst auf höherer Belastungsstufe .....20

#### mit mittelgradigen Folgen

stärkere Unsicherheit, Schwindelerscheinungen mit Fallneigung bereits bei alltäglichen Belastungen, heftiger Schwindel (mit vegetativen Erscheinungen, gelegentlich Übelkeit, Erbrechen) bei höheren und außergewöhnlichen Belastungen  
deutliche Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen  
bereits auf niedriger Belastungsstufe ..... 30 - 40

#### mit schweren Folgen

heftiger Schwindel, erhebliche Unsicherheit und Schwierigkeiten bereits beim Gehen und Stehen im Hellen und bei anderen alltäglichen Belastungen, teilweise Gehhilfe erforderlich ..... 50 - 70  
bei Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder zu stehen .....80

Angegebene stark ausgeprägte Schwindelneigungen bzw. Störungen des Gleichgewichtssinns bedürfen, um bei der Ermittlung des GdB berücksichtigt werden zu können, des Vollbeweises. Es ist dabei zwar nicht erforderlich, dass die erforderlichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch noch zweifelt, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt. Zwar sind dabei auch die Angaben eines Beteiligten zu berücksichtigen. Jedenfalls dann aber, wenn erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Angaben bestehen, kann der Vollbeweis allein damit keinesfalls mehr erbracht werden. Dem Kläger steht kein Anspruch zu, dass das Gericht ihm unbeschadet glaubt (Bayerisches LSG, Urteil vom 20.03.2012 - L 15 SB 66/11 -).

#### Ohrgeräusche (Tinnitus)

ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen .....	0 - 10
mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen .....	20
mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) .....	30 - 40
mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten mindestens .....	50

Bereits 1988 hat sich der SVB eingehend mit der Tinnituserkrankung und der damit verbundenen Problematik der GdB-Bewertung beschäftigt. Das Ergebnis gilt auch noch heute:

Tinnitus könne nicht nur in Verbindung mit Hörstörungen, sondern auch bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen oder isoliert vorkommen. Die Klassifikation von Tinnitus bereite vielfältige Probleme, da in der Regel weder Ursachen, noch Qualität oder Quantität der Ohrgeräusche zufriedenstellend erfassbar seien. Anhaltender tinnitusbedingter Stress könne psychisch destabilisieren und den Belästigungsgrad durch die Geräusche vergrößern; die Folgen könnten sich z.B. in Form von Muskelverspannungen, Ein- und Durchschlafstörungen oder Konzentrationseinbußen äußern, sie können aber auch sehr gravierend sein und in besonderen Fällen sogar zum Suizid führen. Mit einem weiten Spektrum medikamentöser, physikalischer, apparativer und psychotherapeutischer Maßnahmen könne eine Abnahme des Leidensdrucks erreicht werden; der Kranke könne lernen, mit dem Tinnitus zu leben. Der SVB hat sich den Ausführungen von Feldmann, die dieser als Vorsitzender eines internationalen Tinnitus-Seminars im Juni 1987 gemacht hatte, angeschlossen, der ausgeführt hat: „Es gibt nicht den Tinnitus und den an Tinnitus leidenden Menschen, sondern zahlreiche verschiedene Arten des Tinnitus mit verschiedenen Ursachen, die in Verbindung mit der individuellen Persönlichkeitsstruktur des

Betroffenen eine ganz spezifische Konstellation bilden. Darum kann es auch nicht die Behandlung des Tinnitus geben, sondern es muss im Einzelfall nach ganz individuellen Lösungen gesucht werden.“ Deshalb, so der SVB, sei es auch nicht möglich, eine detaillierte GdB-Tabelle für den Tinnitus zu schaffen. Entscheidend für die Beurteilung blieben immer die aktuellen Auswirkungen des Tinnitus, insbesondere im psychischen Bereich (Beirat vom 27.04.1988: „Beurteilung von Ohrgeräuschen“). Mit den AHP 1996 wurden dann diese psychischen Auswirkungen unter der Gesundheitsstörung Tinnitus aufgeführt, sie sind den Bewertungsvorgaben für „Neurosen“ im Teil B 3.7 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) entsprechend zu berücksichtigen.

Eher akademischer Natur ist die Frage, welchem Organsystem i.S.d. Teils A 2 e VMG (früher Nr. 18 Abs. 4 AHP) der Tinnitus mit seinen Auswirkungen zugeordnet werden kann - dem Organsystem Ohren oder Gehirn einschließlich Psyche. Probleme könnten allenfalls auftreten, wenn neben dem Tinnitus mit nicht unerheblichen psychischen Begleiterscheinungen entweder eine eigenständige psychische Erkrankung oder eine sonstige Beeinträchtigung des Gehörs besteht:

- a. In der Kombination Tinnitus mit psychischen Begleiterscheinungen - also erheblichen Auswirkungen des Tinnitus - und eigenständige psychische Erkrankung ist hier führend ein Teil-GdB für das Organsystem Gehirn einschließlich Psyche insgesamt zu bilden. Zudem ist davon auszugehen, dass das Ohrgeräusch als solches bei der Bemessung des Gesamt-GdB irrelevant ist.
- b. In der Kombination Tinnitus mit psychischen Begleiterscheinungen und sonstige Beeinträchtigung des Gehörs sind zwei Organsysteme betroffen - Ohren und Gehirn einschließlich Psyche -, so dass dann daraus zwei (Teil-)GdB für das jeweilige Organsystem und dann - ggf. unter Berücksichtigung noch weiterer Gesundheitsstörungen - ein Gesamt-GdB zu bilden ist.

Das LSG NRW hat sich dem allerdings allenfalls ansatzweise angenähert: Ist die Beschwerdesymptomatik Tinnitus Folge einer neurologisch-psychiatrischen Behinderung, folgt nach den AHP, dass die Ohrgeräusche unter dem Funktionsbereich „Psyche“ zu berücksichtigen sind (Urteil des LSG NRW vom 25.09.2003 - L 7 SB 104/02 -).

Ergibt sich im Rahmen der von Amts wegen zunächst zu ermittelnden Beurteilungsgrundlagen (Befundberichte und Sachvortrag des Betroffenen), dass der Tinnitus keine nennenswerten psychischen Begleiterscheinungen hat, kann sogar eine Begutachtung durch einen HNO-Sachverständigen entfallen - der GdB für den Tinnitus liegt damit nämlich zwischen 0 und 10, also einem für den Gesamt-GdB in der Regel unbeachtlichen Wert (s. Teil

A 3 d ee VMG (S. 34)). Besteht allerdings Anlass für die Annahme, dass psychische Begleiterscheinungen bestehen, sind vielfach zwei Begutachtungen angebracht: eine Begutachtung durch einen HNO-Arzt insbesondere zur Bestimmung der Intensität des Tinnitus und ein Gutachten eines Psychiaters zur Bestimmung des Ausmaßes der Begleiterscheinungen, wobei hier dann im Hinblick auf die Glaubhaftigkeit der Beschwerdeangaben die von dem HNO-Sachverständigen beschriebene Intensität der Ohrgeräusche von Bedeutung ist. Ggf. sollte der zuständige Richter sowohl im Hinblick auf die mit einer Untersuchung verbundenen Belastungen des Antragstellers als auch aus Kostengründen in Erwägung ziehen, zunächst ein HNO-Gutachten einzuholen und die Ausführungen dieses Sachverständigen abzuwarten, um erst nachfolgend die Entscheidung zu treffen, ob noch ein psychiatrisches Gutachten erforderlich ist.

#### Menière-Krankheit

ein bis zwei Anfälle im Jahr .....	0 - 10
häufigere Anfälle, je nach Schweregrad .....	20 - 40
mehrmals monatlich schwere Anfälle .....	50
Bleibende Hörstörungen und Ohrgeräusche (Tinnitus) sind zusätzlich zu bewerten.	

#### **5.4 Chronische Mittelohrentzündung**

ohne Sekretion oder einseitige zeitweise Sekretion .....	0
einseitige andauernde Sekretion oder zeitweise beidseitige Sekretion .....	10
andauernd beidseitige Sekretion .....	20

#### Radikaloperationshöhle

reizlos .....	0
bei unvollständiger Überhäutung und ständiger Sekretion	
einseitig .....	10
beidseitig .....	20

#### **5.5 Verlust einer Ohrmuschel**

Verlust einer Ohrmuschel .....	20
--------------------------------	----

Entfallen ist in den VMG die noch in den AHP 2008 enthaltene Bewertungsvorgabe: Verlust beider Ohrmuscheln = GdB 30.

**Teil B: 6. Nase**

**6.1 Völliger Verlust der Nase**

Völliger Verlust der Nase .....	50
Teilverlust der Nase, Sattelnase	
wenig störend .....	10
sonst .....	20 - 30

**6.2 Stinknase (Ozaena),**

Stinknase (Ozaena), je nach Ausmaß der Borkenbildung und des Foetors .....	20 - 40
Verengung der Nasengänge	
einseitig je nach Atembehinderung .....	0 - 10
doppelseitig mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung .....	10
doppelseitig mit starker Atembehinderung .....	20

**Chronische Nebenhöhlenentzündung**

leichteren Grades (ohne wesentliche Neben - und Folgeerscheinungen) .....	0 - 10
schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen, Polypenbildung) .....	20 - 40

1990 war erörtert worden, ob bei der Bemessung des GdB für eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung schweren Grades (GdB 20 - 40) nicht die gleichen Maßstäbe wie bei einer chronischen Bronchitis der schweren Form (GdB 20 - 30) zugrunde gelegt werden müssten. Der SVB wies dazu darauf hin, dass bei Beachtung des Klammerzusatzes bei einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung die Auswirkungen ungünstiger seien als bei der in Teil B 8.2 VMG (früher Nummer 26.8 AHP) genannten schweren Form der chronischen Bronchitis ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion. Die unterschiedliche GdB-Bewertung beider Gesundheitsstörungen sei somit zutreffend (Beirat vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB bei chronischer Nasennebenhöhlenentzündung“).



### **6.3 Völliger Verlust des Riechvermögens**

Völliger Verlust des Riechvermögens mit der damit verbundenen

Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung .....	15
Völliger Verlust des Geschmackssinns .....	10

Eine Ergänzung um Beurteilungskriterien für bösartige Tumoren von Nase, Nebenhöhlen, Mundhöhle und Speicheldrüsen - die relativ selten vorkommen - hat der SVB für nicht erforderlich gehalten.

Zum Einen sollten in den VMG / AHP nur Sachverhalte erfasst werden, die - anders als die o.a. Tumoren - häufig vorkommen. Zum Anderen würden die in Teil B 1 VMG (früher Nr. 26.1 AHP) - s. dazu insbesondere die Anmerkung zu Teil B 1 VMG - aufgeführten Grundsätze zur Beurteilung maligner Tumoren eine sachgerechte - nämlich analoge - Beurteilung auch dieser Tumoren gewährleisten (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung von Karzinomen der Nase und Nebenhöhlen, der Mundhöhle und der Speicheldrüsen“).

**Teil B: 7. Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege**

**Mundhöhle, Rachenraum, Kehlkopf und Luftröhre**

Dem Vorschlag, das Kapitel in „Mundhöhle, Rachenraum, Kehlkopf, Luftröhre“ umzubenennen, weil sowohl Kehlkopf als auch Luftröhre weder zum Rachenraum noch zu den oberen Luftwegen gehörten, ist der SVB nicht gefolgt. Die derzeitige Kapiteleinteilung entspreche der ICD-10 (Beirat vom 29.-30.03.2000: „Frage der Einordnung von Kehlkopf und Luftröhre in Nr. 26.7 der Anhaltspunkte“).

**Tumoren**

Tumoren von Nase, Nebenhöhlen, Mundhöhle und Speicheldrüsen sind in Analogie zu anderen Tumorerkrankungen (s. (S. 128) Teil B 1 VMG - früher Nr. 26.1 AHP - und insbesondere die Anmerkung zu Teil B 1 VMG) zu bewerten. Besondere Bewertungsvorgaben für diese selten vorkommenden Tumoren seien - so der SVB - nicht aufzustellen (Beirat vom 28.-29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung von Karzinomen der Nase und Nebenhöhlen, der Mundhöhle und der Speicheldrüsen“).

Verletzungs- und Erkrankungsfolgen an den Kiefern, Kiefergelenken und Weichteilen der Mundhöhle, einschließlich der Zunge und der Speicheldrüsen, sind nach dem Grad ihrer Auswirkung auf Sprech-, Kau- und Schluckvermögen zu beurteilen. Eine Gesichtsentstellung ist gesondert zu berücksichtigen.

**7.1 Lippendefekt**

Lippendefekt mit ständigem Speichelfluss .....	20 - 30
Äußere Speichelfistel, Frey-Syndrom	
geringe Sekretion .....	10
sonst .....	20

Störung der Speichelsekretion (vermehrter Speichelfluss, Mundtrockenheit) .....	0 - 20
--	--------

### **7.2 Schwere Funktionsstörung der Zunge**

Schwere Funktionsstörung der Zunge durch Gewebsverlust,  
narbige Fixierung oder Lähmung

je nach Umfang und Artikulationsstörung ..... 30 - 50

Behinderung der Mundöffnung (Schneidekantendistanz  
zwischen 5 und 25 mm) mit deutlicher Auswirkung auf die

Nahrungsaufnahme ..... 20 - 40

Kieferklemme mit Notwendigkeit der Aufnahme flüssiger

oder passierter Nahrung und entsprechenden Sprechstörungen ..... 50

### **7.3 Verlust eines Teiles des Unterkiefers**

Verlust eines Teiles des Unterkiefers mit schlaffer Pseudarthrose

ohne wesentliche Beeinträchtigung

der Kaufunktion und Artikulation ..... 0 - 10

mit erheblicher Beeinträchtigung

der Kaufunktion und Artikulation ..... 20 - 50

Verlust eines Teiles des Oberkiefers

ohne wesentliche kosmetische

und funktionelle Beeinträchtigung ..... 0 - 10

mit entstellender Wirkung, wesentlicher

Beeinträchtigung der Nasen- und Nebenhöhlen

(Borkenbildung, ständige Sekretion) ..... 20 - 40

### **7.4 Umfassender Zahnverlust**

über 1/2 Jahr hinaus

prothetisch nur unzureichend zu versorgen ..... 10 - 20

Verlust erheblicher Teile des Alveolarfortsatzes mit wesentlicher,

prothetisch nicht voll ausgleichbarer Funktionsbehinderung ..... 20

### **7.5 Ausgedehnter Defekt des Gaumens**

Ausgedehnter Defekt des Gaumens

mit gut sitzender Defektprothese ..... 30

Verlust des Gaumens ohne Korrekturmöglichkeit durch

geeignete Prothese (Störung der Nahrungsaufnahme) ..... 50

## 7.6 Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten

Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern, bis zum Abschluss der Behandlung

Isolierte voll ausgebildete Lippenspalte (ein- oder beidseitig) bis zum Abschluss der Behandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) je nach Trinkstörung, Beeinträchtigung der mimischen Muskulatur und Störung der Lautbildung .....	30 - 50
Lippen-Kieferspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) .....	60 - 70
bis zum Verschluss der Kieferspalte .....	50
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) unter Mitberücksichtigung der regelhaft damit verbundenen Hörstörung (Tubenfehlbelüftung) und der Störung der Nasenatmung .....	100
bis zum Verschluss der Kieferspalte .....	50

### Komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte

wegen der bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) bestehenden mit der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vergleichbaren Auswirkungen .....	100
Isolierte Segelspalte, submuköse Gaumenspalte bis zum Abschluss der Behandlung je nach Ausmaß der Artikulationsstörung .....	0 - 30

Ausgeprägte Hörstörungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach Abschluss der Behandlung richtet sich der GdS immer nach der verbliebenen Gesundheitsstörung.

Die Bewertungsvorgaben für Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalträger wurden in den letzten zehn Jahren wiederholt diskutiert.

1991 wurde eine differenzierte GdB-Tabelle in Betracht gezogen, um auf bestimmte Behandlungsphasen abzustellen. Erkannt wurde schon damals, dass eine Operation zwar zur Besserung des Ausmaßes der anatomischen Veränderungen führt, aber wegen der weiterhin bestehenden erheblichen funktionellen Störungen noch eine langwierige kieferorthopädische Nachbehandlung erforderlich ist (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalträgern“; s. dazu auch das Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 10.04.1992 - IV b 5 - 55 463 - 3/9 -, das bei der Neufassung der AHP 1996 berücksichtigt worden ist sowie Beirat vom 18./19.03.1992: „erneut: Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalträgern“).

Im Jahr 2000 wurden - Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung - BMA VI a 5 - 65463 - 3 - (Fassung 20.03.2001) die AHP hinsichtlich der „kompletten Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte“ der Fassung der „Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“ angepasst, weil der bei der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte genannte Bezug auf den Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) auch für die komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte gelten müsse. Die AHP wurden insoweit geändert; bei der kompletten Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte wurde nun ebenfalls auf den Abschluss der Erstbehandlung abgestellt (Beirat vom 08./09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei bei Gaumen- und Segelspalte“).

Der in den o.a. Regelungen noch enthaltene Klammerzusatz „in der Regel 5. Lebensjahr“ bedeutete allerdings nicht, dass die Voraussetzungen regelhaft bis zu diesem Zeitpunkt vorliegen. Nach dem Wortlaut und auch nach dem Sinn der Regelungen der AHP komme es - so der SVB - entscheidend auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Erstbehandlung und nicht auf ein bestimmtes - hier das fünfte - Lebensjahr an. Der in den o.a. Regelungen noch enthaltene Klammerzusatz „in der Regel 5. Lebensjahr“ sei nur Hinweis darauf, bis zu welchem Zeitpunkt im Allgemeinen die Erstbehandlung abgeschlossen werde. Die Erstbehandlung werde vielfach wesentlich früher, z.T. schon im Alter von 18 Monaten, beendet (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“).

2005 hat der SVB dann (weiter klarstellend) beschlossen, dass die Klammern mit Lebensalterangaben in der Nr. 26.7 AHP zu streichen und die Angabe: „5. Lebensjahr“ durch „ein Jahr nach der Operation“ zu ersetzen seien (Beirat vom 08./09.11.2005: „GdB bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte“). Unter dem 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dann bekannt gegeben, dass in Nr. 26.7 AHP - GdB bei Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern - (nunmehr Teil B 7.6 VMG) - die Klammern mit Lebensalterangaben zu streichen und die Angabe: „5. Lebensjahr“ durch „ein Jahr nach der Operation“ zu ersetzen seien. Nachdem der SVB vorgeschlagen hatte, die entsprechende Änderung auch in Nr. 22 Abs. 4 Buchst. f AHP vorzunehmen (Beirat vom 7./8.11.2007: „LKGS-Spalten und Hilflosigkeit“), wurde dies dann letztlich in Teil A 5 d ff VMG umgesetzt.

Unter Behandlung (s.o.) ist vor allem der Verschluss der Spalte im harten Gaumen zu verstehen. Mit dem Verschluss des harten Gaumens ist nach Auffassung des SVBs in jedem Fall - unabhängig davon, in welchem Lebensjahr er durchgeführt werde - eine wesentliche Besserung verbunden, die eine Herabsetzung des GdB nach § 48 SGB X (s. dazu auch (S. 102) die Anmerkung zu Teil A 7 VMG) rechtfertigt (Beirat vom 28.-29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“).

Auch wenn z.T. eine operative Versorgung der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte schon bei Säuglingen durchgeführt werde und vom Operateur bereits kurze Zeit nach dem Eingriff gute funktionelle und kosmetische Ergebnisse beschrieben würden, sei der Erfolg der Operation erst Jahre später endgültig zu beurteilen. Deshalb solle es auch in diesen Fällen bei den in den AHP genannten Kriterien verbleiben (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei LKGS-Spalten nach Totalkorrektur“).

Hilflosigkeit i.S.d. Teils A 5 d ff VMG ist bei Kindern mit LKGS-Spalten bis zum erfolgreichen Abschluss der operativen Therapie anzunehmen (s. dazu (S. 82) unter „Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalträgern“ in der Anmerkung zu Teil A 5 d ff VMG).

### **7.7 Schluckstörungen**

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Beschwerden .....	0 - 10
mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer) .....	20 - 40
mit häufiger Aspiration und erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes .....	50 - 70

### **7.8 Verlust des Kehlkopfes**

bei guter Ersatzstimme und ohne Begleiterscheinungen, unter Mitberücksichtigung der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (fehlende Bauchpresse) .....	70
in allen anderen Fällen .....	80

Anhaltende schwere Bronchitiden und Beeinträchtigungen durch Nervenlähmungen im Hals- und Schulterbereich sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei Verlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB bzw. GdS während dieser Zeit ..... 100

Da nach den VMG / AHP der Verlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors für die Zeit der Heilungsbewährung stets mit einem GdB von 100 zu bewerten ist, könne - so der SVB - die Beurteilung des GdB unmittelbar nach der Operation erfolgen. Darüber könne der Betroffene sehr schnell einen Bescheid erhalten.

Über die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche könne aber erst entschieden werden, wenn die bleibenden Auswirkungen der Kehlkopfentfernung (z.B. Atembehinderung, laute Atemgeräusche) beurteilbar seien. Dies sei in der Regel erst nach einem halben Jahr möglich (Beirat vom 24.04.1985: „Bearbeitung von Anträgen Schwerbehinderter mit Kehlkopfkarcinom“).

**Teilverlust des Kehlkopfes**

je nach Sprechfähigkeit und Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit .....20 - 50

Bei Teilverlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Geschwulstentfernung im Frühstadium (T1 N0 M0) .....50 - 60  
sonst .....80

**7.9 Tracheostoma**

reizlos oder mit geringen Reizerscheinungen (Tracheitis, Bronchitis), gute Sprechstimme .....40  
mit erheblichen Reizerscheinungen und/oder erheblicher Beeinträchtigung der Sprechstimme bis zum Verlust der Sprechfähigkeit (z.B. bei schweren Kehlkopfveränderungen) .....50 - 80

Einschränkungen der Atemfunktion sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

**Trachealstenose ohne Tracheostoma**

Der GdS ist je nach Atembehinderung analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion zu beurteilen.

## **7.10 Funktionelle und organische Stimmstörungen**

Funktionelle und organische Stimmstörungen (z.B. Stimmbandlähmung)

mit geringer belastungsabhängiger Heiserkeit .....	0 - 10
mit dauernder Heiserkeit .....	20 - 30
nur Flüsterstimme .....	40
mit völliger Stimmlosigkeit .....	50

Atembehinderungen sind ggf. zusätzlich zu bewerten analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion.

## **7.11 Artikulationsstörungen**

durch Lähmungen oder Veränderungen in Mundhöhle oder Rachen

mit verständlicher Sprache .....	10
mit schwer verständlicher Sprache .....	20 - 40
mit unverständlicher Sprache .....	50

### **Stottern**

leicht .....	0 - 10
mittelgradig, situationsunabhängig .....	20
schwer, auffällige Mitbewegungen .....	30 - 40
mit unverständlicher Sprache .....	50

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen einschließlich somatoformer Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Zu den Bewertungsvorgaben der AHP hat die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. u.a. ausgeführt:

„Die Einteilung und Begründung der Behinderungsgrade ist aus folgenden Gründen fachlich und sachlich falsch:

1. Die in der Kategorie „mittelgradig“ vorgenommene Unterscheidung in „auf bestimmte Situationen begrenzt“ und „nicht situationsabhängig“ ist irreführend. Stottern unterliegt typischerweise einer gewissen Variabilität und tritt stets situationsabhängig auf. Dies gilt für leichtes wie auch für schweres Stottern.“
2. „Die Zuordnung von „auffälligen Mitbewegungen“ zur der Kategorie „schwer“ ist nicht korrekt. Auffällige Mitbewegungen können auch bei leichteren Stottersymptomen auftreten und stigmatisierend sein.“
3. Der Terminus „unverständliche Sprache“ bei der Kategorie „schwer“ ist missverständlich. Beim Stottern handelt es sich nicht um eine Artikulationsstörung, bei der das Sprechen durchgängig unverständlich wird. Es kann allerdings in bestimmten Situationen so ausgeprägt auftreten, dass das Sprechen dann unverständlich und die Kommunikation sehr erschwert bzw. unmöglich wird.



Außerdem ist hinsichtlich der zusätzlich zu berücksichtigenden „außergewöhnlichen psychoreaktiven Störungen“ zu beachten, dass seelische Begleiterscheinungen nicht ursächlich für das Stottern, sondern Folge des Stotterns sind und bei allen Schweregraden des Stotterns unterschiedlich stark auftreten können.

Entscheidend für den Grad der Behinderung ist die Stärke des Stotterns bzw. der Grad der Beeinträchtigung des sprachlichen Ausdrucks in kommunikativ zu bewältigenden sozial bedeutsamen Situationen - insbesondere im Berufsleben, bei Telefongesprächen, bei gesellschaftlich wichtigen Anlässen - sowie die Beeinflussung der Lebensqualität durch das Stottern und seine Folgeprobleme.“

(Vollständiger Text mit weiteren Erläuterungen:

Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. „Anmerkungen zu der Darstellung „Stottern“ in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit, GdB/MdE-Tabelle, Nummer 26.7“ (auf der CD zu diesem Buch)).

Anmerkung:

Zu 1.: Unter dem 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Kategorie „mittelgradig“ geändert und für Stottern, mittelgradig, situationsunabhängig eine einheitliche Bewertungsvorgabe gesetzt:

„Im Absatz „Stottern“ wird der GdB/MdE-Grad in der Zeile „leicht... 0“ auf „0-10“ ergänzt.

Die folgenden 3 Zeilen sind zu streichen, stattdessen als neue Zeile einzufügen: Mittelgradig, situationsunabhängig GdB/MdE-Grad 20.“

Zu 2.: Die „auffälligen Mitbewegungen“ sind hingegen nach Auskunft des BMA Kriterien des schweren Stotterns. Die Betroffenen versuchten dadurch, den Redefluss zu beeinflussen. Der Zusatz „auffällige Mitbewegungen“ in den AHP sei daher als Erläuterung des Begriffes schweres Stottern zu verstehen. Im Umkehrschluss ergebe sich daraus, dass diese typischen Mitbewegungen bereits bei der GdB-Bewertung des schweren Stotterns berücksichtigt sind. Da diese aber in ihrer Ausprägung unterschiedlich sein könnten, sähen die AHP folgerichtig eine GdB-Spanne von 30 bis 40 vor (Auskunft des BMA vom 07.05.1999: Az. Va 5 - 96 - LSG NRW).

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Auswirkungen einer Behinderung wie z.B. „Sprachstörungen“ sich am ehesten aufgrund eines persönlichen Eindruck von dem Betroffenen in einem gerichtlichen Termin feststellen lassen (s. auch (S. 142) Anmerkung zu Teil B 2.1 VMG - Narben und Entstellung). So kann sich das Gericht - gerade bei einem Sachverständigenstreit über diese Frage - auch ohne weitere medizinische Ermittlungen vom Schweregrad der Behinderung überzeugen (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 22.12.2011 - L 7 SB 62/11 -).

## **Teil B: 8. Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen**

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfelschwarten richtet sich der GdS vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen.

Der SVB ist der Auffassung, dass bei der Beurteilung des GdB für eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion in jedem Fall zunächst von der klinischen Symptomatik (z.B. Atemnot bei den verschiedenen Belastungen des Alltags) auszugehen sei. Diese sei in den Bewertungsvorgaben auch in den Vordergrund gestellt worden. Die Ergebnisse einer Lungenfunktionsprüfung seien zwar in vielen - aber keinesfalls in allen - Fällen eine für die Beurteilung notwendige Ergänzung des klinischen Bildes. Als einziges Beurteilungskriterium - also ohne Berücksichtigung des klinischen Befundes - kämen sie aber nicht in Betracht (Beirat vom 30.10.1985: „Beurteilung der MdE bei Erkrankungen der Atmungsorgane“).

1998 hat der SVB nochmals auf die vorrangige Bedeutung des klinischen Bildes für die GdB-Bewertung von Lungenfunktionsstörungen hingewiesen und den Vorschlag abgelehnt, neben den in den AHP genannten diagnostischen Beurteilungskriterien auch für andere Werte der modernen Lungenfunktionsdiagnostik (z.B. Atemwegswiderstand, Residualvolumen, Totalvolumen) Grenzwerte zu benennen, bei denen eine geringe, mittlere oder schwere Einschränkung anzunehmen sei. Eine noch ausführlichere Benennung von Grenzwerten bei technischen Untersuchungen verleite nämlich dazu, nur noch auf solche Untersuchungen abzustellen und die klinischen Auswirkungen von Krankheiten der Atmungsorgane zu vernachlässigen. Neben diesen seien alle anderen Befunde aber nur ergänzende Hilfe für die Beurteilung (Beirat vom 18./19.03.1998: „Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung von Krankheiten der Atmungsorgane unter Beachtung der modernen Lungenfunktionsdiagnostik“).

Diskutiert wurde auch, ob bei der GdB-Beurteilung einer Lungenfunktions-einschränkung die Ergebnisse der Ergometrie nicht zu berücksichtigen seien; so sei auch dann nur auf die Ergebnisse der Spirometrie abzustellen, wenn ein gut erhaltenes Leistungsvermögen im Belastungs-EKG bestehe. Der SVB hat dazu ausgeführt, zunächst sei die Ursache dafür zu klären, dass sich ein auffälliges unterschiedliches Leistungsvermögen in der Lungenfunktionsprüfung einerseits und im Belastungs-EKG andererseits ergebe. Im Übrigen könne ein Belastungs-EKG als objektive Methode auch für die Beurteilung von Lungenfunktionsstörungen herangezogen werden. Es sei geeignet, die klinische Symptomatik, die vordergründig die Höhe des GdB bestimme, zu objektivieren. Im Ergebnis komme es jedoch stets auf die Gesamtbewertung aller vorliegenden Befunde an; eine Beurteilung allein aufgrund einer Lungenfunktionsprüfung unter Außerachtlassung anderer relevanter Befunde sei zu vermeiden.

Bei dieser Gelegenheit hat der SVB auf eine Veröffentlichung von J. A. Rösler und H. J. Weitowitz (Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 30, 269-274, 1995) hingewiesen. Dort seien die Normwerte zur Beurteilung der Lungenfunktion der EGKS (Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl) von 1971 und 1983 mit dem Ergebnis verglichen worden, dass die Anwendung der Nennwerte 1983 - im Gegensatz zu den Normwerten von 1971 - bei rund der Hälfte der Patienten mit einer rentenberechtigten Lungenfunktionseinschränkung aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit zu falsch negativen Beurteilungen führe. Die Autoren hätten deshalb empfohlen, für gutachtliche Zwecke weiterhin die EGKS-Tabellen von 1971 zu verwenden. Auch nach Erlöschen der EGKS hätten die spirometrischen Referenzwerte der EGKS weiterhin Gültigkeit (Beirat vom 18./19.11.1996 und vom 13.11.2002: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Lungenfunktionsstörungen“ und „Referenzwerte der EGKS, weiterhin gültig?“).

Entfallen ist in den VMG der allgemeine, noch in den AHP 2008 enthaltene Hinweis: „Veränderungen der Form und Dynamik des Brustkorbs und des Zwerchfells infolge von Krankheiten, Verletzungen oder Operationen sind selten für sich allein, sondern meist zusammen mit der Beeinträchtigung der inneren Brustorgane zu beurteilen.“

Ansonsten siehe (S. 579) zu den in Betracht zu ziehenden Untersuchungsmethoden die Erläuterungen in der Nr. 8 AHP - unter Lungenkrankheiten.

### **8.1 Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs**

Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs  
(Rippen, Brustbein, Schlüsselbein)

ohne Funktionsstörungen verheilt,  
je nach Ausdehnung des Defektes ..... 0 - 10

Rippendefekte mit Brustfellschwarten

ohne wesentliche Funktionsstörung ..... 0 - 10  
bei sehr ausgedehnten Defekten  
einschließlich entstellender Wirkung ..... 20

Brustfellverwachsungen und -schwarten

ohne wesentliche Funktionsstörung ..... 0 - 10

Fremdkörper im Lungengewebe oder in der Brustkorbwand

reaktionslos eingeheilt ..... 0

### **8.2 Chronische Bronchitis, Bronchiektasen**

als eigenständige Krankheiten -  
ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,  
leichte Form (symptomfreie Intervalle über  
mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) ..... 0 - 10  
schwere Form (fast kontinuierlich ausgiebiger  
Husten und Auswurf, häufige akute Schübe) ..... 20 - 30

Die chronische Bronchitis war in den AHP 1996 definiert mit: „in zwei oder mehr aufeinander folgenden Jahren je Jahr mindestens drei Monate Husten und/oder Auswurf“.

Diese Definition erfolgte in Anlehnung an die der WHO (1966): „Husten und Auswurf an den meisten Tagen während mindestens je drei Monaten in zwei aufeinander folgenden Jahren“.

Mit den AHP 2004 wurde diese Definition gestrichen. Sie sollte aber dennoch weiter Beachtung finden, da die Diagnose einer „chronischen Bronchitis“ in vielen Befundberichten verwandt wird, obwohl eben keine chronische Bronchitis im Wortsinn, d.h. eine eigenständige Erkrankung vorliegt, sondern vielmehr wiederholt „lediglich“ akute - infektiöse - Entzündungen von meist zwei bis drei Wochen Dauer aufgetreten sind.

Pneumokoniosen (z.B. Silikose, Asbestose)

ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion ..... 0 - 10

### 8.3 Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion

geringen Grades

das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normbereich .....20 - 40

mittleren Grades

das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische

Partialinsuffizienz .....50 - 70

schweren Grades

Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe; statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische

Globalinsuffizienz .....80 - 100

#### 1. AHP 2008

In den AHP 2008 war noch der weiter gültige Hinweis enthalten: „Verletzungsfolgen und Folgen lungenchirurgischer Eingriffe sind entsprechend zu bewerten.“

#### 2. Lungenresektion

Unter diese „Folgen lungenchirurgischer Eingriffe“ fällt auch die Lungenresektion; d.h. auch diese ist nach den Vorgaben der VMG / AHP zu den „Krankheiten der Atmungsorgane“ mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion“ zu bewerten (Beirat vom 04.04.1984: „Beurteilung des GdB bei Lungenresektion“).

#### 3. Lungenembolie

Eine Lungenembolie allein bedingt keinen GdB. Es kommt für die GdB-Bewertung nach einer Lungenembolie vielmehr auf die verbliebenen Funktionseinschränkungen an (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GdB nach Lungenembolie“).

Auch eine Dauermedikation sei grundsätzlich nicht zusätzlich zu bewerten. Etwas anderes könnte aber dann gelten, wenn eine Lungenembolie folgenlos ausgeheilt sei, aber noch für eine gewisse Zeit die Einnahme von Marcumar empfohlen werde. In diesem Ausnahmefall könnten die sich

aus der Therapie ergebenden Beeinträchtigungen isoliert mit einem GdB - von allenfalls 10 bis 20 - bewertet werden (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB bei Dauermedikation mit Marcumar“).

Dazu hat der Internist Dr. H. G. Gieretz, Bottrop, folgende Stellungnahme abgegeben: „Im Beschluss des Beirates vom April 1989 wird beschrieben, dass in Ausnahmefällen eine Marcumarisierungsbehandlung ohne Grundleiden einen GdB von 10 bis 20 bedingen kann. Dieser Beschluss erscheint nicht verständlich, da die alleinige Einnahme eines Medikamentes sicherlich nicht zur Bewertung des Grades der Behinderung herangezogen werden kann. Vielmehr kommt es auf die zugrundeliegende Erkrankung an, welche dann entsprechend den Anhaltspunkten hinsichtlich des Grades der Behinderung eingestuft werden muss. Hinzu kommt, dass man einem Patienten kein Marcumar verordnen würde, wenn nicht ein entsprechendes diese Therapie bedingendes Grundleiden vorläge. Somit ist der Ausdruck „Marcumarisierungsbehandlung ohne Grundleiden“ sicherlich unglücklich gewählt.“

#### **4. Alpha-1-Antitrypsinmangel**

Ein Alpha-1-Antitrypsinmangel ist eine angeborene Stoffwechselstörung, die mit einem progressiven Lungenemphysem und einer Leberschädigung verbunden ist. Es handelt sich dabei nicht um ein einheitliches Krankheitsbild. Bei bestimmten Formen kann bereits im Säuglings- und Kindesalter eine Leberzirrhose auftreten. Weitere klinische Manifestationen können an der Niere, am Blutgefäßsystem und an der Bauchspeicheldrüse auftreten.

Der SVB hat deshalb folgerichtig darauf hingewiesen, dass eine einheitliche GdB-Bewertung allein aufgrund der Diagnose Alpha-1-Antitrypsinmangel nicht möglich sei. Die Bewertung richte sich nach den Auswirkungen der tatsächlich vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen der betroffenen Organsysteme (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel“).

### **8.4 Lungentransplantation**

Nach einer Lungentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Lungentumors oder eines Bronchialtumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während dieser Zeit wenigstens .....	80
bei Einschränkung der Lungenfunktion mittleren bis schweren Grades .....	90 - 100

### • **Kleinzelliges Bronchialkarzinom**

Bei kleinzelligen Bronchialkarzinomen und für das maligne Mesotheliom sahen die AHP bis 2006 ausnahmsweise keine Heilungsbewährung im Sinne von 26.1 AHP (jetzt Teil B 1 c VMG und die Anmerkung zu Teil B 1 VMG - unter Heilungsbewährung) vor; der GdB war auf Dauer mit 100 zu bewerten.

Hierzu hatte der Beirat 2002 zunächst festgestellt, dass auch aufgrund der damaligen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse das kleinzellige Bronchialkarzinom im Regelfall weiterhin als nicht entfernbar angesehen werden müsse. Lediglich in den seltenen Fällen, in denen der Tumor unter kurativen Gesichtspunkten entfernt worden sei (z.B. Stadium „limited disease“), könne eine GdB-Beurteilung unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung erfolgen. Eine ausdrückliche Regelung in den AHP sei insoweit nicht erforderlich (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim kleinzelligen Bronchialkarzinom“).

Im November 2005 gelangte der Beirat allerdings zu der Erkenntnis, daß dies aufgrund der jetzigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr gerechtfertigt sei. Der Beirat (Beirat vom 08./09.11.2005: „Heilungsbewährung bei Pleuromesotheliom“) beschloss daher, die Anhaltspunkte zu ändern:

*Auf Seite 69 (Nr. 26.8) der Anhaltspunkte sind im 2. Absatz das Wort „nichtkleinzellig“ und die ganze Zeile 11 (kleinzelliges Bronchialkarzinom und Mesotheliom 100) zu streichen.*

Dies hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter dem 12.12.2006 umgesetzt.

### • **Lungenkarzinoid**

Bei einem Lungenkarzinoid handelt es sich um einen neuroendokrinen Tumor, der sich aus hormonbildenden Zellen meist im Magen-Darm-Trakt und in der Bauchspeicheldrüse bildet. Dies spricht dafür, ein Lungenkarzinoid der Familie der gastroenteropankreatische Tumoren zuzuordnen, zumal sich auch maligne Magentumors ebenfalls dadurch auszeichnen, dass sie langsam wachsen, weniger zu Metastasenbildung neigen und bei rechtzeitiger Entdeckung sehr gute Heilungschancen bestehen. Indes spricht der Wortlaut der VMG dagegen. Punkt 8.4 VMG erfasst nach seinem Wortlaut den malignen Lungentumor ohne Differenzierung nach der Art des Tumors. Deshalb ist die dortige GdB-Bewertung heranzuziehen. Denn nur bei Gesundheitsstörungen, die in der Tabelle nicht aufgeführt

sind, darf der GdB in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen beurteilt werden (SG Gießen, Urteil vom 31.03.2014 - S 21 SB 281/12 -).

### **8.5 Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion**

Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen .....	0 - 20
Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen .....	30 - 40
Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle .....	50

Eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätzlich zu berücksichtigen.

#### **1. Serien schwerster Anfälle**

In den AHP 1983 war für ein Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion mit Serien schwerster Anfälle ein GdB-Rahmen von 40 bis 50 vorgesehen.

1985 wurde überprüft, ob diese Werte ausreichend seien, da die Erkrankung vielfach häufige Notarztbehandlungen bzw. Noteinweisungen erforderlich mache. Der SVB sah damals keine Veranlassung zu einer Änderung der Bewertungsvorgaben. Zu berücksichtigen sei nämlich, dass diese nur anzuwenden seien, wenn zwischen den Asthmaanfällen keine Einschränkung der Lungenfunktion vorliege. Bei einem Auftreten von häufigen Serien schwerster Anfälle sei aber eine baldige Einschränkung der Lungenfunktion zu erwarten, die dann ohnehin zu einer höheren Bewertung führe. Unabhängig davon könne von den Vorgaben der AHP bei besonderen Umständen auch abgewichen werden (Beirat vom 30.10.1985: „Beurteilung der MdE bei Erkrankungen der Atmungsorgane“).

Mit den AHP 1996 wurde dann dem Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion bei Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle regelhaft ein GdB von 50 zugemessen. Weiterhin Gültigkeit hat, dass eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion zusätzlich zu berücksichtigen ist (s. auch (S. 230) die Anmerkung zu Teil B 8.6 VMG - Bronchialasthma bei Kindern).



Die Deutsche Atemwegsliga, 1999, unterscheidet die Schweregrade des Asthma differenzierter in

Grad 1: Weniger als zweimal pro Woche tagsüber, weniger als zweimal pro Monat nachts, FEV<sub>1</sub>/Peak Flow > 80 % Soll

Grad 2: Weniger als einmal pro Tag tagsüber, mehr als zweimal pro Monat nachts, FEV<sub>1</sub>/Peak Flow > 80 % Soll

Grad 3: Symptome täglich tagsüber, mehr als einmal pro Woche nachts, FEV<sub>1</sub>/Peak Flow 60-80 % Soll

Grad 4: Tagsüber ständig Symptome, nachts häufig Symptome, FEV<sub>1</sub>/Peak Flow < 60 % Soll.

## **2. Wespengift-Allergie**

Die Frage, ob überhaupt und ggf. welcher GdB angemessen ist, wenn nach einem Wespenstich eine anaphylaktische Reaktion erheblichen Ausmaßes auftritt, ist von der Rechtsprechung unterschiedlich bewertet worden:

Das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06.09.2012 - L 13 SB 359/09 - erachtet einen GdB von 20 für angemessen, wenn schwere allergische Reaktionen des dritten (also zweithöchsten) Grades nach Müller bestehen (ausgeprägte lokale Schwellung, Rötung, Atemnot und Bewusstlosigkeit) und der behinderte Mensch ein Notfallset mit Adrenalin, Cortison und Antihistaminika mit sich führen muss.

Das LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 28.02.2017 - L 3 SB 2093/16 - geht hingegen davon aus, dass kein GdB in Ansatz zu bringen ist, wenn nach einem Wespenstich eine anaphylaktische Reaktion Grad III mit Bewusstlosigkeit aufgetreten ist, es sich dabei um eine schwere, lebensbedrohliche Reaktion gehandelt hat und infolge dessen eine Wespengift-Gabe für fünf Jahre in einem vierwöchigen Rhythmus sowie das ständige Beisichführen eines Notfallsets erforderlich ist. Das Risiko, erneut gestochen zu werden und bei Nichtbeisichführen eines Notfallsets erneut lebensbedrohlich zu reagieren, führe zu keiner Funktionsbehinderung und rechtfertige nicht die Annahme einer dauerhaften GdB-relevanten Behinderung. Die Wespenstich-Allergie könne auch nicht mit einer nach den Teil B 8.5 VMG mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewertenden Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen gleichgesetzt werden, da eine schwere anaphylaktische Reaktion spätestens durch Anwendung des Notfallsets verhindert werden könne, so dass mit häufigen Anfällen oder einem weiteren schweren Anfall nicht zu rechnen sei.

## 8.6 Bronchialasthma bei Kindern

geringen Grades (Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen, keine dauernde Einschränkung der Atemfunktion, nicht mehr als sechs Wochen Bronchitis im Jahr) .....	20 - 40
mittleren Grades (Hyperreagibilität mit häufigeren und/oder schweren Anfällen, leichte bis mittelgradige ständige Einschränkung der Atemfunktion, etwa 2 bis 3 Monate kontinuierliche Bronchitis im Jahr) .....	50 - 70
schweren Grades (Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle, schwere Beeinträchtigung der Atemfunktion, mehr als 3 Monate kontinuierliche Bronchitis im Jahr) .....	80 - 100

Zu der Frage, ob bei der GdB-Bewertung eines Bronchialasthmas zusätzlich berücksichtigt werden müsse, dass eine Dauerbehandlung, insbesondere mit Glukokortikoiden, notwendig sei, hat der SVB ausgeführt: Auch hier sei - wie bei allen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertenrecht - im Wesentlichen auf die tatsächlich bestehenden Auswirkungen der Funktionsstörungen abzustellen. Wenn eine medikamentöse Dauerbehandlung dazu führe, dass sich die Atemfunktion bessere und sich die Anzahl der Asthmaanfälle verringere, so seien diese gebesserten Verhältnisse der Bewertung zugrunde zulegen. Dies ergebe sich z.B. auch daraus, dass bei anderen Gesundheitsstörungen regelhaft zu berücksichtigen sei, ob und inwieweit ein Ausgleich durch Behandlung erfolge. So sei z.B. bei Sehstörungen die korrigierte Sehschärfe und beim Diabetes mellitus die durch eine Insulinbehandlung gebesserte Situation der GdB-Bewertung heranzuziehen. Wegen der Besonderheiten bei Kindern sei aber, wenn eine Therapie mit Glukokortikoiden durchgeführt werde, der GdB nicht niedriger als mit 30 zu beurteilen; dies gelte auch bei einem geringgradigen Asthmasyndrom (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB bei kindlichem Asthma“).

Nach Teil A 5 d gg VMG ist bei einem Bronchialasthma schweren Grades Hilflosigkeit in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen. In der Sitzung des SVBs vom 25. bis 26.11.1998 (Beirat vom 25./26.11.1998: „Beurteilung des GdB bei kindlichem Asthma“) war darauf hingewiesen worden, dass nach § 7 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) Kind nur sei, wer noch nicht 14 Jahre alt ist. Missverständnisse resultieren nach Auffassung des SVBs daraus jedoch nicht; denn bei der GdB-Beurteilung des Bronchialasthmas bei Kindern - nach nunmehr Teil B 8.6 VMG - sei keine Altersgrenze genannt. Die Ausführungen von 1998 hätten sich allein auf die rechtliche Definition nach dem SGB VIII bezogen und stünden in keinem Zusammenhang mit dem Kindbegriff in Teil B 8.6 VMG (früher Nr. 26.8 AHP). Es bestehe keine Notwendigkeit, eine einheitliche Altersgrenze festzulegen (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Kindern mit Bronchialasthma“).

2006 hat der SVB dann aber ausgeführt, dass auch hier die Legaldefinition der Kindheit (14 Jahre) gelte. Der Gutachter habe aber im Einzelfall zu beachten, dass ein heranwachsender Mensch nicht immer in dieses Schema passe. Er müsse vielmehr aufgrund seiner Fachkompetenz entscheiden und begründen, ob im Einzelfall die GdB-Kriterien für Kinder oder für Erwachsene heranzuziehen seien. In diesem Sinne sei eine Ergänzung der Anhaltspunkte nicht erforderlich (Beirat vom 17./18.05.2006: „GdB-Beurteilung bei Asthma bronchiale bei Kindern“).

2007 (Beirat vom 07./08.11.2007: „Bronchialasthma im Kindesalter und Hilflosigkeit“) nahm der SVB das Thema erneut auf: Die Altersgrenze für Asthma bronchiale im Kindesalter ende formal mit Vollendung des 14. Lebensjahres. Dies führe zu Irritationen, da die Altersgrenze für „Hilflosigkeit“ in Teil A 5 d gg VMG (früher Nr. 22 Absatz 4g AHP) bei 16 Jahren liege. Der Beirat empfahl deshalb die Überschrift der GdB-Bewertungsvorgaben in „Bronchialasthma bei Kindern **und Jugendlichen**“ zu ändern. Die Empfehlung ist bisher nicht umgesetzt.

## 8.7 Schlaf-Apnoe-Syndrom

Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor)

ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung .....	0 -10
mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung .....	20
bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung .....	50

Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

### 1. Allgemein

In den AHP 1983 war das Schlaf-Apnoe-Syndrom noch nicht aufgeführt. Erst 1989 hat der SVB angeraten, eine Schlaf-Apnoe, die eine Behandlung mit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung (nCPAP) erforderlich mache, dann mit einem GdB von maximal 20 zu bewerten, wenn sie nicht mit weiteren schwerwiegenderen Gesundheitsstörungen - z.B. Hypertonus, Herzinsuffizienz - verbunden sei. Stünden allerdings solche Gesundheitsstörungen im Vordergrund, so sei der GdB dafür wegen der Apnoe um 10 höher zu beurteilen (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB bei Schlaf-Apnoe-Syndrom“).

Nach Aufnahme des Schlaf-Apnoe-Syndrom in die Nr. 26.8 AHP musste sich dem SVB mit der Frage beschäftigen, was unter „nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung“ zu verstehen sei, zumal die Gefahr gesehen wurde, dass Geräte für eine nasale Überdruckbeatmung großzügig verordnet würden, diese aber dann auch wegen fehlender Compliance in vielen Fällen gar nicht durchgeführt werde. Als Kriterien für eine „nicht durchführbare nasale Überdruckbeatmung“ wurden beispielhaft Gesichtsschädelanomalien oder ein pulmonaler Hochdruck genannt; die in der Nr. 26.8 AHP (nun Teil B 8.5 VMG) genannten Folgeerscheinungen oder Komplikationen Herzrhythmusstörungen, Hypertonie oder Cor pulmonale seien allerdings nicht gemeint (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Schlaf-Apnoe-Syndrom“). Allerdings solle noch eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin eingeholt werden. Davon wurde in der Folgezeit allerdings abgesehen. Vielmehr hat der SVB sich in seiner Sitzung vom 26.03.2003 dahingehend verständigt, dass bereits die in der Niederschrift vom 28./29.04.1999 genannten Hinweise eine sachgerechte Beurteilung ermöglichen. Dies gelte insbesondere, weil die dort genannten objektiven Hinderungsgründe einer Maskenbeatmung oft bei der GdB-Bewertung berücksichtigt werden müssten (Beirat vom 26.03.2003: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Schlaf-Apnoe-Syndrom“).

Bereits zuvor (1999) hat sich das LSG NRW mit der Auffassung befasst, einem gut behandelten Schlaf-Apnoe-Patienten mit einer kontinuierlichen nasalen Überdrucktherapie müsse ein GdB von 30 zugestanden werden, weil er ohne das Gerät sofort in der nächsten Nacht wie ein unbehandelter Schlaf-Apnoeiker zu bewerten sei mit allen Risiken, analog dem Asthmatischer ohne Therapie, dem Dialysepatienten ohne Dialysegerät und dem Diabetiker ohne Insulin. Das Gericht stellte deshalb dem BMA die Fragen:

1. ob die GdB-Bewertung eines Schlaf-Apnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung mit 20 einen Mindestwert oder Höchstwert darstellt,
2. ob nach Auffassung des SVB'es unter bestimmten Voraussetzungen eine GdB-Bewertung des Schlaf -Apnoe-Syndroms mit 30-40 gerechtfertigt sein kann, ggf. unter welchen,
3. ob dem SVB hinsichtlich der Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms neue medizinische Erkenntnisse nach dem 01.01.1997 vorliegen?

Dies beantwortete der BMA unter dem 10.01.2000 (Az. VIa 5 - 96 - LSG NRW) dahingehend, dass dem SVB keine neuen medizinischen Erkenntnisse bekannt seien, die geeignet wären, die Ausführungen in Nr. 26.8 AHP zur Beurteilung des GdB bei Schlaf-Apnoe-Syndrom in Frage zu stellen. Im Übrigen stelle der GdB von 20 für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung einen Anhaltswert dar, von dem ein Gutachter durchaus im Einzelfall begründet abweichen könne. Das Risiko eines Therapieabbruches aufgrund äußerer Umstände sei jedoch als Begründung nicht geeignet, da immer der tatsächliche, über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus dauernde Zustand des Betroffenen zu beurteilen sei (Auskunft des BMA vom 10.01.2000: „Anfrage des LSG NRW zur Bewertung des Schlaf-Apnoe-Syndroms“).

Entfallen ist mit den VMG der Hinweis in den AHP 2008, dass sowohl ein obstruktives als auch ein gemischtförmiges Schlaf-Apnoe-Syndrom erfasst wird.

## 2. Einzelfälle

Ein GdB von 20, wie er in Teil B 8.7 VMG (früher Nr. 26.8 AHP) für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom „mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen **Überdruckbeatmung**“ vorgesehen ist, kommt - so BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 6/06 R -, nur in Betracht, wenn eine derartige Überdruckbeatmung auch tatsächlich durchgeführt wird. Das zeige schon die Zuordnung eines höheren GdB „bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung“. Ob allerdings der Zustand einer Person, bei der das Schlaf-Apnoe-Syndrom noch nicht (sicher) festgestellt worden ist und daher auch nicht entsprechend behandelt wird, demjenigen bei notwendiger, aber nicht

durchführbarer Überdruckbeatmung entspreche, sei ggf. durch einen medizinischen Sachverständigen zu klären. Das Urteil scheint nicht hinsichtlich des Punktes, dass ein GdB von 20 nur in Betracht komme, wenn eine Überdruckbeatmung auch tatsächlich durchgeführt wird, zumindest nicht konsequent formuliert. Bereits aus dem Wortlaut von Teil B 8.7 VMG „mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überdruckbeatmung“ ergibt sich, dass es allein auf die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung ankommt. Ob der behinderte Mensch diese Behandlung z.B. nicht durchführen will, ist danach indes für den GdB unerheblich (sonst müsste es schlicht z.B. heißen „mit notwendiger kontinuierlicher Überdruckbeatmung“). Bewertet wird also nicht die Behandlung, bewertet wird in den VMG die Schlafapnoe als Erkrankung einerseits mit den Auswirkungen im täglichen Leben (z.B. Tagesmüdigkeit) und andererseits mit ihren Auswirkungen auf die Organfunktionen (z.B. Herz, Nieren). Belegt wird dies schließlich auch dadurch, dass die VMG vorgeben, dass Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) zusätzlich zu berücksichtigen sind. Dass hier die Folgeerscheinungen bzw. die genannten Komplikationen Folge der nach Auffassung des BSG allein zu bewertenden Behandlung sind, wird schwerlich nachzuvollziehen sein.

Ein Schlaf-Apnoe-Syndrom wird in der Regel durch Untersuchung im Schlaflabor gesichert. Teil B 8.7 VMG schließt jedoch nicht grundsätzlich aus, beruhend auf der Beurteilung sachkundiger Ärzte eine solche Diagnose auch für einen Zeitraum unmittelbar vor der Untersuchung im Schlaflabor anzunehmen (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 6/06 R -).

Bei der Frage, ob eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar ist (GdB 50), ist die u.U. mit (in der Regel unliebsamen) erheblichen Aufwand zu klärende **Therapieverträglichkeit** entscheidend. Auf der Hand liegt, dass es bei der Beurteilung der Therapieverträglichkeit nicht darauf ankommt, ob der Betroffene aus seiner Sicht meint, die Maske nicht tragen zu können, oder gar glaubt, dass eine CPAP-Behandlung keinen Sinn mache (Bayerisches LSG, Urteil vom 12.10.2010 - L 15 SB 64/09 -). Ausschlaggebend ist die objektive Therapierbarkeit. Psychische Abnormitäten, wie Zwangs- oder Angstneurosen, können ggf. auch Berücksichtigung finden. Hier wird aber, indes hochgradig realitätsfremd, gefordert, dass sich der Betroffene wegen der behaupteten psychischen Probleme beim Tragen der Atemmaske in psychiatrische Behandlung zu begeben hat (so zumindest LSG NRW, Urteil vom 13.07.2004 - L 6 SB 93/02 -). Dem Urteil ist außer einer hier fehlenden Begründung im Übrigen auch nicht zu entnehmen, ob und inwieweit versucht wurde, den Grund für den Abbruch der Beatmungstherapie jeweils nach einer Nutzungszeit von 2 bis 4 Stunden

aufzuklären. Hier wäre u.a. der Verlauf des Beatmungsdruck von Interesse, es drängt sich nämlich der Gedanke auf, dass der Betroffene die Maskennutzung nach Schlafeintritt abgebrochen hat, weil der von dem Beatmungsgerät kontinuierlich erzeugte Überdruck, der ggf. sogar nach gewisser Nutzungszeit typischerweise angestiegen sein dürfte, unbewusst als unüberwindbar empfunden wurde. Jedenfalls sind die Möglichkeiten, die unter den Begriff Therapieunverträglichkeit fallen, vielfältig:

Nahezu einhellig ist in der medizinischen Wissenschaft die Ausgangslage: „Für eine wirkungsvolle Behandlung mit der CPAP-Therapie muss die CPAP-Maske mindestens vier Stunden pro Nacht ein Leben lang getragen werden. Doch obwohl die CPAP-Beatmung kontinuierlich weiterentwickelt wird, gibt es noch immer Probleme und Nebenwirkungen bei der Nutzung der Atemmasken. Studien belegen, dass durchschnittlich mehr als die Hälfte der Patienten die CPAP-Beatmung weniger als vier Stunden pro Nacht tragen.“ (Quelle: <https://www.inspiresleep.de/schlafapnoemaske-nebenwirkungen>), m.a.W. eine Therapieunverträglichkeit besteht zu etwa 50% der Fälle, bei denen eine kontinuierliche Überdruckbeatmung notwendig ist.

Die Ursachen für eine Maskenunverträglichkeit sind - ebenfalls nahezu einhellig -:

- Nächtliche Panikattacken aus Angst vor dem Ersticken, da das Ausatmen durch die Maske sehr beschwerlich ist
- Druckstellen durch das Tragen der Maske
- Kontaktallergien aufgrund von Materialunverträglichkeiten
- Schwellungen und Entzündungen der Augen, weil die Maske undicht sein kann (austretende Beatmungsluft bläst permanent in die Augen)
- Starke Blähungen durch Luft im Magen, verursacht durch Beatmungsüberdruck Brust- oder Lungenschmerzen, da man kontinuierlich gegen einen Druck ausatmen muss
- Langzeitschäden (Bronchiektasen) der Lunge sowie Lungenentzündungen durch Mikroaspirationen infolge der Maskenbeatmung
- Häufiger auftretende Erkältungskrankheiten bei Nutzung der Atemmaske
- Trockene Mund- und Nasenschleimhäute durch die künstliche Beatmung
- Übermäßiger nächtlicher Harndrang
- Laute Geräusche durch die technische Beatmungshilfe, vor allem wenn diese verrutscht
- Einschränkung des Zusammenlebens mit Partner/in wegen des Atemgerätes Bewegungsbeeinträchtigung während des Schlafes.

Quelle (für viele andere): <https://www.schlafapnoe.com/de/behandlungen/cpap-maske>

Auch hier gilt im Ergebnis: Der Betroffene darf sich nicht z.B. durch eine Ermittlungsunwilligkeit der unter erheblichen Kostenverursachungsdruck stehenden Behörden und Gerichte „unter Druck“ setzen lassen! Eigene Aufzeichnungen (Tagebuch über Abbruchgründe, aber auch körperliche Beschwerden pp) in Kombination mit dem Anerkennen von Zeugenbeweis (insbesondere zu den aufgezeichneten Beschwerden) dürften grundsätzlich in rechtlich zulässiger Weise nicht übergangen werden! Im Übrigen haben die meisten der CPAP-Beatmungsgeräte eine Protokollfunktion, deren Auswertung durch einen Sachverständigen weiteren Aufschluss geben kann.

Der Auskunft des BMA vom 10. Januar 2000 (s.o.) weitgehend folgend hat das LSG NRW mit Urteil vom 30.04.2002 - L 6 SB 95/01 - zu Recht entschieden, dass für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung ein GdB von 50 nicht in Betracht kommt, wenn der Betroffene, dem eine Nutzung der Atemmaske grundsätzlich möglich ist, die Atemmaske wegen rezidivierender entzündlicher Veränderungen der Schleimhäute indes nicht immer nutzen kann und längere Pausen in der Nutzung einlegen muss. Entscheidend für die Bewertung des GdB ist nämlich grundsätzlich immer der tatsächliche über einen Zeitraum von 6 Monaten hinausdauernde Zustand des Betroffenen. Der dennoch bestehenden zusätzlichen Beeinträchtigung ist dadurch hinreichend Rechnung zu tragen, dass der GdB von 20 für das Schlaf-Apnoe-Syndrom wegen der Veränderungen im Bereich von Nase und Rachen auf 30 erhöht wird.

Dementsprechend hat auch das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2016 - L 13 SB 198/14 -, eine Maskenunverträglichkeit berücksichtigt, ohne allerdings auf die Ursache der Unverträglichkeit weiter abzustellen. Danach ist für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom ein Einzel-GdB von 30 anzusetzen, wenn der Betroffene einer kontinuierlichen nasalen nächtlichen Überdruckbehandlung mit Maske bedarf, die er aber schlecht toleriert, so dass die Behandlung nachts nicht ausreichend lang durchgeführt werden kann.

Je nach Folgeerscheinungen bzw. besonderen Erschwernissen kann also im Einzelfall auch ein GdB von 30 oder 40 angemessen sein. Es empfiehlt sich in diesem Fall Schlaf-Apnoe-Syndrom und Folgeerscheinungen in einer Leidenbezeichnung zusammenzufassen, um diesen so auch als Bescheidbegründung Ausdruck zu geben (Beispiel: Schlaf-Apnoe-Syndrom, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen = GdB 40).



### **3. Restless-Legs-Syndrom**

Bei der Beurteilung des GdB für ein **Restless-Legs-Syndrom** bietet sich - so der Sachverständigenbeirat - eine analoge Bewertung mit anderen Hypersomnien wie dem Schlaf-Apnoe-Syndrom an. Auch hier bestünden die Auswirkungen insbesondere in Schlafstörungen, erhöhter Tagesmüdigkeit und psychischen Folgeerscheinungen wie Gereiztheit, Abgeschlagenheit und sogar depressiven Verstimmungen. Ebenso wie bei dem Schlaf-Apnoe-Syndrom sei eine Abklärung im Schlaflabor erforderlich (Beirat vom 24. bis 25. April 2002: „Gutachtliche Beurteilung bei Restless-Legs-Syndrom“).

Anderer Auffassung ist hingegen das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2015 - L 13 SB 52/11 -. Das Restless-Legs-Syndrom sei als Hirnschaden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen nach Teil B 3.1.2 VMG zu qualifizieren. Diese Auffassung besteht, weil sei eine differenziertere Bewertung ermöglicht. Die Auswirkungen der Hirnschäden unterscheiden zwischen eher leichten, eher mittelgradigen und eher schweren oder sehr schweren Störungen, während die Bewertungsvorgaben für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom eher dürftig sind. Nachzuvollziehen ist die gerichtliche Entscheidung - ggf. auch wegen der Kürze der Begründung - allerdings nur schwer. Als Begründung angegebene stark gestörte Bewegungsabläufe sind nur schwerlich mit einem Restless-Legs-Syndrom in Übereinklang zu bringen; der Einsatz „sehr starker Medikamente, wie sie etwa im Bereich der Behandlung von Parkinson-Syndromen zum Einsatz kommen“ ist auch kein durchschlagendes Bewertungskriterium.

In seiner weiteren Entscheidung hat das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.12.2018 - L 13 SB 303/16 -, dann ausgeführt, dass vorliegend das bei der Klägerin bestehende Restless-Legs-Syndrom zu mittelschweren Leistungsbeeinträchtigungen führe, da es am Tag die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit beeinträchtige, weil die Erkrankung infolge einer überwiegend episodisch auftretenden Schmerzbelastung im Bereich der Beine und unwillkürlicher Beinbewegungen zu einer erheblichen Störung des Nachtschlafs und damit konsekutiv zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens am Folgetag führe.

## 8.8 Tuberkulose

### Tuberkulöse Pleuritis

Der GdS richtet sich nach den Folgeerscheinungen.

### Lungentuberkulose

ansteckungsfähig (mehr als 6 Monate andauernd) .....100

nicht ansteckungsfähig

ohne Einschränkung der Lungenfunktion .....0

sonst je nach Einschränkung der Lungenfunktion.

Bereits in den AHP 1983 wurde das Abwarten einer Heilungsbewährung (s. dazu Anmerkung zu Teil B 1 VMG (S. 129)) einer Tuberkulose nicht mehr aufgeführt. Hintergrund dafür war, dass ein Abwarten einer Heilungsbewährung aufgrund der guten Behandlungsmöglichkeiten einer Tuberkulose nicht mehr regelhaft, sondern nur ausnahmsweise als erforderlich angesehen worden war.

Dennoch - so der SVB - könne in besonderen Situationen, wie z.B. bei einer Reaktivierung einer alten Lungentuberkulose, das Abwarten einer Heilungsbewährung gerechtfertigt sein (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei Lungentuberkulose“).

Entfallen ist mit den VMG der in den AHP 2008 enthaltene Hinweis „Extrapulmonale Tuberkuloseformen sind analog zu bewerten“.

## **8.9 Sarkoidose**

Der GdS richtet sich nach der Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und nach den Auswirkungen an den verschiedenen Organen.

Bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ist ohne Funktionseinschränkung von betroffenen Organen ein GdS von 30 anzunehmen.

In den AHP 1983 waren die Vorgaben für die Beurteilung des GdB für eine Sarkoidose dezidiert in einzelnen Stufen mit einem GdB von 0 bis 100 aufgeführt. Wohl vor dem Hintergrund, dass sich zwischenzeitlich die Auffassung durchgesetzt hat, bei der Sarkoidose handele es sich eher um eine systemische Allgemeinerkrankung, wurde ab den AHP 1996 nicht weiter auf die Stadieneinteilung (nach Wurm) abgestellt. Beurteilungskriterien sind nunmehr die Auswirkungen der Krankheit auf den Allgemeinzustand, wobei eine Einschränkung der Lungenfunktion weiterhin im Vordergrund steht (Beirat vom 26.10.1988 - zur Fassung in den AHP 1983 -: „Beurteilung des GdB bei Sarkoidose“).

In den VMG sind die in den AHP 2008 enthaltenen allgemeinen Hinweise entfallen:

- dass mit den Auswirkungen an den verschiedenen Organen vor allem thorakale Lymphknoten und Lunge, aber Auswirkungen auch an weiteren Organen wie z.B. Leber, Milz, Herz, Augen, ZNS, Haut gemeint sind,
- dass Funktionseinschränkungen betroffener Organe zusätzlich zu berücksichtigen sind,
- dass es bei Defektzuständen allein auf die funktionellen Ausfallserscheinungen ankommt.

## Teil B: 9. Herz und Kreislauf

Für die Bemessung des GdS ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die LeistungseinbuÙe. Bei der Beurteilung des GdS ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die LeistungseinbuÙe.

### 9.1 Krankheiten des Herzens

#### 9.1.1 Einschränkung der Herzleistung:

1. keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung;  
bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln, Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen ..... 0 - 10
2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten);  
bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht ..... 20 - 40
3. Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten);  
bei Kindern und Säuglingen deutliche Trinkschwierigkeiten, deutliches Schwitzen, deutliche Tachy- und Dyspnoe, deutliche Zyanose, rezidivierende pulmonale Infekte, kardial bedingte Gedeihstörungen, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 0,75 Watt/kg Körpergewicht ..... 50 - 70  
mit gelegentlich auftretenden,  
vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen .....80

4. Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z.B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie); bei Kindern und Säuglingen auch hypoxämische Anfälle, deutliche Stauungsorgane, kardiale Dystrophie .....90 - 100

(Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.)

Liegen weitere objektive Parameter zur Leistungsbeurteilung vor, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Notwendige körperliche Leistungsbeschränkungen (z.B. bei höhergradiger Aortenklappenstenose, hypertrophischer obstruktiver Kardiomyopathie) sind wie Leistungsbeeinträchtigungen zu bewerten.

### **9.1.2 Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen**

ist der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei Herzklappenprothesen ist der GdS nicht niedriger als 30 zu bewerten; dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien ein.

### **9.1.3 Nach einem Herzinfarkt**

ist der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

### **9.1.4 Nach Herztransplantation**

ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

#### ***1. Beurteilungskriterien***

Der SVB hat wiederholt darauf hingewiesen, dass bei der Beurteilung des GdB für Herzschäden - wie in Teil B 9 VMG auch vorangestellt - stets vom klinischen Bild und den genannten funktionellen Einschränkungen im Alltag auszugehen ist. Bei den - nachfolgend z.B. in Teil 9.1.1 VMG - genannten Ergometerdaten handele es sich hingegen lediglich um Richtwerte, an Hand derer das klinische Bild ergänzt werde (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei Herzschäden - Feststellung der Leistungsbeeinträchtigung durch Ergometerbelastung“; Beirat vom 10.04.1991: „Leistungsbeeinträchtigung bei Herzschäden“; Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Herzkrankheiten“). Bei den Herz- oder Kreislaufkrankheiten ist dementsprechend auch weniger die Art der Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgebend als die Leistungseinbuße. Ebenso ist für die GdB-Bewertung eines Herzschadens die echokardiographisch gemessene Herzgröße zweitrangig (Bayerisches LSG, Urteil vom 18.01.2005 - L 15 SB 42/02 -).

Soweit die AHP 1983 noch eine Ergometerbelastung von wenigstens 3 Minuten Dauer forderten, war der SVB bereits 1991 der Auffassung, dass - entsprechend der zunehmenden Handhabung in der Praxis - auch eine Belastung von wenigstens 2 Minuten ausreiche, da ohnehin stets das klinische Bild im Vordergrund stehe (Beirat vom 10.04.1991: „Leistungsbeeinträchtigung bei Herzschäden“). In den AHP 1996 wurde dann auch eine Ergometerbelastung von „wenigstens 2 Minuten“ aufgenommen.

Auch sonstige apparativ erhobene Befunde bzw. Ergebnisse invasiver Verfahren zur kardiopulmonalen Leistungsbeurteilung wie z.B. Pulmonalarteriendruck oder Ejektionsfraktion sind - so der SVB - stets nur im Zusammenwirken mit den klinischen Befunden zu bewerten; entscheidend bleibe der klinische Gesamteindruck (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Herzkrankheiten“). So kann z.B. auch bei einer Belastbarkeit mit 125 Watt ein GdB von 20 bis 40 in Betracht kommen (LSG Berlin, Urteil vom 09.05.2000 - L 13 SB 15/98 -).

Unabhängig von seinen Ausführungen zur Vorrangigkeit des klinischen Bildes war der SVB allerdings auch der Auffassung, dass bei einem pathologischen Befund bei einer Ergometerbelastung - auch bei einer Belastung mit 120 Watt - auf jeden Fall ein höherer GdB als 10 anzunehmen sei (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei Herzschäden - Feststellung der Leistungsbeeinträchtigung durch Ergometerbelastung“). Diese Aussage wurde zwar zu den AHP 1983 getroffen, die AHP ab 1996 bzw. die VMG sind aber in ihren Vorgaben insoweit deckungsgleich, so dass diese Aussage des SVBs weiterhin berücksichtigt werden kann.

Zu der Auffassung, dass Herzranke bei gleichem Leistungsvermögen dann mit einem geringeren GdB bewertet würden als behinderte Menschen mit Einschränkung der Lungenfunktion, wenn der Beurteilung die Messergebnisse der Ergometrie bei maximaler Belastung zugrunde gelegt würden, hat der SVB nochmals darauf hingewiesen, dass eine gerätetechnische Messung des kardialen oder pulmonalen Leistungsvermögens allein für die GdB-Beurteilung ungeeignet sei. Vielmehr komme es für die Beurteilung des Leistungsvermögens auf die klinischen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen in ihrer Gesamtheit an, wobei die erhobenen Befunde miteinander kompatibel sein müssten (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten unter Beachtung pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung“). Deshalb seien auch auf geschlechtsspezifischen Unterschieden beruhende unterschiedliche Normwerte nicht weiter zu erarbeiten; Ergometerdaten und andere Parameter seien lediglich Hilfen, die das klinische Bild ergänzten (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frauen und Männern“). Aus gleichem Grund sei es auch nicht erforderlich,

in die GdB-Tabelle einen Hinweis aufzunehmen, dass bei den dort genannten Ergometerbelastungsdaten das Körpergewicht bei der Auswertung zusätzlich zu berücksichtigen sei. Die bekannten Tabellen zur Bewertung der Ergometerbelastungsuntersuchungen würden nämlich das Körpergewicht überwiegend auch nicht berücksichtigen (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei Herzschäden - Feststellung der Leistungsbeeinträchtigung durch Ergometerbelastung“).

Dies ist allerdings nicht unumstritten. So führt z.B. Dr. Laros aus:

„Der Beirat irrt. Bei der Beurteilung der Ergometrie spielen eine entscheidende Rolle die Größe, das Körpergewicht, hieraus errechenbar die Körperfläche und das Geschlecht. Wir benutzen seit vielen Jahren das Nomogramm der Österr. Gesellschaft für Kardiologie. Aus ihm ist zweifelsfrei zu ersehen, dass die Frauen bei der Beurteilung ihrer ergometrischen Leistungsfähigkeit (hier Fahrradergometrie im Sitzen) erheblich benachteiligt werden, da bei ihnen die gleichen Leistungsstufen zugrunde gelegt werden wie bei den Männern. Es geht aus dem angeführten Nomogramm hervor, dass die Frau im Allgemeinen um etwa 30% geringer cardio-pulmonal leistungsfähig ist als der Mann. Dies bedeutet, dass beispielsweise unter Ziffer 2 die Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung beim Mann vertretbar ist, bei der Frau aber mittelschwere körperliche Belastung in der Leistungsstufe von etwas über 50 Watt definiert werden muss. Es ist m.E. erforderlich diese gravierende Beurteilungsungleichheit zu beseitigen.

„Gerätetechnische Messungen“ zur Beurteilung der cardialen und/oder pulmonalen Leistungsfähigkeit sind insbesondere für die Beurteilung geringer cardiopulmonaler Leistungseinschränkungen unerlässlich. Bei den „niedrigeren“ Behinderungen, die einen GdB von 20 bis 40 bewirken, ist es unmöglich, allein aus den klinischen Erscheinungen und den Angaben des Klägers auf einen bestimmten Grad der Leistungseinschränkung zu schließen, sind doch oft die Angaben des Klägers über „Luftnot“ und/oder „Herzenge“ nicht spezifischen Ursprungs. Auf das Ergebnis einer prospektiven Studie mit über 400 Herzinfarktpatienten in den USA ist zu verweisen. Danach fehlt bei jedem 3. Herzinfarktpatienten, d.h. Pat. mit einer nachgewiesenen stenosierenden Herzerkrankung, das Leitsymptom des typischen Brustschmerzes. Dies relativiert in hohem Maße die Erkennung von Belastungsstenocardien insbesondere im Ablauf des täglichen Lebens. Gleichwohl ist eine überaus sorgfältige Erhebung von Vorgeschichte und klinischem Befund die Basis für das medizinisch technische Procedere.“

Dem ist die Rechtsprechung jedoch entgegengetreten. Das LSG NRW, Urteil vom 31.08.2006 - L 7 SB 61/04 -, hat dazu ausgeführt, dass für die GdB-Bewertung von Herzkrankheiten bei Erwachsenen bei der Messung der Ausprägung der Herzschwäche Kriterien wie die Leistungsfähigkeit in Watt oder die Sauerstoffaufnahme nicht auf das Körpergewicht zu beziehen

sind; dies stehe nicht im Einklang mit AHP. Lediglich bei Kindern und Säuglingen sei auch das Körpergewicht bei der Ergometerbelastung zu berücksichtigen.

Festzustellen bleibt: Bedeutsam ist nicht so sehr das Erreichen oder Nicht-Erreichen einer bestimmten Belastungsstufe, sondern die Frage, ob bei Belastung eine pathologische Reaktion auftritt. Dies können sowohl ein objektiver Befund (Kammerendteilveränderungen / Herzrhythmusstörungen) als auch subjektive Beschwerden (z.B. Luftnot, Angina-pectoris-Beschwerden) sein. Es kann einem Untersuchten nicht zum Nachteil gereichen, wenn er - unter Aufbietung aller Kräfte und Inkaufnahme körperlicher Beschwerden - eine relativ hohe Leistungsstufe erreicht. Andererseits können für den Untersuchten keine Vorteile entstehen, wenn er unnötig früh, d.h. auf einer relativ niedrigen Belastungsstufe, die Tretkurbelarbeit einstellt. Als objektives Maß, ob eine hinreichende Anstrengungsreaktion vorliegt, kommt z.B. ein angemessener Herzfrequenzanstieg in Betracht (Ausbelastungsfrequenz), wobei Begleitmedikationen (z.B. Beta-blocker) berücksichtigt werden müssen.

Bei Kindern sind die in den AHP zur Einstufung des GdB genannten Ergebnisse von Belastungs-EKGs unter Berücksichtigung der Leistungsbreite gesunder Kinder heranzuziehen (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 05.10.1995 - L 4 Vs 6/95 -).

## **2. Marcumar**

Muss wegen des Grundleidens das Medikament Marcumar eingenommen werden, so bedingt dieser Umstand für sich keinen GdB (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 05.10.1995 - L 4 Vs 6/95 -). Auch eine infolge Marcumarbehandlung nach Herzoperation eintretende Blutgerinnungsstörung ist keine eigenständige Behinderung und daher nicht mit einem GdB zu bewerten, weil nur die Herzerkrankung als Behinderung - unter Berücksichtigung der erfolgten Behandlungs- und Korrekturmöglichkeiten - festzustellen ist (Bayerisches LSG - L 15 Vs 32/91 -, s. aber die Anmerkung (S. 225) zu Teil B 8.3 VMG unter Lungenembolie.

## **3. Aortenklappenersatz**

Unterschiede zwischen einem künstlichen Herzklappenersatz und einer Klappe aus einem Schweineherzen rechtfertigen keinen höheren GdB als 30. Eine als störend empfundene Geräuschentwicklung der Prothese hat auf den GdB keinen Einfluss, wenn sie keine nennenswerten psychische Begleiterscheinungen hervorruft (LSG NRW, Urteil vom 19.02.2002 - L 6 SB 133/01 -). Ein GdB von wenigstens 30 - so auch der SVB - ist auch nach Herzklappenersatz mit Klappen aus biologischem Material, bei denen in



der Regel keine Blutverdünnung durchgeführt wird, angemessen. Die allgemeine Leistungsbeeinträchtigung bei Herzklappenersatz rechtfertigt immer einen GdB von mindestens 30; eine eventuelle Blutverdünnung sei damit mit berücksichtigt. Bei besonderer Leistungseinbuße nach Herzklappenersatz komme allerdings ein höherer GdB in Betracht (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Herzklappenersatz mit und ohne Antikoagulantien-Therapie“). Eine Aortenklappenrekonstruktion durch körpereigenes Gewebe (z.B. bei der „Ross-Operation“) führt nach Auffassung des SVBs zu einer annähernd physiologischen Funktion; es bestünden allerdings noch nicht genügend Langzeiterfahrungen, um die AHP entsprechend anzupassen (Beirat vom 14./15.03.2007: „GdB bei Herzklappenersatz“).

#### **4. Bypass-Operation**

1989 hat der SVB ausgeführt, dass der GdB nach Bypass-Operation nach den Auswirkungen der verbliebenen Funktionsstörungen zu beurteilen ist. Bei ausgedehnten Bypass-Operationen sei der GdB in Analogie zu den koronarchirurgischen Eingriffen unter Berücksichtigung der begleitenden Therapie allerdings in der Regel nicht niedriger als mit 30 zu bewerten. Ebenso wie bei Herzoperationen komme eine Heilungsbewährung nicht in Betracht. Spätestens nach einem halben Jahr könne nämlich das Ausmaß der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen beurteilt werden (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB nach Bypassoperation“).

#### **5. Koronardilatation**

Die Koronardilatation sei zwar weniger belastend und auch weniger eingreifend als ein koronarchirurgischer Eingriff, soll aber nach „derzeitigem“ Kenntnisstand insbesondere wegen der Häufigkeit von Restenosen ebenso wie dieser beurteilt werden (Beirat vom 27.04.1988: „GdB-Beurteilung nach koronarchirurgischen Eingriffen“ zu AHP 1983). 1986 wurde die Ballondilatation in den AHP ausdrücklich als Beispiel für operative und andere therapeutische Eingriffe am Herzen aufgenommen. In Teil B 9.1.2 VMG wird sie wie früher allerdings nicht mehr aufgeführt, dies aber lediglich vor dem Hintergrund, dass die VMG keinen „Lehrbuchcharakter“ haben sollen. Ein GdB kommt also weiterhin in Betracht, er ist von dem Ausmaß der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

#### **6. Stentimplantation**

Nach Implantation eines Stents bei stenosierender Koronararteriosklerose ist der GdB wie bei operativen oder anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig

(Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Herzschäden nach Stentimplantation,,). Analog sind Fälle einer ektatischen-Arteriopathie nach einer „minimalinvasiven“ Therapie durch Implantation von Stents zu beurteilen (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Arteriopathien nach Stentimplantation“).

### **7. Mitralklappenprolaps**

Für die GdB-Bewertung ist die Diagnose „Mitralklappenprolaps,, nicht maßgebend; sie bedingt für sich allein keinen GdB. Es kommt vielmehr auf die durch den Mitralklappenprolaps bedingten funktionellen Auswirkungen an (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Mitralklappenprolaps“).

### **8. Herzwandaneurysma**

Auch bei kleineren Herzwandaneurysmen ist der GdB nach Auffassung des SVBs nach der verbliebenen Leistungsbreite zu beurteilen. Bei größeren Aneurysmen solle der GdB im Hinblick auf die zusätzlich bestehende Gefährdung allerdings analog zu den in der Nr. 26.9 AHP - nunmehr Teil B 9.2.2 VMG - aufgeführten Beurteilungshinweisen bei Aneurysmen nicht niedriger als mit 50 bewertet werden (Beirat vom 4.04.1984: „Beurteilung der MdE bei Herzwandaneurysma,,).

### **9. Linksherzunterstützungssystem**

Chronisch Herzkrankte, die zur Überbrückung der bis zu zwei Jahren dauernden Zeit bis zu einer geplanten Herztransplantation mit einem Linksherzunterstützungssystem versorgt werden, müssten - so der SVB - immer einen zum Kunstherz gehörenden Controller und Akkus mit sich führen. Zudem seien sie wegen des hohen Infektionsrisikos sowie der Gefahr von Blutungen und Embolien auf eine Behandlung mit Antikoagulantien und auf medizinische Betreuung angewiesen.

Auch wenn nach Implantation des Linksherzunterstützungssystems eine zufriedenstellende Ventrikelfunktion bestehe, sei der GdB nicht niedriger als 80, meist sogar mit 100 zu bewerten. Wegen der eingeschränkten Herzleistung seien hier immer die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ und wegen der erheblichen Infektionsgefahr auch des Nachteilsausgleichs „RF“ erfüllt. Hinsichtlich der Nachteilsausgleiche „aG“ und „H“ sei jedoch eine Einzelfallprüfung erforderlich (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Implantation eines Linksherzunterstützungssystems“).

## 10. Herztransplantation

Seit 1987 hat sich der SVB wiederholt mit der Frage des GdB nach Herztransplantation beschäftigt. 1987 hatte der SVB noch vorgeschlagen, nach Herztransplantationen und Ablauf der Heilungsbewährung den GdB nicht niedriger als mit 80 zu bewerten. Die angenommene Zeit der Heilungsbewährung von zwei Jahren beruhte dabei im Wesentlichen auf Erfahrungen mit Nierentransplantationen (Beirat vom 04.11.1987: „MdE/GdB-Beurteilung nach Herztransplantation“). Auch für den Fall besonders günstiger Ergebnisse einer Herztransplantation hat der SVB davon abgeraten, den GdB nach Ablauf der Heilungsbewährung vorschnell herabzusetzen. Nach den (damals - 1989 -) noch ungesicherten Erkenntnissen sei die Situation nach Herztransplantation im Vergleich zur Nierentransplantation weiterhin als ungünstiger anzusehen (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB nach Herztransplantation - TOP 1.2.2 vom 4.11.1987“).

Der dann mit den AHP 1996 vorgegebene GdB von mindestens 70 nach Ablauf der Heilungsbewährung berücksichtigt den medizinischen Fortschritt bei Herztransplantationen. Wurde nach früheren Maßstäben ein höherer GdB gewährt, so konnte dieser ab Erscheinen der AHP 1996 nach § 48 SGB X (s. auch die Anmerkung (S. 102) zu § 48 SGB X) gemindert werden. Der in den AHP / VMG genannte GdB für den Zustand nach Herztransplantation beruht - so der SVB - auf dem Regelfall. Wenn nach erfolgreich durchgeführter Herztransplantation eine sehr gute Leistungsfähigkeit, so z.B. Fahrradtouren von 40 km, bescheinigt würde, sei dies kein Regelfall (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Herztransplantation“).

Es - so der SVB - gibt keine generelle Begründung dafür, nach einer Organtransplantation bei **Kindern** den GdB anders als bei Erwachsenen zu bewerten; auch hier sei von einer Zeit der Heilungsbewährung von zwei Jahren auszugehen (Beirat vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Organtransplantationen - Frage der Dauer der Heilungsbewährung“). Wenn aber zwar rein zeitlich eine Heilungsbewährung eingetreten ist, kann der nun neu zu bestimmende GdB dennoch im Hinblick auf das Alter des behinderten Kindes höher bewertet werden. Gerade die Immunsuppression stellt für einen sich noch entwickelnden Organismus eine zusätzliche Belastung (SG Detmold, Urteil vom 25.03.2014 - S 2 SB 565/12 -).

Aus dem GdB für den Zustand nach Herztransplantation kann - so der SVB - nicht darauf geschlossen werden, dass bei dem Betroffenen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „aG“ erfüllt seien. Der auf der besonderen Situation der Herztransplantierten beruhende GdB nach Ablauf der Heilungsbewährung gebe

nicht das Ausmaß der tatsächlichen Einschränkung der Herzleistung wieder (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Herztransplantierten nach Ablauf der Heilungsbewährung“). Diese noch zu den AHP 1983 gemachten Ausführungen gelten umso mehr, als in den AHP ab 1996 ebenso wie in den VMG für die Zeit nach Ablauf der Heilungsbewährung ein GdB von „nicht niedriger als 70“ vorgegeben wird, also zumindest nach dem Wortlaut kein Herzschaden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder mit Ruheinsuffizienz (siehe Teil B 9.1.1 VMG (S. 240)) vorliegen muss, der an sich erst den Nachteilsausgleich „aG“ rechtfertigt (s. Teil D 3 c VMG (S. 497)).

### **11. Heilungsbewährung nach Herzinfarkt**

Der Begriff Heilungsbewährung nach Herzinfarkt findet sich in dieser Kombination in den AHP ab 1996 nicht mehr; nunmehr ist der GdB nach einem Herzinfarkt von Anfang an ausschließlich von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Davor (AHP 1983) war der GdB nach einem Herzinfarkt unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung für die Dauer eines Jahres höher (in der Regel mit einem GdB von 50) zu beurteilen und entsprach damit nicht den tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen des Herzens. Grundlage dafür war die Annahme, dass nach dem Infarktereignis die psychische Situation und die Herzmuskelfunktion noch nicht stabilisiert seien und deshalb die Belastbarkeit des Betroffenen abzuwarten sei. Eine wesentliche Änderung durch Wiedererlangen der Belastbarkeit wurde nach einem erstmaligen Infarktereignis in der Regel nach einem Zeitraum von einem Jahr angenommen; der GdB wurde dann erst nach Ablauf der Heilungsbewährung nach dem Ausmaß der vorhandenen tatsächlichen Leistungsbeeinträchtigung bemessen (Beirat vom 04.11.1987: „Wesentliche Änderung durch Heilungsbewährung“ <AHP 1983> und Beirat vom 27.04.1988: „Wesentliche Änderung durch Heilungsbewährung nach Herzinfarkt“ <AHP 1983>).

### **12. Nachteilsausgleiche**

Bei einer Leistungsbeeinträchtigung, die einen GdB von mindestens 50 bedingt, ist nach Teil D 1 d VMG der Nachteilsausgleich „G“ gerechtfertigt; bei einer Leistungsbeeinträchtigung, die zu einem GdB von 80 führt, ist nach Teil D 3 c VMG der Nachteilsausgleich „aG“ festzustellen. Ansonsten s. zu Nachteilsausgleichen unter den jeweiligen Anmerkungen dazu.

### 13. Einzelfälle

Nach Abschnitt B 9.1.1. Ziff. 3 VMG besteht, wenn die Leistungsbeeinträchtigung bei einer Einschränkung der Herzleistung bereits bei alltäglicher leichter Belastung auftritt, hinsichtlich des GdB ein Bewertungsspielraum zwischen 50 und 70. Eine Festsetzung am oberen Rand des Bewertungsrahmens ist geboten, wenn nicht nur die Herzleistungsschwäche vorliegt, sondern darüber hinaus gravierende Lebenseinschränkungen bestehen, die den behinderten Menschen besonders in einem jugendlichen Alter stark betreffen. Das ist der Fall, wenn der behinderte Mensch seinen gesamten Lebensstil sehr stark einschränken muss, um lebensbedrohlichen Situationen vorzubeugen. Zu berücksichtigen ist auch, dass der behinderte Mensch Betablocker einnehmen muss, die zu starken Ermüdungserscheinungen, wie auch z.B. zur Notwendigkeit eines regelmäßigen Mittagsschlafs, führen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.06.2017 - L 13 SB 111/16 -).

#### 9.1.5 Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel

reaktionslos eingeheilt .....	0
mit Beeinträchtigung der Herzleistung .....	siehe oben

#### 9.1.6 Rhythmusstörungen

Die Beurteilung des GdS richtet sich vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens.

Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmusstörungen (z.B. paroxysmale Tachykardien)

je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung

bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens .....	10 - 30
---	---------

bei bestehender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens sind sie entsprechend zusätzlich zu bewerten.

nach Implantation eines Herzschrittmachers .....	10
nach Implantation eines Kardioverter-Defibrillators wenigstens .....	50
bei ventrikulären tachykarden Rhythmusstörungen im Kindesalter ohne Implantation eines Kardioverter-Defibrillators wenigstens .....	60

Ein essentieller Tremor, der mittels Hirnschrittmachers in dem Sinn erfolgreich behandelt wird, dass es klinisch zu einer weitgehenden Symptomreduktion kommt, ist mit einem GdB von 30 angemessen bewertet (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.11.2011 - L 13 SB 102/08 -).

## 9.2 Gefäßkrankheiten

### 9.2.1 Arterielle Verschlusskrankheiten Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen)

mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig ..... 0 - 10  
 mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m .....20  
 Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100 bis 500 m ..... 30 - 40  
 Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50 bis 100 m ..... 50 - 60  
 Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz .... 70 - 80

Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer Störungen (Stadium IV )

einseitig .....80  
 beidseitig ..... 90 - 100

Apparative Messmethoden (z.B. Dopplerdruck) können nur eine allgemeine Orientierung über den Schweregrad abgeben.

Bei Arterienverschlüssen an den Armen wird der GdS ebenfalls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen - im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen - bestimmt.

Bei der Diagnostik und Verlaufskontrolle von arteriellen Gefäßerkrankungen hat sich - so der SVB bereits 1988 - die Ultraschall-Dopplermanometrie durchgesetzt. Sie sei von allen Methoden nicht-invasiver Gefäßuntersuchungen von der größten Aussagekraft und erbringe bei der Einteilung der Schweregrade genauere Ergebnisse. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen müssten bei dieser Methode die an den Füßen gemessenen Dopplerdrucke stets im Verhältnis zu den gleichzeitig gemessenen Armdrücken beurteilt werden. Die mit dieser Methode ermittelten Werte würden allerdings nur für einen regelrechten systemischen Blutdruck gelten.

Im Übrigen sollten sich die gutachterlichen Untersuchungen bei arteriellen Verschlusskrankheiten nach Möglichkeit nicht allein auf apparative Untersuchungen beschränken; es seien zudem die Bewertungsvorgaben der Nr. 8 Abs. 4 AHP zu „Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen“ (s. (S.

579) die in den VMG entfallenen, im Ergebnis aber weiterhin geltenden Erläuterungen der AHP 2008 im Anhang „Befund - Nr. 8 AHP 2008“) zu beachten (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung des GdB und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei chronischen arteriellen Verschlusskrankheiten“ <AHP 1983>).

Das Bewertungsergebnis wird somit aus der Kombination von subjektiven Angaben, klinischem Bild und apparativen Untersuchungsbefunden gewonnen; d.h. die Angabe des Untersuchten über die schmerzfreie Wegstrecke kann nicht allein GdB-bestimmend sein. Vielmehr müssen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund, z.B. der Dopplersonographie oder der radiologischen Gefäßdarstellung, zumindest tendenziell übereinstimmen.

Ist die schmerzfreie Gehstrecke auf ca. 500 Meter beschränkt, so kann daraus noch nicht geschlossen werden, dass die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „G“ erfüllt sind. Bei den arteriellen Verschlusskrankheiten ist nämlich nicht die maximal zurücklegbare Gehstrecke (mit Pausen) maßgebend, sondern die Gehstrecke, nach der eine Pause durch Auftreten von Schmerzen erzwungen wird. Wer also z.B. alle 500 Meter eine Pause einlegen muss, kann - so der SVB - durchaus noch ortsübliche Wegstrecken von 2 km Länge (mit Pausen) zu Fuß zurücklegen (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung des GdB und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei chronischen arteriellen Verschlusskrankheiten <AHP 1983>“).

Nach Teil D 1 d VMG ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei arteriellen Verschlusskrankheiten, die für sich allein einen GdB von 40 zu bedingen, allerdings regelhaft festzustellen (sofern der Gesamt-GdB 50 beträgt).

Ab einem GdB von 80 für arterielle Verschlusskrankheiten der Beine kommt nach Teil D 3 c VMG auch der Nachteilsausgleich „aG“ in Betracht.

### **9.2.2 Nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen**

(z.B. Prothesenimplantation) mit vollständiger Kompensation einschließlich Dauerbehandlung mit Antikoagulantien .....20  
Arteriovenöse Fisteln

Der GdS richtet sich nach den hämodynamischen Auswirkungen am Herzen und/oder in der Peripherie.

#### **Aneurysmen (je nach Sitz und Größe)**

ohne lokale Funktionsstörung und ohne Einschränkung der Belastbarkeit ..... 0 - 10  
ohne oder mit nur geringer lokaler Funktionsstörung mit Einschränkung der Belastbarkeit ..... 20 - 40  
große Aneurysmen wenigstens .....50  
Hierzu gehören immer die dissezierenden Aneurysmen der Aorta und die großen Aneurysmen der Aorta abdominalis und der großen Beckenarterien.

a)

Nach dem Wortlaut kommt es für die Bestimmung des GdB bei den kleinen Aneurysmen allein auf die darauf beruhenden Funktionsstörungen und auf die Einschränkung der Belastbarkeit an.

Bei größeren Aneurysmen ist der GdB - so der SVB - bereits im Hinblick auf die zusätzlich bestehende Gefährdung nicht niedriger als mit 50 zu bewerten (Beirat vom 04.04.1984: „MdE-Bewertung bei Herzwandaneurysma“).

Funktionsstörungen und Einschränkungen der Belastbarkeit können - was sich bereits aus dem Zusatz „wenigstens“ bei der GdB-Vorgabe ergibt - den GdB je nach Ausmaß der Beeinträchtigung ebenso erhöhen.

Soweit dazu das LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.08.2019 - L 13 SB 95/18 - sinngemäß ausgeführt hat, bei größeren Aneurysmen sei für die Bemessung des GdB mit 50 nicht allein die Größe des Aneurysmas maßgeblich und könne auch nicht auf die mit einem Aneurysma verbundene Gefährdung abgestellt werden, sondern müssten zusätzlich Beschwerden bzw. Funktionsstörungen bestehen, damit ein GdB von 50 festgestellt werden könne, ist dieser Auffassung so nur schwer beizutreten.

Für das Verständnis einer Gesetzesnorm ist zunächst allein der Wortlaut maßgeblich. Ist dieser wie hier mit „große Aneurysmen wenigstens 50“ eindeutig, besteht für eine weitere Gesetzesauslegung kein Raum. Insbesondere können keine weiteren Anspruchsvoraussetzungen (nämlich Beschwerden und Funktionsstörungen) eingeführt werden, die der Gesetz- bzw. Normgeber - zumal in Kenntnis, dass eine solche Möglichkeit besteht



(s. 9.2.2. VMG „ohne lokale Funktionsstörung ... oder mit nur geringer lokaler Funktionsstörung“ bzw. nachfolgend zur Erklärung des Normgebers), - selber nicht aufgestellt hat. Das ist rechtlich nicht möglich.

Indes besteht die Frage, was „große Aneurysmen“ sind. Das können, wie auch im o.a. Rechtsstreit erörtert, mglw. stets Aneurysmen mit einer Größe von über 5 cm Durchmesser sein. Gegen ein solches, alle Aneurysmen mit einer Größe von über 5 cm Durchmesser umfassendes Wortverständnis spricht aber die vom Normgeber selber gegebene Erklärung („Hierzu gehören immer die dissezierenden Aneurysmen der Aorta und die großen Aneurysmen der Aorta abdominalis und der großen Beckenarterien“ - im Übrigen aber eben ohne, dass Beschwerden und Funktionsstörungen gefordert werden!). Das heißt nichts anderes, als dass die Frage, was unter einem großen Aneurysma zu verstehen ist, neben der Größe der Gefäßerweiterung vor allem davon abhängt, welches Blutgefäß betroffen ist (so im Übrigen auch der Sachverständigenbeirat in den von ihm im o.a. Rechtsstreit abgegebenen Stellungnahmen).

Hier ist also zunächst festzustellen,

- 1) ob eine solche vom Normgeber ausdrücklich benannte große Gefäßerweiterung vorliegt ist (dann ist ohne „Wenn“ und „Aber“ ein GdB von 50 festzustellen!),
- 2) oder aber es ist andernfalls ein Vergleich anzustellen, ob die bestehende Erweiterung den ausdrücklich genannten Aneurysmen gleichgestellt werden kann.

Vergleichsmaßstab kann aber, da es auf Beschwerden und Funktionsstörungen nicht ankommt (s.o.), neben der Größe nur die Lage bzw. das daraus oder anderen ähnlichen Umständen folgende Maß der Gefährdung vorrangig wohl durch eine Ruptur z.B. auch infolge einer Belastung, mithin auch das Maß der Einschränkung der Belastbarkeit (soweit zutreffend o.a. Entscheidung, ohne aber, dass das aufgeklärt wurde) sein.

Dem kann auch nicht durchgreifend damit begegnet werden, dass eine Gefährdung in den VMG keine Rolle spiele und deshalb auch hier nicht berücksichtigt werden könne. Das führt schon deshalb nicht weiter, weil mittels dieser Behauptung die Feststellungsvoraussetzungen nicht erweitert werden können, sondern allenfalls die Einbeziehung einer Gefährdung in die Bewertung entfällt.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass z.B. der Verlust einer Niere ebenso wie die angeborene Einnierigkeit bei Gesundheit der anderen Niere, also ein Zustand uneingeschränkter Funktion, Beschwerdefreiheit pp; einen GdB von 25 bedingt (z. dazu Teil B 12.1.1 VMG bzw die Anmerkung zu Teil B 12.1.1 VMG). Dies beruht u.a. darauf, dass der Verlust einer Niere nicht nur die Verwendungsmöglichkeit des Betroffenen beträchtlich einschränkt, sondern in Bezug auf die jederzeit drohenden Gefahren eine gegenüber einem Gesunden zusätzliche Vorsicht, Zurückhaltung und besondere Anspannung der körperlichen und geistigen Kräfte erfordert (BSG, Urteil vom 27.01.1976 - 8 RU 264/74 -).

b)

Ist das Aneurysma infolge eines gefäßchirurgischen Eingriffs vollständig kompensiert, bedingt es nach Teil B 9.2.2 Satz 1 VMG einen GdB von 20. Nach erfolgreicher operativer Therapie besteht kein zu bewertendes Aneurysma mehr (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 19.11.2018 - L 8 SB 3021/17 -).

### **9.2.3 Unkomplizierte Krampfadern**

Unkomplizierte Krampfadern ..... 0

Chronisch-venöse Insuffizienz (z.B. bei Krampfadern),  
postthrombotisches Syndrom ein- oder beidseitig

mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen  
Hautveränderungen, ohne wesentliche Stauungsbeschwerden .0 - 10  
mit erheblicher Ödembildung, häufig  
(mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen .....20 - 30  
mit chronischen rezidivierenden Geschwüren, je nach Ausdehnung und  
Häufigkeit (einschließlich arthrogenes Stauungssyndrom) .....30 - 50

Bei der Gesundheitsstörung „chronisch-venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom mit erheblicher Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen ein- oder beidseitig“ ist in den VMG ein GdB von 20 bis 30 vorgesehen.

Die Ausschöpfung dieses GdB-Rahmens ist allerdings nur dann gerechtfertigt, wenn häufig rezidivierende Entzündungen im Jahr nachgewiesen werden. Das Vorliegen von Ödemen und trophischen Hautveränderungen reicht für die Annahme eines Einzel-GdB von 30 allein noch nicht aus; dies gilt erst recht, wenn diese Auswirkungen nicht beide Beine betreffen (Bayrisches LSG, Urteil vom 19.10.2004 - L 15 VS 9/03 - für die entsprechende MdE-Feststellung).

In den VMG ist der erläuternde Hinweis der AHP 2008 entfallen: „Bei postthrombotischen Syndromen im Becken- oder Hohlvenenbereich kommen selten höhere GdB/MdE-Werte in Betracht.“

#### **Lymphödem**

an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung,  
Erfordernis einer Kompressionsbandage .....0 - 10  
mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm)  
je nach Funktionseinschränkung .....20 - 40  
mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit  
der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß .....50 - 70  
bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße .....80

Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

### 9.3 Hypertonie (Bluthochdruck)

leichte Form - keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) .....	0 - 10
mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung .....	20 - 40
schwere Form - mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung .....	50 - 100
maligne Form - diastolischer Blutdruck konstant über 130 mm Hg; Fundus hypertonicus III-IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn) .....	100

Der arterielle Blutdruck steigt mit dem Alter nur unwesentlich an. Eine Bluthochdruckkrankheit kann angenommen werden, wenn sich systolische Werte von mindestens 140 oder diastolische Werte von mindestens 90 bei mehrfacher Messung unter Ruhebedingungen konstant nachweisen lassen (s. Nr. 97 AHP 2008).

Für die Annahme einer mittelschweren Form des Bluthochdrucks ist u.a. Voraussetzung, dass der diastolische Blutdruck trotz Behandlung mehrfach über 100 mm/Hg liegt. Zu dem Begriff „mehrfach“ hat der SVB darauf hingewiesen, dies bedeute, dass sich bei mehrfachen Kontrollen ein unter Ruhebedingungen ständig erhöhter Blutdruck nachweisen lasse. Die Höhe des Blutdruckes sei aber nur ein ergänzendes Kriterium für die Feststellung einer mittelschweren Form des Bluthochdruckes (Beirat vom 18./19.03.1998: „Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung der Hypertonie“).

Das LSG NRW hat den BMA um Auskunft gebeten, ob es für die Annahme einer mittelschweren Hypertonie mit einem Mindest-GdB von 20 ausreichte, wenn der diastolische Blutdruck trotz Behandlung mehrfach über 100 mm/Hg liege oder ob außerdem die in den AHP / VMG beschriebenen Organbeteiligungen nachgewiesen sein müssen. In seiner Antwort vom 11.07.2000 (Vla 5 - 55 473 - 1) hat der BMA ausgeführt: „Ein GdB von 20-40 ergibt sich für eine Bluthochdruckkrankheit, die nach dem klinischen Gesamtbild mittelschwer ist, d.h., die hochdruckbedingte Leistungsbeeinträchtigung muss mehr als „gering“ sein und es müssen hochdruckbedingte Organbeteiligungen vorliegen. Die alleinige Beurteilung der Hochdruckkrankheit nach gelegentlich gemessenen diastolischen Blutdruckwerten ist nicht ausreichend“ (Auskunft des BMA vom 11.07.2000: „Mittelschwere Hypertonie“).

Die WHO unterscheidet die arterielle Hypertonie nach drei klinische Stadien:

Grad I: Hypertonie ohne Endorganveränderungen

Grad II: Hypertonie mit Endorganveränderungen wie

- Hypertensive Herzerkrankung, hypertensive Nephropathie (Kreatinin < 2 mg/dl)
- Fundus hypertonicus I. und II. Grades
- Plaque-Bildung in den großen Gefäßen (Arteria carotis, Arteria femoralis u.a.)

Grad III: Hypertonie mit manifesten kardiovaskulären Erkrankungen wie

- Herz: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz
- Niere: Hypertensive Nephropathie, Niereninsuffizienz (Kreatinin > 2 mg/dl)
- Auge: Fundus hypertonicus Grad III und IV
- ZNS: TIA, ischämischer Hirninfarkt, Hirnblutung
- Gefäße: periphere arterielle Verschlusskrankheit, Aortendissektion.

Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome, (z.B. orthostatische Fehlregulation)

mit leichten Beschwerden .....	0
mit stärkeren Beschwerden und Kollapsneigung .....	10 - 20

## Teil B: 10. Verdauungsorgane

### 10.1 Speiseröhrenkrankheiten

Traktionsdivertikel je nach Größe und Beschwerden ..... 0 - 10

#### Pulsionsdivertikel

- ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme  
je nach Größe und Beschwerden ..... 0 - 10
- mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme  
je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand ..... 20 - 40

#### Funktionelle Stenosen der Speiseröhre (Ösophagospasmus, Achalasie)

- ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme ..... 0 - 10
- mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme ..... 20 - 40
- mit erheblicher Beeinträchtigung  
des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige Aspiration ..... 50 - 70
- Auswirkungen auf Nachbarorgane (z.B. durch Aspiration)  
sind zusätzlich zu bewerten.

#### Organische Stenose der Speiseröhre (z.B. angeboren, nach Laugenverätzung, Narbenstenose, peptische Striktur)

- ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme  
je nach Größe und Beschwerden ..... 0 - 10
- mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme  
je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform,  
verlängerte Essdauer) ..... 20 - 40
- mit erheblicher Beeinträchtigung  
des Kräfte- und Ernährungszustandes ..... 50 - 70

#### Refluxkrankheit der Speiseröhre

- mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß ..... 10 - 30
- Auswirkungen auf Nachbarorgane sind zusätzlich zu bewerten.

Die Klassifizierung der Refluxkrankheit nach Savary und Miller bietet eine anders differenzierende Einteilung:

Stadium 0: Gastroösophagealer Reflux ohne Schleimhautveränderung

Stadium I: isolierte Schleimhauterosionen

- Stadium Ia: oberflächliche Erosionen (rote Flecken)
- Stadium Ib: tiefere Erosionen mit fibrinoider Nekrose (rote Flecken mit weißlichem Zentrum)

Stadium II: longitudinal konfluierende Erosionen entlang der Schleimhautfalten (Stadium IIa und IIb entsprechend Stadium I)

Stadium III: zirkulär konfluierende Erosionen im gesamten Bereich der terminalen Speiseröhre

Stadium IV: Komplikationsstadium:

Ulzerationen, Strikturen / Stenosen, Zylinderzellmetaplasie

- Stadium IVa: mit entzündlichen Veränderungen
- Stadium IVb: irreversibles Narbenstadium ohne entzündliche Veränderungen

Dieser Einteilung folgend sah die Behindertentabelle (Schillings in ehemaliger behindertentabelle.de) für die Refluxösophagitis auf den ersten Blick teilweise deutlich höhere GdB-Werte vor. Das liegt jedoch im Wesentlichen daran, dass die in den AHP /VMG vor der Refluxkrankheit der Speiseröhre genannten Störungen im Bereich der Speiseröhre (z.B. funktionelle oder organische Stenosen der Speiseröhre) zumindest zum Teil in die Bewertung der Refluxkrankheit nach Savary und Miller einbezogen werden. Überzeugende Gesichtspunkte, von den Vorgaben der AHP abzuweichen, bietet die Behindertentabelle hier somit nicht.

Nach Entfernung eines malignen Speiseröhrentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. GdS während dieser Zeit

je nach Beeinträchtigung des  
Kräfte- und Ernährungszustandes .....80 - 100

Speiseröhrenersatz

Der GdS ist nach den Auswirkungen (z.B. Schluckstörungen, Reflux, Narben) jedoch nicht unter 20 zu bewerten.

## **10.2 Magen- und Darmkrankheiten**

Bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darmkanals ist der GdS nach dem Grad der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, der Schwere der Organstörung und nach der Notwendigkeit besonderer Diätkost zu beurteilen. Bei allergisch bedingten Krankheiten ist auch die Vermeidbarkeit der Allergene von Bedeutung.

### **10.2.1 Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden**

Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden  
(chronisch rezidivierende Geschwüre, Intervallbeschwerden)

mit Rezidiven in Abständen von zwei bis drei Jahren .....	0 - 10
mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes .....	20 - 30
mit erheblichen Komplikationen (z.B. Magenausgangsstenose) und andauernder erheblicher Minderung des Ernährungs- und Kräftezustandes .....	40 - 50

Die Grundsätze der **Heilungsbewährung** (s. Teil B 1 c VMG bzw. die Anmerkungen zu Teil B 1 c VMG (S. 128)) sind nicht auf ein Magengeschwürsleiden anzuwenden. Nach Ätiologie, Pathogenese und Therapie von Magengeschwüren sei - so der SVB - nämlich davon auszugehen, dass diese bei sachgerechter Behandlung folgenlos ausheilen (s. a. Nr. 106 AHP); in der Regel sei danach nicht mehr mit dem Auftreten von Rezidiven zu rechnen.

Bei einem chronisch-rezidivierenden Leiden, wenn also dennoch Magengeschwüre wiederholt auftreten, richte sich die Beurteilung nach Durchschnittswerten i.S.d. Nr. 18 Abs. 5 AHP - jetzt Teil A 2 f VMG - diese seien bereits in den Vorgaben der Nr. 26.10 AHP - jetzt Teil B 10.2.1 VMG - für die GdB-Bewertung von Magengeschwürsleiden enthalten (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei chronischen Magengeschwürsleiden?“).

Eine „andauernde“ **Minderung des Ernährungs- und Kräftezustandes** liegt nur vor, wenn diese über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten besteht (allgemeine Definition der Behinderung bzw. Teilhabebeeinträchtigung). Von einer „erheblichen“ Minderung des Ernährungszustandes ist nur dann auszugehen, wenn das Gewicht mindestens über 15 % unter dem Normalgewicht liegt.



Ein **höherer GdB als 10** ist nur in Ansatz zu bringen, wenn neben häufigeren Rezidiven der Geschwüre eine Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes vorliegt (s. den Zusatz „und“).

Dennoch scheint es in dem Fall, dass Rezidive besonders häufig (z.B. mit Abständen von wenigen Monaten) auftreten, gerechtfertigt, auch ohne Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes einen GdB von 20 zu vergeben. Die Beeinträchtigung des behinderten Menschen ist hier - z.B. im Hinblick auf nahezu konstante Diätkost - deutlich schwerwiegender als bei Rezidiven im Abstand von zwei bis drei Jahren. Allerdings ist bei häufig rezidivierenden Magengeschwüren in der Regel auch eine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes zu erwarten.

Nach einer selektiven proximalen Vagotomie kommt ein GdS nur in Betracht, wenn postoperative Darmstörungen oder noch Auswirkungen des Grundleidens vorliegen.

Chronische Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung der Magenschleimhaut) ..... 0 - 10

Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) ..... 0 - 10

Teilentfernung des Magens, Gastroenterostomie

mit guter Funktion, je nach Beschwerden ..... 0 - 10

mit anhaltenden Beschwerden (z.B. Dumping-Syndrom, rezidivierendes Ulcus jejuni pepticum) ..... 20 - 40

Totalentfernung des Magens

ohne Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes je nach Beschwerden ..... 20 - 30

bei Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes und/oder Komplikationen (z.B. Dumping-Syndrom) ..... 40 - 50

Ein GdB von 50 nach Totalentfernung des Magens setzt nicht voraus, dass neben einer Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes auch Komplikationen vorliegen, wie aus dem Wortlaut „und / oder“ hervorgeht. Der GdB dürfte aber regelmäßig 50 betragen, wenn alle Tatbestandsmerkmale (Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes sowie Komplikationen) erfüllt sind. Im Übrigen kommt es bei Ausfüllung des Beurteilungsrahmens (40 - 50) auf das Gesamtausmaß der beeinträchtigenden Auswirkungen an.

Eine **4/5-Magenresektion nach Anastomose** (nach Roux) ist nach Beurteilung des SVBs günstiger zu beurteilen als eine Totalresektion des Magens (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GdB nach Magenresektion“). Der Beschluss enthält keine Begründung.

Nach Entfernung eines malignen Magentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms .....50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand .....80 - 100

### **1. Magenfrühkarzinom**

Der SVB hat sich zu der Frage, ob ein Magenkarzinom im Stadium T1 N0 M0, Grading G3, noch als Frühkarzinom zu beurteilen sei, nicht festgelegt (zur TNM-Klassifikation s. Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation (S. 592)). Ein Frühkarzinom des Magens werde vorrangig durch die Infiltrationstiefe definiert. Bei einer tieferen Infiltration sei die Situation ungünstiger. Deshalb sei jeweils im Einzelfall - ggf. unter zusätzlicher Berücksichtigung des Grading - zu beurteilen, ob der Tumor noch als Frühkarzinom anzusehen oder bereits den „anderen malignen Magentumoren“ zuzuordnen sei (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Magenfrühkarzinom“).

### **2. Karzinoide außerhalb des Magen-Darm-Traktes**

Bei der Bewertung von Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes ist nach Auffassung des SVBs analog zu den Darmkarzinoiden zu verfahren (Beirat vom 29. vom 30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes“). Dabei hat SVB auf seine Ausführungen zur Beurteilung des GdB bei Karzinoiden vom 24.04.1985 verwiesen (s. hierzu Anmerkung zu Teil B 10.2.2 VMG (S. 267)).

## **10.2.2 Chronische Darmstörungen**

Chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion)

ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen ..... 0 - 10  
mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z.B. Durchfälle, Spasmen) ..... 20 - 30  
mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes ..... 40 - 50

Bei der großen Krankheitsgruppe der Darmstörungen, die mit einem GdB von 20 - 30 („mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen“) zu bewerten sind, hängt die GdB-Bewertung in erster Linie

von (subjektiven) Symptomen und damit verbunden (subjektiven) Beschwerden ab.

Es ist jedoch unerlässlich, die GdB -Bewertung nicht etwa nur nach den Angaben des Betroffenen vorzunehmen, sondern auch zu überprüfen, ob sich diese Angaben durch objektive Daten und Befunde sowie durch anamnestische Daten in der Vorgeschichte untermauern lassen. Hier kommen etwa auch Laborparameter (z.B. BSG, CRP, Leuko) in Frage oder sonographische Befunde (z.B. Darmwandschwellungen bei Schüben einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung) sowie anamnestische Angaben des Betroffenen, die früher aktenkundig wurden (z.B. bei vorhergehenden Krankenhausaufenthalten). Die Angaben während des gutachterlichen Gesprächs können für sich allein betrachtet nur einen Hinweis für die Bewertung der Funktionseinschränkung geben (so auch - mit umfassender Beweiswürdigung - SG Aachen, Urteil vom 08.05.2018 - S 18 SB 255/17 -).

Für chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion) ist bei erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes ein GdB von 40 bis 50 angemessen. Eine solche erhebliche Minderung des Kräfte- und Ernährungszustands besteht aber bei einem nur leichten Untergewicht und einem insgesamt ordentlichen Allgemeinzustand nicht (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.03.2013 - L 6 SB 446/13 -).

**Angeborene Motilitätsstörungen des Darmes  
(z.B. Hirschsprung-Krankheit, neuronale Dysplasie)**

ohne wesentliche Gedeih- und Entwicklungsstörung .....	10 - 20
mit geringer Gedeih- und Entwicklungsstörung .....	30 - 40
mit mittelgradiger Gedeih- und Entwicklungsstörung .....	50
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung .....	60 - 70

**Kurzdarmsyndrom im Kindesalter**

mit mittelschwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung .....	50 - 60
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung (z.B. Notwendigkeit künstlicher Ernährung) .....	70 - 100

Die - in den VMG nicht mehr enthaltenen - Erläuterungen der AHP 2008 sind zu beachten:

Folgeschäden nach Abschluss der Entwicklung (z.B. Kleinwuchs) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nachprüfungen in Abständen von zwei bis drei Jahren sind angezeigt.

**Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)**

mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, selten Durchfälle) .....	10 - 20
mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle) .....	30 - 40
mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle) .....	50 - 60
mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie) .....	70 - 80

Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände (z.B. Kurzdarmsyndrom, Stomakomplikationen), extraintestinale Manifestationen (z.B. Arthritiden), bei Kindern auch Wachstums- und Entwicklungsstörungen, sind zusätzlich zu bewerten.

**1. Beurteilungshilfen**

Beurteilungshilfen geben der Crohn Disease Activity Index (CDAI) nach Best, oder der als vereinfachte Version des CDAI entwickelte Harvey-Bradshaw-Index. Diese enthalten Kriterien (z.B. Anzahl der Stuhlgänge) und Gewichtungsfaktoren zur Quantifizierung der Krankheitsaktivität (s. z.B. unter <https://wikipedia.de/> Stichwort: Morbus Crohn).

Ob die für eine GdB-Bewertung der Colitis ulcerosa in Teil B 10.2.2 VMG genannten Beispiele (z.B. häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle) alternativ oder kumulativ zu verstehen sind, ist umstritten. In der in einem Rechtsstreit (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.06.2014 - L 13 SB 371/13 -) eingeholten Stellungnahme des BMAS wird allerdings empfohlen, zu prüfen, ob trotz häufiger Durchfälle keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes vorliegt. Dies zeigt, dass auch insoweit eine Gesamtbetrachtung erforderlich ist, wie sie ohnehin von § 152 Abs. 3 SGB IX vorgesehen ist.

Da es für die Bewertung des GdB (einer Crohn-Krankheit) auf die tatsächlichen Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ankommt, sind tägliche Durchfälle und ihre Auswirkungen sowohl im Familien- als auch im Berufsleben zu berücksichtigen. Aber auch wenn diese

erheblich sind, ist eine Schwerbehinderung mit einem GdB von 50 nur gerechtfertigt, wenn auch eine durch die Erkrankung bedingte geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes vorliegt (Bayerisches LSG, Urteil vom 25.04.2018 - L 2 SB 199/17 -).

Da die in Teil B 10.2.2 VMG aufgeführten Symptome als Regelbeispiele zu verstehen und nicht abschließend sind, müssen auch dort nicht aufgeführte Beeinträchtigungen bei der Feststellung des GdB berücksichtigt werden. So können auch die Auswirkungen und Nebenwirkungen einer immunsuppressiven Therapie (Infliximab bzw. Adalimumab) den GdB beeinflussen und dazu führen, dass von einem Morbus Crohn mit schwerer Auswirkung ausgehen ist (SG Hannover, Urteil vom 24.07.2014 - S 25 SB 556/12 -; SG Gotha, Urteil vom 05.12.2017 - S 36 SB 2013/15 -; SG Leipzig, Urteil vom 13.03.2019 - S 25 SB 163/16 - und SG Lübeck, Gerichtsbescheid vom 21.03.2019 - S 10 SB 129/16 -).

## **2. Anorexia nervosa**

Nach Auffassung des SVBs ist die Bewertungsspanne bei der Anorexia nervosa (Appetitlosigkeit, Herabsetzung des Triebes zur Nahrungsaufnahme) wegen der Verschiedenartigkeit der Auswirkungen im psychischen und körperlichen Bereich sehr groß. Möglich seien Fälle mit einem GdB von 100; es könnte aber auch noch keine Schwerbehinderung gerechtfertigt sein. Der GdB solle deshalb in Analogie zu den weiteren Gesundheitsstörungen festgestellt werden, bei denen ebenfalls nebeneinander psychische Störungen - im Sinne der Neurosen und abnormen Persönlichkeitsentwicklungen (Teil B 3.7 VMG) - und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand zu bewerten seien (Beirat vom 04.04.1984: „MdE-Bewertung bei Anorexia nervosa“; s. dazu auch Anmerkung (S. 361) zu Teil B 18.4 VMG - Fibromyalgie-Syndrom, Müdigkeits-Syndrom, Multiple chemical sensitivity).

## **3. Totale Kolektomie**

Zur gutachtlichen Beurteilung des GdB -Grades nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters (Schließmuskels) und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa hat sich der Beirat dahingehend geäußert, dass eine Pouchbildung (pouch: Beutel, Tasche) nach Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters günstiger als ein künstlicher After mit guter Versorgungsmöglichkeit zu beurteilen sei. Ein GdB von 30 sei in Analogie zur Darmneoblase (s. Teil B 12.2.4 VMG (S. 292)) sachgerecht (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa“).

Bei der Empfehlung von W.S. Caspari und J. Stein (Springer-Verlag, „Darmkrankheiten. Klinik, Diagnose und Therapie“), eine kontinenzhaltende Proktokolektomie mit einem GdB von 60 bis 80 zu bewerten, handele es sich um Einzelmeinung (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Bewertung

bei kontinenzerhaltender Kolektomie mit und ohne Pouchbildung“; zustimmend SG Aachen, Urteil vom 08.05.2018 - S 18 SB 255/17 -).

#### **4. Familiäres Mittelmeerfieber**

Bei der Erkrankung „familiäres Mittelmeerfieber“ ist zu berücksichtigen, dass dieses in den VMG nicht als Gesundheitsstörung erwähnt ist. Nach Teil B 1 b) VMG ist deshalb der GdB in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen. Bei analoger Bewertung des familiären Mittelmeerfiebers (allein) zu einer Crohn-Krankheit gemäß Teil B 10.2.2 VMG entspricht das Ausmaß dieser Gesundheitsstörung einer mittelschweren Ausprägung einer Crohn-Krankheit, für den die VMG einen GdB-Rahmen von 30 bis 40 vorsehen (SG Karlsruhe, Urteil vom 29.06.2017 - S 1 SB 501/16 -).

#### **5. Wesentliche Änderung der Verhältnisse bei chronischen Leiden**

Der BMA hat darauf hingewiesen, dass die Grundsätze für die Annahme einer wesentlichen Änderung (s. Teil A 7 VMG (S. 98) bzw. die Anmerkung zu Teil A 7 VMG (S. 114)) bei Überprüfung chronischer Leiden (z.B. chronische Hepatitis C, Crohn Krankheit, Arthrosen) genau zu beachten seien:

„So wird eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne einer Besserung nicht selten schon dann angenommen, wenn einzelne Befunde (z.B. ein histologischer Befund oder einzelne Laborwerte) ein günstigeres Ergebnis als zum Zeitpunkt der letzten Entscheidung zeigen. Bei chronischen Leiden ist jedoch zu berücksichtigen, dass einzelne, insbesondere laborchemisch oder bioptisch erhobene Befunde nicht immer das tatsächliche Ausmaß des Leidenszustandes zum Zeitpunkt der Untersuchung wiedergeben und auch chronische Leiden selbst unter Therapie Schwankungen im Leidenszustand aufweisen.

Deshalb ist vor der Feststellung einer Besserung des Leidens sorgfältig zu prüfen, ob die festgestellte Änderung wesentlich ist. Hierbei ist der jeweilige Gesamtleidenszustand unter Beachtung aller klinischen, laborchemischen, histologischen und bildgebenden Untersuchungsbefunde sowie des bisherigen Verlaufs der Erkrankung zugrunde zu legen und dazutun, dass der gebesserte Gesamtleidenszustand als so stabil anzusehen ist, dass er über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird.

Kann zum Zeitpunkt der Begutachtung medizinisch nicht eindeutig beurteilt werden, ob eine festgestellte Besserung über ein halbes Jahr hinaus anhalten wird, ist eine Kontrolluntersuchung erforderlich. Diese Kontrolle ist nach meiner Auffassung in Verbindung mit der vorausgegangenen Untersuchung als einheitlicher Überprüfungsvorgang anzusehen, nach dessen Abschluss erst feststellbar ist, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse tatsächlich auf Dauer wesentlich geändert haben.“ (BMA vom

31.07.2001: „Wesentliche Änderung der Verhältnisse bei chronischen Leiden“).

**Zöliakie, Sprue**

ohne wesentliche Folgeerscheinungen  
 unter diätetischer Therapie ..... 20  
 bei andauerndem, ungenügendem Ansprechen auf glutenfreie Kost  
 (selten) sind - je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und  
 Ernährungszustands - höhere Werte angemessen.

Nach Entfernung maligner Darmtumoren  
 ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Stadium (T1 bis T2)  
 No Mo oder von lokalisierten Darmkarzinoiden ..... 50  
 mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt) ..... 70 - 80

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren wenigstens ..... 80  
 mit künstlichem After (nicht nur vorgehend angelegt) ..... 100

**1. Karzinoide**

Der SVB hat 1985 zu Karzinoiden allgemein ausgeführt, dass es sich dabei um bis zu kirschgroße serotoninproduzierende Tumoren - vor allem im Bereich des Ileum und des Zoekum, seltener des Pankreas, Bronchialsystems oder in Teratomen - handele, die insbesondere in die Leber metastasieren würden. Sie verursachten häufig ein charakteristisches Krankheitsbild (Karzinoidsyndrom) u.a. mit Durchfällen, Bauchschmerzen, vasomotorischen Anfällen und asthmatischen Erscheinungen. Die Diagnose könne durch den Nachweis des Stoffwechselproduktes 5-Hydroxy-Indolessigsäure im Urin gesichert werden. Auch, wenn die Diagnose aufgrund der klinischen Symptomatik und der Laborbefunde gestellt sei, gelinge oftmals die Lokalisation der relativ kleinen Tumoren nicht, so dass in solchen Fällen lediglich eine symptomatische Behandlung in Betracht komme. Die Überlebenszeit dieser Patienten betrage im Allgemeinen bis 6 Jahre. Recht günstig seien die Überlebensaussichten dagegen, wenn eine Lokalisation und damit auch eine operative Entfernung des Tumors möglich sei. Deshalb sei der GdB nach Entfernung eines lokalisierten Karzinoids während der Zeit der Heilungsbewährung für die Dauer von 5 Jahren mit 50 zu bewerten. Bei einem nicht lokalisierbaren und damit inoperablen Karzinoid sei der GdB in Abhängigkeit von der Schwere der Auswirkungen hingegen mit 80 bis 100 v.H. zu beurteilen (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei Karzinoiden“ <AHP 1983>).

Bei Karzinoiden außerhalb des Magen-Darmtraktes kommt eine Analogie zu den Darmkarzinoiden in Betracht (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes“).

## **2. Maligne Darmtumoren - Einstufung nach TNM**

Für die Einteilung des kolorektalen Karzinoms - die Dukes-Klassifikation - sind die Infiltrationstiefe in die Darmwand und die regionale lymphogene Metastasierung maßgeblich. Es wird unterschieden:

- |  |   |
|--|---|
| Dukes A = Stadium UICC I*                | Tumor ist auf die Darmwand beschränkt (entspricht pT <sub>1</sub> und pT <sub>2</sub> der TNM-Klassifikation**)   |
| Dukes B = Stadium UICC II*               | Tumor penetriert die Darmwand und infiltriert benachbarte Strukturen (entspricht pT <sub>3</sub> und pT <sub>4</sub> der TNM-Klassifikation**)                                      |
| Dukes C <sub>1</sub> = Stadium UICC III* | Tumormetastasen in 1-3 perikolischen und perirektalen Lymphknoten (entspricht pN <sub>1</sub> der TNM-Klassifikation**)   |
| Dukes C <sub>2</sub> =                   | Metastasen in mehr als drei Lymphknoten (entspricht pN <sub>2</sub> der TNM-Klassifikation) bzw. entlang größerer Gefäßstämme (entspricht pN <sub>3</sub> der TNM-Klassifikation**) |
| Dukes D = Stadium UICC IV*               | Fernmetastasen  |

\* Üblicherweise wird heutzutage die Stadieneinteilung der UICC (Union International Contre Cancer) verwendet. Gelegentlich verwenden Ärzte aber noch die ältere Stadieneinteilung nach DUKES.

\*\* Zur o.a. TNM-Klassifikation s. Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation (Seite 592 dieses Kommentars).

Der SVB hat darauf hingewiesen, dass das früher auch in Nr. 26.10 AHP genannte Tumorstadium DUKES A nur Stadien der TNM-Klassifikation pT<sub>1</sub> und pT<sub>2</sub> N<sub>0</sub> umfasse. pT<sub>3</sub>-Tumoren seien hingegen nicht mehr den Dickdarmtumoren im Frühstadium zuzurechnen (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung bei malignen Erkrankungen - Einstufung nach TNM bei malignen Darmtumoren“).

2005 hat der SVB, um einer Ungleichheit in den Beurteilungskriterien von Dickdarm- und Dünndarmtumoren entgegenzuwirken, beschlossen das Wort Dickdarmtumor durch Darmtumor zu ersetzen und den Klammerzusatz (DUKES A) zu streichen (Beirat vom 08./09.11.2005: „GdB bei Entfernung nach maligner Darmtumoren“). Dies hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter dem 12.12.2006 umgesetzt.



### **3. Maligner Dünndarmtumors im Frühstadium**

Dementsprechend hat der SVB bereits 2000 (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades eines malignen Dünndarmtumors im Frühstadium“) darauf hingewiesen, dass nach Entfernung eines malignen Dünndarmtumors im Frühstadium die GdB-Bewertung analog wie nach Entfernung eines malignen Dickdarmtumors im Frühstadium erfolgen soll.

### **4. Frühkarzinom des Darms**

Der klinische Begriff „Frühkarzinom des Darms“ beschreibt einen höchstens die Tela submucosa infiltrierenden Darmtumor. Dies entspricht in der Regel einem Tumorstadium Tis bis T<sub>1</sub> nach TNM-Klassifikation (Beirat vom 07./08.11.2007: „Frühkarzinom des Darms“). Der Vorschlag des SVBs, in dem Satz „nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden“ die Worte „im Frühstadium“ durch „im Stadium (T<sub>1</sub> bis T<sub>2</sub>) No Mo“ zu ersetzen (Beirat vom 07. bis 08. November 2008: „Frühkarzinom des Darms“), wurde mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010 umgesetzt. Zur Begründung wurde angegeben: „Das Wort „Frühstadium“ im Satz „nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden“ hat in der Begutachtung zu Missverständnissen geführt. Um eine exakte, einheitliche und reproduzierbare Begutachtung zu gewährleisten, wurde es - gemäß der von der Union internationale contre le cancer (U-ICC) eingeführten international anerkannten TNM-Klassifikation - durch den Begriff „Stadium (T<sub>1</sub> bis T<sub>2</sub>) No Mo“ ersetzt, ohne die Beurteilungsmaßstäbe zu verändern.“

### **5. Operation mit Pouchbildung**

Fünf Jahre nach nach Entfernung eines malignen Darmtumors ist, sofern kein Rezidiv aufgetreten ist, der GdB nur noch nach den tatsächlich verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten. Danach muss der GdB herabgesetzt werden, wenn diese Beeinträchtigen den früheren GdB nicht mehr rechtfertigen. Die Operation mit Pouchbildung und Erhalt des Schließmuskels führt in der Regel zu günstigeren Ergebnissen, die somit als besser beurteilen sind als ein künstlicher After mit guter Versorgungsmöglichkeit (LSG Hamburg, Urteil vom 24.06.2014 - L 3 SB 23/12 -).

## 6. Rektumkarzinom

Bei einem Rektumkarzinom (TNM-Klassifikation pT2, N0, M0 = Dukes A) beträgt die Zeit der Heilungsbewährung 2 Jahre. Soweit auf eine „Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Dukes A 85 bis 100 % ...“ verwiesen wird, besagt dies nur, dass 85 bis 100 % der an einem kolorektalen Karzinom (im Stadium Dukes A) erkrankten Personen die Operation um fünf Jahre überleben. Diese wahrscheinliche Überlebensrate ist nach den AHP / VMG für die Dauer der Heilungsbewährung unerheblich; denn wer nach fünf Jahren noch lebt, gleichgültig, ob inzwischen wiedererkrankt oder nicht, für den bestätigt sich nur, dass er zu den 85 bis 100 % (neuerdings: 90 bis 100%) Karzinompatienten gehört, für die ein Überleben dieses Zeitraumes prognostisch zu erwarten war. Die AHP / VMG stellen demgegenüber zu Recht auf die medizinisch ermittelte Rezidivgefahr und deren signifikante Abnahme zwei Jahre nach der Operation ab: 50 bis 80 % der Rezidive treten - nach dem Stadium des Primärkarzinoms nicht unterschieden - innerhalb dieses Zeitraums auf (BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 6/02 R -).

## 7. Lynch-Syndrom

Ein Lynch-Syndrom ist ein hereditäres non-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC), bei dem eine gehäufte Assoziation zu synchronen oder metachronen Zweitkarzinomen besteht. Während bei den nicht hereditären Formen des Kolonkarzinoms nach einer Beobachtungszeit von fünf Jahren selten mit einem Rezidiv oder gar Zweittumor zu rechnen ist, muss beim Lynch-Syndrom von einer solchen Gefährdung in 45 % der Fälle ausgegangen werden. Auch unter Berücksichtigung der psychischen Belastung ist deshalb von einer „Entfernung anderer maligner Darmtumoren“ im Sinne von Teil B Nr. 10.2.2 VMG auszugehen, die mit einem GdB von wenigstens 80 während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren zu bewerten ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2011 - L 13 SB 296/08 -).

### 10.2.3 Bauchfellverwachsungen

ohne wesentliche Auswirkung .....	0 - 10
mit erheblichen Passaggestörungen .....	20 - 30
mit häufiger rezidivierenden Ileuserscheinungen .....	40 - 50

### 10.2.4 Hämorrhoiden

ohne erhebliche Beschwerden, geringe Blutungsneigung .....	0 - 10
mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen .....	20

<b>Mastdarmvorfall</b>	
klein, reponierbar .....	0 - 10
sonst .....	20 - 40
<b>Afterschließmuskelschwäche</b>	
mit seltenem, nur unter besonderen Belastungen auftretendem, unwillkürlichen Stuhlabgang .....	10
sonst .....	20 - 40
Funktionsverlust des Afterschließmuskels wenigstens .....	50
<b>Fistel in der Umgebung des Afters</b>	
geringe, nicht ständige Sekretion .....	10
sonst .....	20 - 30
<b>Künstlicher After</b>	
mit guter Versorgungsmöglichkeit .....	50
sonst (z.B. bei Bauchwandhernie, Stenose, Retraktion, Prolaps, Narben, ungünstige Position) .....	60 - 80
Bei ausgedehntem Mastdarmvorfall, künstlichem After oder stark sezernierenden Kotfisteln, die zu starker Verschmutzung führen, sind ggf. außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen zusätzlich zu berücksichtigen.	

### **1. Zur totalen Kolektomie**

s. Anmerkung zu Teil B 10.2.2.2 - *Colitis ulcerosa pp* (S. 264).

### **2. Salmonellendauerausscheidung**

Bei Paratyphus-Dauerausscheidern ist der SVB davon ausgegangen, dass die Betroffenen nicht eigentlich krank seien, sich aber sowohl im Alltag als auch in manchen Berufen bestimmte Einschränkungen auferlegen müssten. Wegen der damit verbundenen Minderung der Lebensqualität sei ein GdB von 20 angemessen (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung der MdE bei Paratyphus-Dauerausscheidern“). Das BSG (Urteil vom 09.10.1987 - 9a RVs 5/89 - in Breithaupt 1988, 580) hat dazu darauf hingewiesen, dass z.B. erhebliche Beeinträchtigungen aufgrund erhöhter hygienischer Anforderungen am Arbeitsplatz, aber auch im häuslichen und gesellschaftlichen Bereich durchaus zu einem höheren GdB führen könnten. Dem hat sich der SVB angeschlossen und ergänzend festgestellt, dass in den Fällen, in denen die Paratyphus-Dauerausscheidung zu stärkeren Auswirkungen im gesellschaftlichen und beruflichen Bereich führe, auch ein GdB von 30 gerechtfertigt sein könnte (Beirat vom 26.10.1988: „Salmonellendauerausscheidung“).

### **10.3 Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse**

Der GdS für Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse wird bestimmt durch die Art und Schwere der Organveränderungen sowie der Funktionseinbußen, durch das Ausmaß der Beschwerden, die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und die Notwendigkeit einer besonderen Kostform. Der serologische Nachweis von Antikörpern als Nachweis einer durchgemachten Infektion (Seronarbe) rechtfertigt allein noch keinen GdS.

#### **10.3.1 Chronische Hepatitis**

Unter dem Begriff „chronische Hepatitis“ werden alle chronischen Verlaufsformen von Hepatitiden zusammengefasst (früher: „chronische Hepatitis ohne Progression“ <chronisch-persistierende Hepatitis> und „chronische Hepatitis mit Progression“ <chronisch aktive Hepatitis>). Dazu gehören insbesondere die Virus-, die Autoimmun-, die Arzneimittel- und die kryptogene Hepatitis.

Die gutachtliche Beurteilung einer chronischen Hepatitis beruht auf dem klinischen Befund einschließlich funktionsrelevanter Laborparameter, auf der Ätiologie sowie auf dem histopathologischen Nachweis des Grades der nekro-inflammatorischen Aktivität (Grading) und des Stadiums der Fibrose (Staging). Zusätzlich sind engmaschige Verlaufskontrollen und die Beachtung der Differentialdiagnose erforderlich. Dies gilt auch für geltend gemachte Verschlimmerungen im Leidensverlauf. Der GdS und die Leidensbezeichnung ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei bereits übliche Befindlichkeitsstörungen - nicht aber extrahepatische Manifestationen - berücksichtigt sind.

#### **Chronische Hepatitis**

ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression .....	20
mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität .....	30
mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität .....	40
mit starker (klinisch-) entzündlicher Aktivität ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, stark entzündliche Aktivität	
je nach Funktionsstörung .....	50 - 70
Alleinige Virus-Replikation („gesunder Virusträger“) .....	10
bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis.	

Bei Vorliegen eines histologischen Befundes gelten für die Virus-Hepatitis folgende Besonderheiten:

Die histopathologische Bewertung der chronischen Virushepatitis umfasst die nekroinflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Der GdS ergibt sich aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdS-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

nekro-inflammatorische Aktivität	Fibrose		
	null - gering	mäßig	stark
gering	20	20	30
mäßig	30	40	40
stark	50	60	70

Anmerkung: Die Auswertung des histologischen Befundes soll sich an dem modifizierten histologischen Aktivitätsindex (HAI) ausrichten. Eine geringe nekro-inflammatorische Aktivität entspricht einer Punktzahl von 1 bis 5, eine mäßige nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 6 bis 10 und eine starke nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 11 bis 18. Eine fehlende bzw. geringe Fibrose entspricht einer Punktzahl 0 bis 2, eine mäßige Fibrose der Punktzahl 3 und eine starke Fibrose einer Punktzahl von 4 bis 5.

Für die Virushepatitis C gelten bei fehlender Histologie im Hinblick auf die chemischen Laborparameter folgende Besonderheiten:

ALAT-/GPT-Werte im Referenzbereich entsprechen bei nachgewiesener Hepatitis-C-Virus-Replikation einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität  
 ALAT-/GPT-Werte bis zum 3-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer geringen (klinisch-) entzündlichen Aktivität  
 ALAT-/GPT-Werte vom 3-fachen bis zum 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer mäßigen (klinisch-) entzündlichen Aktivität  
 ALAT-/GPT-Werte von mehr als dem 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer starken (klinisch-) entzündlichen Aktivität

Diese Bewertungen sind nur zulässig, wenn sie sich in das klinische Gesamtbild des bisherigen Verlaufs einfügen.

Das Kapitel „Chronische Hepatitis“, wurde durch Rundschreiben des BMA vom 06.04.2001 - VI a 5 - 65463 - 5/10 - vollständig neu gefasst. Dieser Fassung gingen mehrere Tagungen des SVBs - insbesondere zu der Problematik bei der Begutachtung von Frauen, die in der Deutschen Demokratischen Republik im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe mit verunreinigten Chargen von humanem Immunglobulin eine Hepatitis C erworben haben - voraus. Ebenso wurde umfassend erörtert, wie vorzugehen sei, wenn keine Ergebnisse einer Biopsie vorliegen, und aufgrund welcher Kriterien eine chronische Hepatitis C mit Progression von einer ohne Progression unterschieden werden könne.

Die medizinisch interessanten Ausführungen dazu sind den jeweiligen Sitzungsniederschriften des SVBs (s.u.) zu entnehmen. Der SVB hat daraus im Wesentlichen folgende Schlüsse gezogen:

1. Allein aufgrund des Nachweises von HCV-Antikörpern, also ohne Virusreplikation, ist ein GdB nicht gerechtfertigt.
2. Ist ein Virus mit Replikation, aber keine Entzündung nachgewiesen - weder durch Laborwerte noch durch Leberbiopsie bzw. nach allen beigezogenen und erhobenen Befunden -, ist von einer chronischen Hepatitis ohne Progression (früher chronisch-persistierende Hepatitis) mit einem GdB von 20 auszugehen.
3. Sind entzündliche Aktivitäten innerhalb der Leber nachgewiesen, ist von einer chronischen Hepatitis mit Progression (früher chronisch-aktive Hepatitis) mit einem GdB von wenigstens 30 auszugehen.
4. Bei einer chronischen Hepatitis mit Virusreplikation und entzündlicher Aktivität ist bei Fehlen einer Leberpunktion auf die Bestimmung der Transaminasen und die weiteren Befunde zurückzugreifen. Höhere Transaminasenwerte sind dabei - hilfsweise - als Ausdruck einer größeren Aktivität der chronischen Entzündung anzusehen. Gesteigerte ALAT-Werte allein führen allerdings nicht zu einem höheren GdB. Selbst wenn der ALAT-Wert weit über 3  $\mu\text{mol/l}$ s liegt, rechtfertigt dieser Wert allein ohne andere Funktionsstörungen keinen GdB über 50. Wenn das Leiden aber bereits so ausgeprägt ist, dass ein GdB von über 50 in Betracht kommt, sind die ALAT-Werte nicht mehr ausschlaggebend. Die Transaminasen müssen zur Beurteilung der Aktivität einer nachgewiesenen Hepatitis C mehrfach - in der Regel dreimal im Jahr, bei sog. engmaschigen Kontrollen möglichst sogar in monatlichen Abständen - bestimmt werden. Der Virusnachweis mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) wird heute als so empfindlich angesehen, dass bei mehreren negativen Ergebnissen von einer Viruselimination ausgegangen werden kann. Nach einer Interferonbehandlung soll eine Nachuntersuchung

frühestens nach einem Jahr erfolgen (s. dazu weiter unten unter Interferon).

5. Leberbiopsien sind bei Rentenanträgen zwar anzustreben, aber allein zu gutachtlichen Zwecken ärztlich nicht gerechtfertigt. Bei in Betracht gezogenen Biopsien ist darauf hinzuweisen, dass eine Mitwirkungspflicht nach § 65 SGB I u.a. dann nicht besteht, wenn Untersuchungen entweder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten oder damit ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann oder erhebliche Schmerzen damit verbunden sind.
6. Es ist für Pathologen selbstverständlich und in den AHP deshalb nicht erwähnenswert, dass bei einer sachgerechten histologischen Befunderhebung eines Leberbiopsiepräparates mindestens zehn Portalfelder zu beurteilen sind.

Fundstellen:

Beirat vom 18./19.11.1996: „Begutachtung bei Hepatitis C“

Beirat vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Virushepatitis C“

Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung bei Hepatitis C“

Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung der Hepatitis“

Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Hepatitis C (HCV) - u.a. Frage der Nachuntersuchung“

Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei chronischer Hepatitis“

Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung der chronischen Hepatitis (erneut)“

Nach der Neufassung der Nr. 26.10, Kapitel „Chronische Hepatitis“, hat der SVB sich dazu ergebende Fragen beantwortet:

7. Die Bezeichnungen „(klinisch-) entzündliche Aktivität“ und „klinisch-entzündliche Aktivität“ sind - unabhängig von der Verwendung der Klammer - inhaltlich identisch.
8. Die histologischen Beurteilungskriterien „nekro-inflammatorische Aktivität“ und „Fibrose“ sind nur bei der Beurteilung von Virus-Hepatitis von Bedeutung. Der für die Virus-Hepatitis vorgegebene GdB beinhaltet die üblichen klinischen Auswirkungen. Bei einer geringen nekro-inflammatorischen Aktivität und bei Fehlen oder nur geringer Fibrose sind wesentliche klinische Auswirkungen nicht zu erwarten; deshalb ist insoweit auch „nur“ ein GdB von 20 wie bei einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität angemessen. Bestehen aber als Folge der chronischen Hepatitis klinische Erscheinungen wie Abgeschlagenheit, erhöhtes Schlafbedürfnis, Leistungsinsuffizienz, sind sie zusätz-

lich GdB-erhöhend zu berücksichtigen. Andere Ursachen wie klimakterische Beschwerden, Depressionen, Stress in Beruf und Familie müssen allerdings ausgeschlossen sein.

9. Entscheidend für den GdB bei fluktuierendem Verlauf der Transaminasen ist das Ausmaß der (klinisch-) entzündlichen Aktivität, die nicht mit mathematischen Methoden im Sinne einer repräsentativen Mittelwertbildung berechnet werden kann. Vielmehr seien weitere Parameter wie Gammaglobuline, Immunglobuline und Cholinesterasen heranzuziehen.
10. Wenn der behandelnde Arzt von einer Heilung der chronischen Hepatitis C ausgeht, kommt es für den GdB nicht darauf an, ob noch dem PCR-Nachweis entgangene Viren im Körper verblieben sind, da entscheidend das Ausmaß funktioneller Beeinträchtigungen ist. Als Leidensbezeichnung wird bei einem Befund „Anti-HCV positiv, PCR negativ“ statt „ausgeheilte Hepatitis“ „Antikörperpersistenz nach Hepatitis-C-Infektion“ oder „...ohne Krankheitswert“ bzw. „...ohne funktionelle Beeinträchtigung“ empfohlen. (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Hepatitis C“).

Da pathologische Nomenklatur und HAI-Score (HAI nach Ishak und Mitarbeitern - Histological grading and staging of chronic hepatitis, J. Hepatology 22, 696-699,1995 - modifiziertes Numerical Scoring System von Klodell und Mitarbeitern = modifizierter histologischer Aktivitätsindex) nicht mit den Angaben in den AHP / VMG deckungsgleich sind, hat der SVB zur Vermeidung von Missverständnissen empfohlen, der Beurteilung die numerische Angabe des **HAI** zugrunde zu legen (Beirat vom 13.11.2002: „Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: Modifizierter histologischer Aktivitätsindex (HAI)“).

Soweit empfohlen werde, bei Hepatitis C nach **Interferon-Therapie** erst nach einem Jahr eine Nachuntersuchung durchzuführen, werde damit keine „Heilungsbewährung“ unterstellt; diese sei nämlich bei einer Hepatitis C weiterhin nicht gerechtfertigt (Beirat vom 13.11.2002: „Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: GdB/MdE-Bewertung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung“):

Zur Frage der wesentlichen Änderung der Verhältnisse bei chronischen Leiden s. ansonsten auch die entsprechende Anmerkung zu Teil B 10.2.2 VMG - Colitis ulcerosa pp - Wesentliche Änderung der Verhältnisse bei chronischen Leiden(S. 266).

Hinsichtlich eines Alpha-1-Antitrypsinmangels s. (S. 226) die Anmerkung zu Teil B 8.3 VMG - Lungenerkrankung unter Alpha-1-Antitrypsinmangel.



**10.3.2 Fibrose der Leber**

Fibrose der Leber ohne Komplikationen ..... 0 - 10

## Leberzirrhose

## kompensiert

inaktiv .....	30
gering aktiv .....	40
stärker aktiv .....	50

## dekompensiert

(Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie) .....60 - 100

Die Child-Pugh-Klassifikation ist ein - ggf. ergänzend heranzuziehendes - Bewertungssystem zur Beurteilung der Leberfunktion bei Leberzirrhose und zur präoperativen Risikoabschätzung bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion. Die Einteilung erfolgt nach den erreichten Punkten in drei Gruppen (Child A, B, C):

Kriterium	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
1. <b>Albumin im Serum</b> (g/dl)	> 3,5	2,8 - 3,5	< 2,8
2. <b>Bilirubin im Serum</b> (mg/dl)	< 2,0	2,0 - 3,0	> 3,0
oder Bilirubin ( $\mu\text{mol/ml}$ )	< 35	35 - 50	> 50
oder Bilirubin bei PBC u. PSC (mg/dl)	< 4	4 - 10	> 10
oder Bilirubin b PBC u. PSC ( $\mu\text{mol/l}$ )	< 70	70 - 170	> 170
3. <b>Quick</b> (%)	> 70	40 - 70	< 40
4. <b>Aszites</b> (Sono)	0	leicht	mittelgradig
5. <b>Enzephalopathie</b>	0	I. - II. Grades	III. - IV. Grades

5 bis 6 Punkte (Child A) entsprechen in etwa einem GdB von 30 bis 40, 7 bis 9 Punkte (Child B) einem GdB von 40 und 10 bis 15 Punkte (Child C) einem GdB von 60 - 100 (Schillings in ehemaliger behindertentabelle.de)

### **10.3.3 Fettleber**

Fettleber (auch nutritiv-toxisch) ohne Mesenchymreaktion .....0 - 10  
Toxischer Leberschaden

Der GdS ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Die alleinige Laborwertabweichung der Gamma-GT rechtfertigt bei der Fettleber - anders als bei einer chronischen Hepatitis - noch keine Annahme eines GdB von 20 oder mehr. Maßgeblich sind eher etwa Einschränkungen der Lebersyntheseleistung, Erhöhung der Transaminasen GPT und GOT mit einem de-Ritis-Quotienten von mehr als 1 in Verbindung mit morphologischen Leberparenchymveränderungen (Sonographie, Histologie).

Zirkulatorische Störungen der Leber (z.B. Pfortaderthrombose)

Der GdS ist analog zur dekompensierten Leberzirrhose zu beurteilen.

Nach Leberteilresektion ist der GdS allein davon abhängig, ob und wie weit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind.

### **10.3.4 Lebertumor - Lebertransplantation - Heilungsbewährung**

Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit 100

Nach Lebertransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); GdS während dieser Zeit 100. Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression wenigstens 60

## ***1. Hepatozelluläres Karzinom***

Der SVB hat sich mit der Frage beschäftigt, wann bei hepatozellulären Karzinomen eine Heilungsbewährung angenommen werden könne, ohne dass eingreifende Untersuchungen zum Nachweis der Tumorfreiheit durchgeführt würden. Er ist dabei davon ausgegangen, dass hepatozelluläre Karzinome mit kurativer Zielsetzung durch lokale Alkoholinjektion behandelt werden können und dies dazu führen kann, dass über fünf Jahre keine Rezidive auftreten. Sei eine solche Behandlung erfolgt, könne der unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung gebildete GdB aufgrund der Aussage des Klinikers, der maligne Lebertumor sei aufgrund der Behandlung beseitigt, herabgesetzt werden. Die Ungewissheit über den Verlauf des Krankheitsgeschehens sei nach einem rückfallfreien Ver-

lauf von 5 Jahren weggefallen. Eines Nachweises, dass wirklich keine Tumoranteile mehr vorhanden sind, bedürfte es in diesem Fall nicht (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei hepatozellulärem Karzinom“).

## 2. Lebertransplantation

Nach einer Lebertransplantation kommt u.a. der Nachteilsausgleich „RF“ in Betracht (s. dazu Beirat vom 25.04.1990: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - und RF - nach Lebertransplantation“ sowie die Anmerkung zum Nachteilsausgleich „RF“).

## 3. Teilleberspende

Eine Teilleberlebendspende ist nicht mit einer Nierenspende, die nach Teil B 12.1.1 VMG einen GdB von 25 bedingt, vergleichbar. Bewertungsmaßstab ist vielmehr eine Leberteilresektion; der GdB richtet sich danach, welche Funktionsbeeinträchtigungen verbleiben sind (LSG NRW, Urteil vom 09.03.2006 - L 7 SB 105/04 -).

### **10.3.5 Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis**

GdS ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Eine primäre biliäre Cholangitis (= primäre biliäre Zirrhose im Stadium I) ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen. Bei einer histologisch gesicherten, gering entzündlichen Aktivität ist es grenzwertig vertretbar, einen Einzel-GdB von 20 für die Lebersituation anzusetzen (Bayerisches LSG, Urteil vom 27.10.2015 - L 3 SB 185/13 -; nachfolgend BSG, Beschluss vom 29.02.2016 - B 9 SB 91/15 B -).

Gallenblasen- und Gallenwegskrankheiten  
(Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen)

mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten,  
Entzündungen in Abständen von Jahren .....0 - 10  
mit häufigeren Koliken und Entzündungen  
sowie mit Intervallbeschwerden .....20 - 30  
mit langanhaltenden Entzündungen  
oder mit Komplikationen .....40 - 50

Angeborene intra- und extrahepatische Transportstörungen der Galle (z.B. intra-, extrahepatische Gallengangsatresie), metabolische Defekte (z.B. Meulengracht-Krankheit)

ohne Funktionsstörungen, ohne Beschwerden ..... 0 - 10  
mit Beschwerden (Kolik, Fettunverträglichkeit, Juckreiz),

ohne Leberzirrhose ..... 20 - 40  
mit Leberzirrhose ..... 50  
mit dekompensierter Leberzirrhose ..... 60 - 100

Folgestatus sind zusätzlich zu bewerten.

Verlust der Gallenblase ohne wesentliche Störungen ..... 0  
bei fortbestehenden Beschwerden wie bei Gallenwegserkrankungen

Nach Entfernung eines malignen Gallenblasen-, Gallenwegs- oder Papillentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor ..... 100  
bei Papillentumor ..... 80

### **10.3.6 Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse**

Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen

ohne wesentlichen Beschwerden, keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes ..... 0 - 10  
geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes ..... 20 - 40  
starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes ..... 50 - 80

Nach teilweiser oder vollständiger Entfernung der Bauchspeicheldrüse sind ggf. weitere Funktionsbeeinträchtigungen (z.B. bei Diabetes mellitus, Osteopathie, oder infolge chronischer Entzündungen der Gallenwege, Magenteilentfernung und Milzverlust) zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach Entfernung eines malignen Bauchspeicheldrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit 100.

### **1. Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes**

Der Begriff „deutliche“ Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes dürfte mit dem der „erheblichen“ Minderung des Ernährungs- und Kräftezustandes bei den Magen und Zwölffingerdarmgeschwüren (s.o. in Teil 10.2.1. VMG (S. 260)) identisch sein. Die Voraussetzungen sind erfüllt, wenn das Gewicht über 15 % unter dem Normalgewicht liegt. Wenn hier - im Gegensatz zu den Magen- und Darmerkrankungen - von „geringer bis mäßiger“ bzw. „deutlicher bis ausgeprägter“ (dort z.B. „andauernder erheblicher“) Beeinträchtigung bzw. Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes gesprochen wird, so dient dies eher der Verwirrung. Eine einheitliche Bezeichnung, möglichst noch verbunden mit einer Definition der Begriffe, wäre wünschenswert.

### **2. Bauchspeicheldrüsen-Transplantation / Pankreastransplantation**

Nach Empfehlungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft soll der GdB in den ersten beiden Jahren nach einer Nieren- / Pankreas- (= Bauchspeicheldrüsen-) Transplantation unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung mit 100 festgestellt werden. Danach soll er von den verbliebenen Funktionsstörungen abhängig sein; wegen der weiteren Immunsuppression soll er jedoch nicht unter 60 bewertet werden.

Der SVB hat sich diesen Empfehlungen unter der Voraussetzung angeschlossen, dass mit „Nieren- / Pankreas-Transplantation“ die heute bei Diabetikern meist durchgeführte Nieren- und Pankreastransplantation gemeint ist (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Pankreastransplantation“).

## Teil B: 11. Brüche

### 11.1 Leisten- oder Schenkelbruch

Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit

ein- oder beidseitig .....	0 - 10
bei erheblicher Einschränkung der Belastungsfähigkeit .....	20

### 11.2 Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie

Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie .....0 -10  
 Bauchnarbenbruch, angeborene Bauchwandbrüche und -defekte

ohne wesentliche Beeinträchtigung, je nach Größe .....	0 - 10
mit ausgedehnter Bauchwandschwäche und fehlender oder stark eingeschränkter Bauchpresse .....	20
mit Beeinträchtigung der Bauchorgane bei Passagestörungen ohne erhebliche Komplikationen .....	20 - 30
bei häufigen rezidivierenden Ileuserscheinungen .....	40 - 50
Bei schweren angeborenen Bauchwanddefekten mit entsprechender Beeinträchtigung der Bauch- und Brustorgane kommt auch ein höherer GdS in Betracht.	

### 11.3 Zwerchfellbrüche

Zwerchfellbrüche (einschl. Zwerchfellrelaxation)

Speiseröhrengleithernie .....	0 - 10
andere kleine Zwerchfellbrüche ohne wesentliche Funktionsstörung .....	0 - 10
größere Zwerchfellbrüche je nach Funktionsstörung .....	20 - 30
Komplikationen sind zusätzlich zu bewerten.	

Angeborene Zwerchfelldefekte mit Verlagerung von inneren Organen  
in den Brustkorb und Minderentwicklung von Lungengewebe

mit geringer Einschränkung der Lungenfunktion .....	40
sonst je nach Funktionsbeeinträchtigung der betroffenen Organe .....	50 - 100

**Teil B: 12. Harnorgane**

Die Beurteilung des GdS bei Schäden der Harnorgane richtet sich nach dem Ausmaß der Störungen der inkretorischen und exkretorischen Nierenfunktion und/oder des Harntransportes, das durch spezielle Untersuchungen zu erfassen ist.

Zu der Forderung nach speziellen Untersuchungen zur Erfassung des Ausmaßes der Schäden an den Harnorganen ist auf die Erläuterungen in der Nr. 8 AHP (s. S. 579 ff.) - unter Krankheiten der Harnorgane - zu verweisen.

Daneben sind die Beteiligung anderer Organe (z. B. Herz/Kreislauf, Zentralnervensystem, Skelettsystem), die Aktivität eines Entzündungsprozesses, die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die notwendige Beschränkung in der Lebensführung zu berücksichtigen.

Unter dem im Folgenden verwendeten Begriff „Funktionseinschränkung der Nieren“ ist die Retention harnpflichtiger Substanzen zu verstehen.

**12.1 Nierenschäden**

Bei der GdB-Bewertung eines Nierenschadens fließen Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens bzw. der Leistungsfähigkeit ein. Nicht zu berücksichtigen sind allerdings berufliche Nachteile, hier die Nichtübernahme in das Beamtenverhältnis, sowie die Gefahr einer zukünftigen Dialysepflicht (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 23.04.2014 - L 7 SB 61/11 -).

**12.1.1 Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere**

bei Gesundheit der anderen Niere .....	25
Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Schaden der anderen Niere, ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit krankhaftem Harnbefund .....	30

Bildet der Verlust einer Niere die alleinige Gesundheitsstörung, so ist hierfür im Bescheid ein GdB von 30 auszuweisen, da das Schwerbehindertenrecht nur die Feststellung von Behinderungsgraden in 10-er Schritten vorsieht und der GdB für den Nierenverlust exakt 25 entspricht (Beirat vom 22.10.1986: „GdB-Einschätzung bei Behinderungen, zu denen in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünfergrade angegeben sind“ - s. auch die Anmerkung zu Teil A 2 e VMG (S. 26).

Das angeborene Fehlen einer Niere bedingt im Gegensatz zu den AHP 1983 (damals 10) den gleichen GdB wie der spätere Verlust einer Niere (s. auch den jetzigen Wortlaut des Teils B 12.1.1 VMG). In beiden Fällen sind nämlich die Auswirkungen in allen Lebensbereichen gleich (Beirat vom 2.10.1990: „Beurteilung des GdB bei angeborenem Fehlen einer Niere“).

Die Bewertung des Verlustes einer Niere mit einem GdB von 25, also bei vollständiger Funktionstüchtigkeit der verbliebenen Niere, ist nicht unproblematisch. Solange die verbliebene Niere nämlich ihre Funktion erfüllt, sind keine Beeinträchtigungen, also keinerlei Auswirkungen festzustellen, die in Verbindung mit anderen Gesundheitsstörungen zu einer Erhöhung des Ausmaßes der durch diese anderen Gesundheitsstörungen hervorgerufenen Gesamtbeeinträchtigung führen. So ist auch das angeborene Fehlen einer Niere vielfach nur ein Zufallsbefund, kann also auch die Unkenntnis einer erhöhten Gefährdung wegen des Fehlens einer Niere nicht zu einer möglicherweise beachtenswerten psychischen Belastung führen. In Folge solcher Überlegungen wird der Einzel-GdB von 25 vielfach bei der Gesamt-GdB-Bildung überhaupt nicht berücksichtigt.

Dies ist jedoch differenzierter zu sehen: Bereits 1976 hat das BSG ausgeführt (BSG, Urteil vom 27.01.1976 - 8 RU 264/74 -), dass der Verlust einer Niere sowohl in der Unfallversicherung als auch im Recht der Kriegsopferversorgung zumindest mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten ist. Er stelle eine erhebliche Einschränkung der Verwendungsmöglichkeiten auf dem gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens dar, da dem Betroffenen nur noch mittelschwere Arbeiten in geschlossenen Räumen zuzumuten sind bzw. ihm durch Umsetzung oder Umschulung in eine seiner Behinderung gemäßigere Tätigkeit nur noch ein beträchtlich eingegrenzter Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes zur Verfügung stehe. Die Gesundheitsstörung erfordere vom Betroffenen auch in Bezug auf die mit der Restniere verknüpften körperlichen Besonderheiten und jederzeit drohenden Gefahr eine gegenüber Unverletzten zusätzliche Vorsicht, Zurückhaltung und besondere Anspannung der körperlichen und geistigen Kräfte. Dies sei bei der Festsetzung des MdE-Grades in Betracht zu ziehen.

Daraus folgt: Der Verlust / das Fehlen einer Niere ist bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigen. D.h. weiter, dass insoweit eine Erhöhung des durch die übrigen Gesundheitsstörungen hervorgerufenen Gesamt-GdB um - je nach Lage des Einzelfalls zumindest - 10 wegen des Nierenverlustes angemessen ist, dies zumindest solange, wie die Auswirkungen der übrigen Gesundheitsstörungen die des Nierenverlustes nicht völlig in den Hintergrund treten lassen. Dies wird allerdings bei höhergradig zu bewertenden anderen Gesundheitsstörungen vielfach anzunehmen sein.



Der Verlust einer Niere und des rechten Harnleiters, verbunden mit einer Neigung zu Nierensteinbildung ist mit einem GdB von höchstens 40 zu bewerten (LSG Berlin - L 13 Vs 44/79 -). Selbst ein Schaden der verbliebenen Niere führt, wenn damit keine Einschränkung der Nierenfunktion einhergeht, zu keinem höherem GdB als 30 (Teil B 12.1.1 VMG).

Nierenfehlbildung (z.B. Erweiterung des Nierenhohlsystems bei Ureterabgangsstenose, Nierenhypoplasie, Zystennieren, Nierenzysten, Beckenniere), Nephroptose

ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung .....	0 - 10
mit wesentlichen Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung .....	20 - 30

Nierensteinleiden ohne Funktionseinschränkung der Niere

mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten .....	0 - 10
mit häufigeren Koliken, Intervallbeschwerden und wiederholten Harnwegsinfekten .....	20 - 30

Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion (z.B. Glomerulopathien, tubulointerstitielle Nephropathien, vaskuläre Nephropathien), ohne Beschwerden, mit krankhaftem Harnbefund (Eiweiß und/oder Erythrozyten- bzw. Leukozytenausscheidung) ..... 0 - 10

### **12.1.2 Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion**

Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion,  
mit Beschwerden rezidivierende Makrohämaturie,  
je nach Häufigkeit ..... 10 - 30

Nephrotisches Syndrom

kompensiert (keine Ödeme) .....	20 - 30
dekompensiert (mit Ödemen) .....	40 - 50
bei Systemerkrankungen mit Notwendigkeit einer immunsuppressiven Behandlung .....	50

### **12.1.3 Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion**

Eine geringfügige Einschränkung der Kreatininclearance auf 50-80 ml/min bei im Normbereich liegenden Serumkreatininwerten bedingt keinen messbaren GdS.

#### **Nierenfunktionseinschränkung**

##### **leichten Grades**

(Serumkreatininwerte unter 2 mg/dl [Kreatininclearance ca. 35-50 ml/min], Allgemeinbefinden nicht oder nicht wesentlich reduziert, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit) ..... 20 - 30

(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 2 und 4 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden wenig reduziert, leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit) .....40

##### **mittleren Grades**

(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 4 und 8 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigt, mäßige Einschränkung der Leistungsfähigkeit) ..... 50 - 70

##### **schweren Grades**

(Serumkreatininwerte dauernd über 8 mg/dl, Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normalen Schulleistungen mehr) ..... 80 - 100

#### **1. Kreatininwerte unter 2 mg/dl**

Bei leichtgradigen Nierenfunktionseinschränkungen mit Kreatininwerten unter 2 mg/dl ist die Konstanz des Laborbefundes bedeutsam, da durch äußere Einflüsse (z.B. Dursten) durchaus kurzfristige Schwankungen der Nierenretentionswerte verursacht werden können. Zu berücksichtigen ist auch, dass geringgradige Überschreitungen des oberen Referenzbereiches der Nierenretention nicht zwangsläufig auf eine Krankheit hindeuten, sondern Ausdruck der Gauss'schen Normalverteilung sein können. Diagnostisch bedeutsamer als das einfach zu bestimmende Kreatinin und die Harnsäure ist die Bestimmung der Kreatinin-Clearance. Gerade in Fällen mittel- bis höhergradiger Niereninsuffizienz sollte der Clearance-Bestimmung der Vorzug gegeben werden, da hier Harnstoff und besonders das Kreatinin an diagnostischer Bedeutsamkeit abnehmen.

## 2. United States Renal Data System (USRDS)

Soweit u.a. in der Behindertentabelle (Schillings in ehemaliger behindertentabelle.de) in Anlehnung an die Stadieneinteilung der Niereninsuffizienz nach dem USRDS-Report 1997 andere Beurteilungskriterien vorgeschlagen werden, ist zuvor - d.h. bevor die Vorgaben der VMG in Frage gestellt wurden - im Einzelfall zu prüfen, ob sich überhaupt wesentliche Abweichungen ergeben.

Behindertentabelle:

**Stadium I:** kompensiertes Dauerstadium (leichte Einschränkung der Kreatinin-Clearance und der Konzentrationsfähigkeit bei noch normalen Retentionswerten = GdB 0 - 10

**Stadium II:** Stadium der kompensierten Retention (Azotämie), Kreatinin-Erhöhung bis 6 mg/dl (530 µmol/l) ohne klinische Urämie-Symptomatik = GdB 20 - 40

**Stadium III:** präterminale Niereninsuffizienz, Kreatininerhöhung > 6 mg/dl, bei Werten > 8 mg/dl treten in der Regel urämische Symptome auf, sogenannte dekompensierte Retention = GdB 50 - 70

**Stadium IV:** terminale Niereninsuffizienz (Urämie), Kreatinin-Werte > 10 mg/dl (884 µmol/l) = GdB 80 -100

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere  
mit Funktionseinschränkung der anderen Niere

leichten Grades .....	40 - 50
mittleren Grades .....	60 - 80
schweren Grades .....	90 - 100

Notwendigkeit der Dauerbehandlung mit Blutreinigungsverfahren  
(z.B. Hämodialyse, Peritonealdialyse) ..... 100

Bei allen Nierenschäden mit Funktionseinschränkungen sind Sekundärleiden (z.B. Hypertonie, ausgeprägte Anämie [Hb-Wert unter 8 g/dl], Polyneuropathie, Osteopathie) zusätzlich zu bewerten.

In den VMG ist der erläuternde Zusatz entfallen, dass bei Nierenschäden mit Funktionseinschränkungen Sekundärleiden bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen anzutreffen sind.

**12.1.4 Nierentumore - Nierentransplantation -  
Heilungsbewährung**

Nach Nierentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS entscheidend abhängig von der verbliebenen Funktionsstörung; unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist jedoch der GdS nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Nierentumors oder Nierenbeckentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom) im Stadium T1 No Mo (Grading G1) .....	50
nach Entfernung eines Nierenbeckentumors im Stadium Ta No Mo (Grading G1) .....	50

Nach Auffassung des SVBs beläuft sich die Dauer der Heilungsbewährung nach Entfernung eines Nierentumors im Stadium T 1 No Mo (Grading G 1) regelmäßig auf zwei Jahre, und zwar unabhängig davon, ob die Niere entfernt wurde oder nicht (Beirat vom 15./16.04.1997: „Heilungsbewährung nach Entfernung eines Nierentumors“ - zur TNM-Klassifikation s. (S. 592) Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation.

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom)	
---	--

im Stadium (T1 [Grading ab G2], T2) No Mo .....	60
in höheren Stadien wenigstens .....	80

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors	
--	--

im Stadium (T1 bis T 2) No Mo .....	60
in höheren Stadien wenigstens .....	80

nach Entfernung eines Nephroblastoms	
--------------------------------------	--

im Stadium I und II .....	60
in höheren Stadien wenigstens .....	80

Der SVB hat vorgeschlagen (Niederschrift über die Tagung vom 06./07.11.2008), im Abschnitt Heilungsbewährung von 5 Jahren den Zusatz „mit Entfernung der Niere“ und „einschließlich Niere und Harnleiter“ zu streichen. Entscheidend sei allein, dass ein Nierenzellkarzinom bzw. ein Nierenbeckentumor entfernt worden ist.

Der Vorschlag wurde durch die Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010 mit der Begründung umgesetzt: „Lange Zeit war die radikale Nephrektomie (vollständige Entfernung einer Niere) Standardtherapie des operablen malignen Nierentumors. Seit Jahren steigt der Anteil der Nierenteilresektionen (Nierenteilentfernungen) wegen dieser Erkrankung kontinuierlich an. Gemäß den neuen Leitlinien der European Association of Urologists (EAU) gilt die Nierenteilresektion bei organbegrenzten malignen Tumoren mit einem Durchmesser von unter 4 cm und gesunder kontralateraler Niere inzwischen als Standardtherapie. Selbst bei großen Tumoren mit einem Durchmesser von über 7 cm stieg die Teilresektionsrate nach einer Analyse des US-amerikanischen Krebsregisters von 4,6 % im Jahre 1988 auf 17,6 % im Jahre 2001 deutlich an. Dies führte nicht zu einer Veränderung der Prognose (vgl. Dtsch Ärztebl Int 2009; 106(8) 117-22). Mit der Streichung der Wörter „mit Entfernung der Niere“ und „einschließlich Niere und Harnwege“ wird der Wortlaut dem geltenden Stand der medizinischen Wissenschaft angeglichen, ohne die Beurteilungsmaßstäbe wesentlich zu verändern.“

## **12.2 Schäden der Harnwege**

### **12.2.1 Chronische Harnwegsentzündungen**

Chronische Harnwegsentzündungen (insbesondere chronische Harnblasenentzündung)

leichten Grades (ohne wesentliche Miktionsstörungen) .....	0 - 10
stärkeren Grades (mit erheblichen und häufigen Miktionsstörungen) .....	20 - 40
chronische Harnblasenentzündung mit Schrumpfbhase (Fassungsvermögen unter 100 ml, Blasenstenosen) .....	50 - 70

### **12.2.2 Entleerungsstörungen der Blase**

Bei Entleerungsstörungen der Blase (auch durch Harnröhrenverengung) sind Begleiterscheinungen (z.B. Hautschäden, Harnwegsentzündungen) ggf. zusätzlich zu bewerten.

Entleerungsstörungen der Blase

leichten Grades (z.B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln) .....	10
stärkeren Grades (z.B. Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines Blasenschrittmachers, erhebliche Restharnbildung, schmerzhaftes Harnlassen) .....	20 - 40
mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne wesentliche Begleiterscheinungen .....	50

- **Restharn**

Nach Teil B Nr. 12.2.2 VMG bedingen Entleerungsstörungen der Blase leichten Grades (z.B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln) einen Einzel-GdB von 10. Eine solche Störung mit geringgradiger Restharnbildung liegt bei einer Restharnmenge von 47 ml vor (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.12.2011 - L 13 SB 32/08 -).

- **Urinalträger**

Bei Urinalträgern kommt die Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ (S. 438) Teil D 1 VMG) nach Auffassung des SVBs nicht generell in Betracht. Die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich seien jedoch erfüllt, wenn ein ausreichender Verschluss des Urinals nicht gelinge oder wenn wegen häufiger entzündlicher Hautveränderungen im Genitalbereich erhebliche Schmerzen beim Gehen aufträten. Bei solchen wesentlichen Begleiterscheinungen sei der GdB auch mit über 50 zu beurteilen. Im Hinblick

auf den kleinen Personenkreis der Urinalträger sei eine Untersuchung erforderlich, wenn keine ausreichenden ärztlichen Befundunterlagen vorhanden sind (Beirat vom 25./26.03.1987: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Urinalträgern“).

### **12.2.3 Entfernung eines malignen Blasentumors - Heilungsbewährung**

Nach Entfernung eines malignen Blasentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung des Tumors im Frühstadium unter Belassung der Harnblase (Ta bis T1) No Mo, Grading G1) .....	50
--	----

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung im Stadium Tis oder T1 (Grading ab G2) .....	50
nach Entfernung in den Stadien (T2 bis T3a) No Mo .....	60
mit Blasenentfernung einschließlich künstlicher Harnableitung .....	80
nach Entfernung in höheren Stadien .....	100

Zu Karzinomen der Harnblasenschleimhaut niedriger Malignität hat der SVB zunächst darauf hingewiesen, dass die Beurteilung anhand des histologischen Befundes zu erfolgen habe. Im Übrigen würden nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits alle papillären Geschwülste der Harnblasenschleimhaut als „Karzinome“ bezeichnet, darunter auch viele Geschwülste ohne erkennbare Dysplasien, die in der Bundesrepublik mit „Papillome ohne Dysplasien“ benannt würden. Bei diesen Tumoren sei ebenso wie bei einem Carcinoma in situ keine Heilungsbewährung abzuwarten. Damit sei auch kein höherer GdB anzusetzen, als sich aus dem tatsächlich verbliebenen Organschaden ergebe (Beirat vom 23.11.1983: „Beurteilung der MdE bei „Karzinomen der Harnblasenschleimhaut niedriger Malignität“).

Allerdings wurde 2006 festgestellt, dass ausnahmsweise gerade beim Carcinoma in situ der Harnblase - wie bei dem der Brustdrüse - wegen der klinischen Besonderheiten (Multizentrität, bilaterales Auftreten und Entartungshäufigkeit) das Abwarten einer Heilungsbewährung begründet ist (s. dazu den - bereits mit den AHP 2006 eingefügten - Teil B 1 d VMG und die Anmerkung zu Teil B 1 VMG - Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle - unter „Einzelfälle“ (S. 138).

### 12.2.4 Harninkontinenz

relative	
leichter Harnabgang bei Belastung (z.B. Stressinkontinenz Grad I) .....	0 - 10
Harnabgang tags und nachts (z.B. Stressinkontinenz Grad II-III) .....	20 - 40
völlige Harninkontinenz .....	50
bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit .....	60 - 70
nach Implantation einer Sphinkterprothese mit guter Funktion .....	20

Zu Sphinkterprothesen hat der SVB 1987 ausgeführt: Die Implantation einer Sphinkterprothese - z.B. nach Scott - werde deshalb vorgenommen, um die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung zu verbessern. Dennoch habe eine Implantation der derzeit verwendeten Sphinkterprothesen selbst dann, wenn das Behandlungsziel erreicht werde, Auswirkungen für den Betroffenen und sei deshalb mit einem GdB zu bewerten (damals mit einem GdB von 10, ab 1996 mit einem GdB von 20).

Werde eine Harninkontinenz allerdings nicht beseitigt, müsse der GdB aus den verbliebenen Funktionsstörungen des Grundleidens gebildet werden. Der dabei für eine Harninkontinenz vorgegebene GdB umfasse in der Regel die Auswirkungen einer Sphinkterprothese, sofern diese nicht wesentlich seien (Beirat vom 25./26.03.1987: „Beurteilung des GdB bei wegen Harninkontinenz“).



Harnröhren-Hautfistel der vorderen Harnröhre bei Harnkontinenz .....	10
Harnweg-Darmfistel bei Analkontinenz, je nach Luft- und Stuhlentleerung über die Harnröhre .....	30 - 50
<b>Künstliche Harnableitung (ohne Nierenfunktionsstörung)</b>	
in den Darm .....	30
nach außen .....	30
mit guter Versorgungsmöglichkeit .....	50
sonst .....	50
(z.B. bei Stenose, Retraktion, Abdichtungsproblemen) .....	60 - 80
<b>Darmneoblase mit ausreichendem Fassungsvermögen, ohne Harnstau, ohne wesentliche Entleerungsstörungen .....</b>	
	30

### **1. Teilresektion der Harnblase**

Hierzu hat der SVB sich wie folgt geäußert: Durch eine Teilresektion der Harnblase werde das Blasenfassungsvermögen verringert. Deshalb habe eine Analogbewertung zu der Schrumpfblase (s. dazu Teil B 12.2.1 VMG - Chronische Harnwegsentzündungen (S. 290)) zu erfolgen. Allerdings sei nach ein oder zwei Jahren eine Nachuntersuchung angezeigt, da die Blasenwandschichten eine gute Regenerationsfähigkeit besäßen und es damit nach der Operation in der Regel wieder zu einer Besserung bzw. Normalisierung der Blasenkapazität komme. Die Gesundheitsstörung solle im Bescheid nicht als „Schrumpfblase“, sondern als „Verminderung des Blasenfassungsvermögens“ bezeichnet werden (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB bei Teilresektion der Harnblase“).

### **2. Blasenekstrophie**

Bei Kindern, die mit Blasenekstrophie (Spaltblase, Fehlbildung im Bereich der vorderen Blasen- und ggf. Bauchwand mit Freiliegen der hinteren Blasenwand) geboren wurden, sei eine pauschale Beurteilung nicht möglich. Vielmehr sei eine Einzelfallbeurteilung unter Berücksichtigung aller Funktionsstörungen erforderlich (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Blasenekstrophie“).

## Teil B: 13. Männliche Geschlechtsorgane

### 13.1 Verlust des Penis

Verlust des Penis .....	50
Teilverlust des Penis	
Teilverlust der Eichel .....	10
Verlust der Eichel .....	20
Sonst .....	30 - 40

Nach Entfernung eines malignen Penistumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit nach Entfernung im Frühstadium (T1 bis T2) No Mo

bei Teilverlust des Penis .....	50
bei Verlust des Penis .....	60
mit vollständiger Entfernung der Corpora cavernosa .....	80
nach Entfernung in höheren Stadien .....	90 - 100

### 13.2 Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens

Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens bei intaktem anderen Hoden .....	0
Unterentwicklung, Verlust oder vollständiger Schwund beider Hoden	
in höherem Lebensalter (etwa ab 8. Lebensjahrzehnt) .....	10
sonst je nach Ausgleichbarkeit des Hormonhaushalts durch Substitution .....	20 - 30
vor Abschluss der körperlichen Entwicklung .....	20 - 40

Verlust oder Schwund eines Nebenhodens .....	0
Verlust oder vollständiger Schwund beider Nebenhoden und/oder Zeugungsunfähigkeit (Impotentia generandi) .....	0
in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch .....	20
Impotentia coeundi bei nachgewiesener erfolgloser Behandlung ...	20

#### **1. Penisprothese**

Bei einer erektilen Dysfunktion können operativ Penisprothesen implantiert werden, um eine Impotentia coeundi zu beheben. Dabei handelt es sich in der Regel um mehrteilige Silikonimplantate, die in beide Corpora cavernosa (die eigentliche Prothese) und in das Skrotum und den Unterbauch (Pumpe und Flüssigkeitsreservoir) implantiert werden; der Füllungszustand der in den Corpora cavernosa liegenden Silikonimplantate ist variabel.

Auf diese Grundlage hat der SVB ausgeführt, dass der GdB für eine Penisprothese jeweils entsprechend dem Ergebnis der operativen Behandlung und entsprechend den mit der Herstellung der Erektion verbundenen Manipulationen am implantierten Fremdmaterial festzustellen sei. In Anlehnung an den für eine Impotentia coeundi vorgegebenen GdB von 20 komme hier ein GdB von 10 bis 20 in Betracht (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Implantation einer Penisprothese“).

## **2. Impotentia coeundi**

Die Impotentia coeundi (Unvermögen, den Beischlaf überhaupt oder in physiologischer Weise auszuführen) ist normalerweise eine Begleiterscheinung einer anderen Gesundheitsstörung und daher (in einem Einzel-GdB) zusammen mit der anderen Gesundheitsstörung zu beurteilen. Bei außergewöhnlichen psychoreaktiven Störungen kann unabhängig von der die Impotenz auslösenden Erkrankung ein GdB von bis zu 40 in Ansatz gebracht werden. Bei isolierter Betrachtung soll im Allgemeinen ein GdB von 20 angemessen sein (Beirat vom 24.04.1985: „Beurteilung des GdB bei Impotenz“ - siehe dazu auch BSG, Urteil vom 22.04.1959, BSGE 9, 291).

Unter dem 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Änderung der AHP veröffentlicht; im Absatz „Verlust oder vollständiger Schwund beider Nebenhoden ...“ unter Impotentia coeundi bei nachgewiesener erfolgloser Behandlung“ sind die Worte „und nicht altersbedingt“ zu streichen. Hintergrund dafür war, dass eine Definition dieses Alters wohl nicht möglich war (Beirat vom 17./18.05.2006: „Altersbedingte Impotentia coeundi“).

## **3. Kinderwunsch**

S. hierzu zunächst die Anmerkung zu Teil B 14.2 VMG - Kinderwunsch in jüngerem Lebensalter(S. 304): Dort ist der SVB davon ausgegangen, dass bei Frauen unter „jüngerem Lebensalter“ ein Lebensalter von unter 50 Jahren zu verstehen ist, weil offenbar bis dahin ein solcher Wunsch ohne eine die Erfüllung dieses Wunsches verhindernde Gesundheitsstörung als realisierbar angesehen wurde. Da nun aber Männer in der Regel in diesem und vor allem auch späterem Lebensalter nicht gleichen biologischen Machbarkeitsgrenzen unterliegen, sondern durchaus auch in höherem Lebensalter noch einen bestehenden Kinderwunsch biologisch zu verwirklichen in der Lage sind, stellt sich die Frage, warum auch bei diesen bei der Zeugungsunfähigkeit (impotentia generandi) die Altersgrenze „in jüngerem Lebensalter“ gezogen wird. Nicht begründbar erscheint, dass z.B. ein Mann, der seinen Kinderwunsch verwirklichen will und kann und nur durch eine im 55. Lebensjahr aufgetretene, seine Zeugungsfähigkeit vernichtende Erkrankung bei der GdB-Bewertung schlechter gestellt wird, als

ein 49jähriger. Weiter führen kann hier auch nicht eine weite Auslegung der Vorgaben der VMG, dass eine Impotentia coeundi unabhängig vom Lebensalter ebenfalls einen GdB von 20 bedingt.

Das SG Marburg hat sich hingegen dem Sachverständigenbeirat (s.o.) angeschlossen, in dem es den Zeitraum, in dem Männer üblicherweise eine Vaterschaft anstreben, mit bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres bemessen hat. Zudem hat es aber die Forderung aufgestellt, dass - abweichend von der o.a. Empfehlung des Sachverständigenbeirats und damit schon aus Gründen der Gleichbehandlung kaum haltbar - die Partnerin, mit der der Kinderwunsch verwirklicht werden soll, das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dabei soll der Kinderwunsch - z.B. durch entsprechende Dispositionen im persönlichen Lebensbereich oder durch einschlägige ärztliche Beratungen und Behandlungen - belegt werden (SG Marburg, Urteil vom 28.06.2010 - S 1 SB 54/08 -).

#### ***4. Psychoreaktive Störungen - wegen Zeugungsunfähigkeit -***

Psychoreaktive Störungen - hier wegen Zeugungsunfähigkeit -, die nach ärztlicher Erfahrung bei einer derartigen Behinderung üblicherweise auftreten, sind bei dem in den VMG dafür genannten GdB wie bei allen anderen sonstigen Gesundheitsstörungen bereits berücksichtigt (s. (S. 29) Teil A 2 i VMG bzw. die Anmerkung Teil A 2 i VMG). Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen, die einen höheren GdB bedingen können, sind dagegen dann anzunehmen und zu berücksichtigen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen (z.B. eine Psychotherapie) erforderlich ist (LSG Berlin, Urteil vom 09.10.2001 - L 13 SB 22/01 -).

Der in den AHP 2008 zu der Rubrik „Unterentwicklung, Verlust oder vollständiger Schwund beider Hoden“ und zur „Impotentia generandi“ - an sich selbstverständliche - Hinweis, dass außergewöhnliche psychoreaktive Störungen ggf. zusätzlich zu berücksichtigen sind, ist den VMG übrigens entfallen.

**13.3 Hydrozele**

Hydrozele (sog. Wasserbruch) .....	0 - 10
Varikozele (sog. Krampfadernbruch) .....	0 - 10

**13.4 Nach Entfernung eines malignen Hodentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.**

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines Seminoms oder nichtseminomatösen Tumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 .....	50
--	----

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung eines Seminoms im Stadium (T1 bis T2) N1 M0 bzw. T3 N0 M0 .....	50
nach Entfernung eines nichtseminomatösen Tumors im Stadium (T1 bis T2) N1 M0 bzw. T3 N0 M0 .....	60
in höheren Stadien .....	80

Nach Auffassung des SVBs ist der GdB für eine TIN des Hodens (testikuläre intraepitheliale Neoplasie, früher Carcinoma in situ des Hodens) nicht unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung zu beurteilen. Der Tumor neigt nach seiner Entfernung nicht zu Rezidiven; die Bedrohung für den Betroffenen sei gering. Die Feststellung des GdB habe deshalb allein nach den tatsächlich vorhandenen Funktionsstörungen zu erfolgen; selbst wenn eine Therapie (Hodenentfernung oder Bestrahlung) erforderlich sei, komme eine Gleichsetzung mit einem Seminom des Stadiums T1 N0 M0 nicht in Betracht.

Der SVB hat sich dabei auf wissenschaftliche Literatur wie „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren“, Urologe A1/99 und 2/99, berufen. Danach sei eine TIN eine intratubuläre Neoplasie, bei der nach ihrer Beseitigung fast nie mit Rezidiven zu rechnen sei und bei der in besonders gelagerten Fällen sogar eine spezielle Behandlung zugunsten einer Überwachungsstrategie unterbleiben könne. Nach der Stadieneinteilung der UICC von 1997, die eine stärkere prognostische Aussagekraft habe, werde ein Hodentumor Tis N0 M0 (entsprechend TIN) dem Stadium 0 zugeordnet, während T1 N0 M0-Tumore bereits dem Stadium I entsprechen (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim TIN des Hodens“ - s. auch zur TNM-Klassifikation (S. 592) Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation).

**13.5 Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse**

Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie

ohne wesentliche Miktionsstörung .....	0 - 10
mit andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen .....	20

**Prostataadenom**

Der GdS richtet sich nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion.

**13.6 Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.**

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung im Stadium T1a No Mo (Grading G1) .....	50
---	----

Die jetzige Fassung der AHP entspricht dem Rundschreiben des BMA vom 20.03.2001 - BM VI a 5 - 65463 - 3. Hintergrund für die Neufassung war: Ein Prostatakarzinom im Stadium T1a No Mo (Grading G1) wurde früher in den AHP als sog. „inzidentelles Karzinom“ bezeichnet. Nach der „neuen“ TNM-Klassifikation kann ein inzidentelles Karzinom aber auch im Tumorstadium T1b No Mo vorliegen; die Situation in diesem Tumorstadium ist für den Betroffenen jedoch ungünstiger als im Stadium T1a No Mo. Der SVB hatte deshalb empfohlen, den das Stadium T1a No Mo erläuternden Klammerzusatz „auch sog. inzidentelles Karzinom“ zu streichen (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei inzidentellem Prostatatumor“ - s. auch zur TNM-Klassifikation (S. 592) Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation).

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung in den Stadien T1a No Mo (Grading ab G2) und (T1b bis T2) No Mo .....	50
nach Entfernung in höheren Stadien wenigstens .....	80

**Maligner Prostatatumor**

ohne Notwendigkeit einer Behandlung .....	50
auf Dauer hormonbehandelt wenigstens .....	60

Aus einem signifikant erhöhten prostataspezifischen Antigen-Wert (PSA-Wert) kann nach medizinischen Maßstäben nur darauf geschlossen werden, dass höchstwahrscheinlich ein Prostatakarzinom vorliegt. Wird allerdings alsbald eine Biopsie durchgeführt, die einen Prostatakrebs bestätigt, besteht im Zusammenhang mit dem erhöhten PSA-Wert eine an Gewiss-

heit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass bereits zum Zeitpunkt der Feststellung des erhöhten PSA-Wertes ein maligner Prostatatumor bestand (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25.04.2013 - L 13 SB 3/13 -).

Nach vollständiger operativer Entfernung der Prostata spricht der Anstieg des prostataspezifischen Antigens (PSA) für ein lokales Rezidiv oder für eine eingetretene Metastasierung (Beirat vom 25./26. 11 1998: „Gutachtliche Beurteilung des Prostatakarzinoms“; SG Aachen, Urteil vom 29.04.2014 - S 12 SB 412/13 -). Wenn nach einer transurethralen Prostataresektion ein vorher erhöhter PSA-Wert auf einen sehr niedrigen Wert abfällt, ist dies allerdings noch nicht der Beweis, dass der Tumor vollständig entfernt worden ist. Erst wenn ein deutlich erniedrigter PSA-Wert über einen längeren Beobachtungszeitraum konstant bleibt, ist dies Indiz für die Tumorentfernung (Beirat vom 25. bis 26. November 1998: „Gutachtliche Beurteilung des Prostatakarzinoms“).

Wenn nach operativer Entfernung eines Prostatakarzinoms im Stadium T2 No Mo histologisch ein Tumorrest festgestellt wird, kommt eine Heilungsbewährung nicht in Betracht. Eine Heilungsbewährung liegt vielmehr nur bei vollständiger Entfernung eines Tumors vor (Beirat vom 24. bis 25. April 2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Prostata-Teilresektion“).

Eine beiderseitige plastische Orchiektomie bei einem Prostatakarzinom ist als eine Hormonbehandlung anzusehen (Beirat vom 25. bis 26. November 1998: „Gutachtliche Beurteilung des Prostatakarzinoms“). Bei einem hormonbehandelten Prostatakarzinom greift das Rechtsinstitut der Heilungsbewährung ebenfalls nicht. Der GdB ist bei derart behandelten Prostatakarzinomen nach Auffassung des SVBs auf Dauer mit wenigstens 50 - in entsprechend fortgeschrittenen Tumorstadien bis zu 100 - zu beurteilen. Die Hormonbehandlung sei nämlich lediglich eine Palliativmaßnahme; sie könne nicht zu einer Beseitigung und damit nicht zu einer Heilung des Tumors führen. Ebenso werde ein Prostatakarzinom durch die Hormonbehandlung nicht in einen gutartigen Tumor umgewandelt (Beirat vom 30. Oktober 1985: „Beurteilung der MdE bei hormonbehandeltem Prostatakarzinom“).

Bei der Strahlentherapie des Prostatakarzinoms (Brachytherapie / Seed-Implantation) beginnt die Zeit der Heilungsbewährung wie bei anderen Behandlungsmethoden mit der klinischen Entfernung des Tumors, d.h. mit Ende der Basistherapie (bei den o.g. Verfahren in der Regel nach 4 bis 6 Wochen) und nicht erst dann, wenn der PSA-Spiegel gegen 0 sinkt. Eine weitere, adjuvante Therapie verschiebt den Beginn der Heilungsbewährung nicht (Beirat, Rundschreiben vom 20.12.2007: „Heilungsbewährung nach Entfernung eines Prostatakarzinoms“).

## Teil B: 14. Weibliche Geschlechtsorgane

### 14.1 Verlust der Brust (Mastektomie)

einseitig .....	30
beidseitig .....	40

Segment- oder Quadrantenresektion der Brust ..... 0 - 20

Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z.B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je nach Ergebnis (z.B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)

nach Mastektomie

einseitig .....	10 - 30
beidseitig .....	20 - 40

nach subkutaner Mastektomie

einseitig .....	10 - 20
beidseitig .....	20 - 30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommt ein geringerer GdS in Betracht.

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während dieser Zeit

bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0 .....	50
bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0 .....	60
in höheren Stadien wenigstens .....	80

Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse ist in den ersten zwei Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der GdS beträgt während dieser Zeit 50.

#### 1. GdB bei Verlust der Brust

Mit häufig von den Betroffenen herangezogenem Urteil vom 02.06.1989 hat das SG Frankfurt (Breithaupt 1990, S. 40 ff) ausgeführt, dass die Vor-



gaben der AHP (nunmehr VMG) sowohl für die einseitige als auch die beidseitige Brustamputation nicht angemessen seien. Es würde nicht ausreichend berücksichtigt, welche Bedeutung die weibliche Brust für die weibliche Identitätsbildung habe und dass es nach einer Ablatio einer oder beider Brüste durchaus zu massiven psychovegetativen Beschwerden komme. Auch nach Ablauf der Heilungsbewährung ohne Krebsneuentwicklung sei im Vergleich mit der Bewertung des Verlustes des Geschlechtsorgans beim Mann ein GdB von 50 angemessen.

Der SVB hat die Entscheidung des SG, soweit es den Gesamt-GdB unter Berücksichtigung aller Auswirkungen - also auch gesondert bestehender außergewöhnlicher psychischer Beeinträchtigungen - insgesamt mit 50 beurteilt hat, nicht in Zweifel gezogen. Allerdings seien für den Verlust der Brust allein weiterhin die Vorgaben der AHP (VMG) anzuwenden (Beirat vom 10.04.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Verlust der Brust“). Diesen Vorgaben wird auch in der Rechtsprechung (h.M.) gefolgt. Zu berücksichtigen ist nämlich, dass nach Teil A 2 i VMG (früher Nr. 18 Abs. 8 AHP - s. auch die Anmerkung zu Teil A 2 i VMG (S. 29)) die in der GdB-Tabelle niedergelegten Sätze bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen - ausdrücklich genannt ist hier im Übrigen gerade der Verlust der weiblichen Brust - beinhalten. Ein höherer GdB als in den AHP vorgegeben, kommt erst dann - wie auch in der Nr. 26.14 AHP ausgeführt - in Betracht, wenn seelische Begleiterscheinungen bestehen, die erheblich über die dem Ausmaß der organischen Veränderungen entsprechenden üblichen seelischen Begleiterscheinungen hinausgehen. Ein wesentliches Indiz dafür ist, dass von der Betroffenen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden muss.

## **2. GdB bei Mammakarzinom**

Ein maligner Brustdrüsentumor im Stadium T1-2 pN2 Mo ist nach Beurteilung des SVBs entsprechend den „anderen Stadien“ mit einem GdB von wenigstens 80 zu bewerten (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Mammakarzinom“ - zur TNM-Klassifikation s. Allgemeine Anmerkung - TNM-Klassifikation (S. 592)).

## **3. GdB bei Carcinoma in situ der Brust**

Nach 1990 vertretener Auffassung des SVBs stellt ein Carcinoma in situ (Cis) keinen invasiv wachsenden Tumor dar. Seine operative Entfernung bedeute in aller Regel Heilung, eine Bestrahlung sei in diesem Fall nicht indiziert. Der GdB bestimme sich deshalb allein aus den Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen. Eine Höherbewertung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung komme nicht in Betracht (Beirat vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB bei Carcinoma in situ der Brust“).

Ab 1997 wurde allerdings berücksichtigt, dass es beim Cis der Brust zwei unterschiedliche Formen - ein lobuläres und ein duktales Cis - gibt. Das lobuläre Cis der Brust - so der SVB - sei mit dem Cis der Harnblase vergleichbar, für das in Nr. 26.12 AHP (jetzt Teil B 12.2.3 VMG - s. (S. 291) die Anmerkung zu Teil B 12.2.3 VMG) eine Heilungsbewährung in Betracht komme, während für ein lobuläres Cis der Brust eine solche nicht vorgesehen sei. Die Befragung mehrerer Sachverständiger zum duktalem und lobulärem Cis der Brustdrüse ergab, dass sich beide Tumoren klinisch nicht eindeutig von einem Malignom der Brust im Stadium T1pN0Mo unterscheiden. Der SVB empfahl deshalb, den Klammerzusatz „Ausnahme: Carcinoma in situ“ in Nummer 26.14 AHP (1996) mit der Folge zu streichen, dass auch bei einem Cis der Brustdrüse die Heilungsbewährung abzuwarten ist. Dies wurde redaktionell mit den AHP 2004 umgesetzt (Beirat vom 15./16.04.1997 und 12./13.11.1997: „Heilungsbewährung bei lobulärem Carcinoma in situ der Brust“ und „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei lobulärem Carcinoma in situ der Brust - Frage der Heilungsbewährung“).

Mit Schreiben vom 12.12.2006 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales schließlich ergänzend ausgeführt, dass ein Cis grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung rechtfertige, ausgenommen seien das Cis der Harnblase und der Brustdrüse (intraduktales und lobuläres Carcinoma in situ). Hier sei wegen der klinischen Besonderheiten eine Heilungsbewährung abzuwarten. Es wurden als grundsätzliche Regelung Nr. 26.1 Abs. 4 AHP (jetzt Teil B 1 d VMG) eingefügt und entsprechende redaktionelle Anpassungen vorgenommen (Entfall des Zusatzes „Ausnahme: Carcinoma in Situ“ in Nr. 26.14 AHP (jetzt Teil B 14.2 VMG) bei Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors, eines malignen Scheidentumors und eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile, bei denen also - wie bisher - ein Cis kein Abwarten einer Heilungsbewährung rechtfertigt). Für die Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse wurde während der Zeit einer Heilungsbewährung von 2 Jahren der GdB mit 50 festgesetzt (s. dazu auch Beirat vom 17./18.05.2006: „Carcinoma in Situ“).

#### **4. Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor**

Fraglich war, ob nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors der Beginn des für die Annahme einer Heilungsbewährung maßgebenden Zeitraums unmittelbar auf den Anschluss an die Operation oder erst auf den Abschluss der adjuvanten Therapie (Hormontherapie, Chemotherapie) festzulegen sei.

Der SVB hat dazu die Auffassung vertreten, maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung sei der Zeitpunkt der Operation. Im Rahmen der Begutachtung sei davon auszugehen, dass die adjuvante Therapie lediglich wegen der Unsicherheit durchgeführt werde, ob trotz operativen Eingriffs nicht doch noch Tumorzellen zurückgeblieben sind. Die adjuvante Therapie diene dann nur dazu, den durch die operative Entfernung des Tumors herbeigeführten Zustand zu sichern (Beirat vom 26.04.1989: „Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor“).

Auf die Frage eines Gerichts, ob bei der GdB-Bewertung nach der Entfernung eines Mammakarzinoms im Hinblick auf neuere Statistiken, die für eine über fünf Jahre hinaus anhaltende erhebliche Rezidivgefahr sprechen könnten, eine Heilungsbewährung von zehn Jahren abzuwarten sei und ob insoweit die AHP ggf. geändert werden müssten, hat der SVB 1986 festgestellt, dass die bekannten Statistiken nicht einheitlich und nicht eindeutig seien. Ein Sachverständigengespräch, bei dem die Zeit der Heilungsbewährung auch bei einigen anderen bösartigen Tumoren zu prüfen sei, wurde empfohlen (Beirat vom 22.10.1986: „Zeit der Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor“).

Ob - und erst recht mit welchem Ergebnis - ein solches Sachverständigengespräch zu der Frage der Heilungsbewährung nach Brustdrüsentumor auch geführt wurde, ist nicht bekannt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Frage bereits bei den Erörterungen zur Neufassung der AHP 1996 mit dem aus den AHP 1996 ersichtlichen und mit den AHP 2004 pp fortgeschriebenen Ergebnis besprochen wurde (s. dazu (S. 131) die Anmerkung zu Teil B 1 VMG unter „Zeit der Heilungsbewährung“).

### **5. Gen-Mutation**

Im Zusammenhang mit einer Heilungsbewährung nach (Brust)krebserkrankung führt eine genetische Disposition des behinderten Menschen (hier Mutation im BRCA1-Gen), die mit der nachweislich erhöhten Gefahr einer erneuten Krebserkrankung verbunden ist, bei rückfallfreiem Ablauf der Heilungsbewährungszeit nicht zu deren Verlängerung, auch wenn der höhere GdB während der Zeit der Heilungsbewährungsphase vielfach durch die psychische Belastung aufgrund der Krebserkrankung bedingt wird. Einer psychischen Beeinträchtigung aufgrund der nachgewiesenen genetischen Disposition für eine Krebserkrankung ist nach Ablauf der Heilungsbewährung durch die GdB-Bewertung der festzustellenden Auswirkungen dieser Beeinträchtigung Rechnung zu tragen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 14.11.2013 - L 10 SB 166/12 -).

**14.2 Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität**

Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität ..... 0

in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch ..... 20

***Kinderwunsch in jüngerem Lebensalter***

In den VMG wird für die GdB-Beurteilung an verschiedenen Stellen auf einen noch bestehenden Kinderwunsch in „jüngerem Lebensalter“ abgestellt.

Den Ausführungen des SVBs vom April 1986 ist zu entnehmen, dass zumindest bei der Frau unter „jüngerem Lebensalter“ ein Alter von unter 50 Jahren zu verstehen ist. Insoweit befindet sich der Beirat in Übereinstimmung mit dem medizinischen Wörterbuch Pschyrembel (Stichwort Postmenopause, Klimakterium).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei einer Frau, bei der in diesem jüngeren Lebensalter die Gebärmutter bzw. die Eierstöcke entfernt werden, noch ein Kinderwunsch bestand. Eines besonderen Nachweises des Kindeswunsches bedarf es nicht. Eine andere Beurteilung könnte sich aber z.B. dann ergeben, wenn die betroffene Frau in einem der Operation vorangegangenen Aufklärungsgespräch ausdrücklich erklärt hat, dass sie keinen Kinderwunsch habe.

Bereits 1983 gelangte der SVB - anlässlich einer Diskussion über den „Verlust beider Eierstöcke“ - zu der Auffassung, dass ein Älterwerden der Frau für sich allein gesehen noch nicht als eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen (s. (S. 98) § 48 SGB X bzw. die Anmerkung zu Teil A 7 VMG) anzusehen sei. Vielmehr müsse berücksichtigt werden, aufgrund welchen medizinischen Sachverhalts die Erstfeststellung des GdB bei der „jungen“ Frau nach einem Verlust der Eierstöcke erfolgt sei. Dies bedeute (Beirat vom 23.04.1986 und vom 08.bis 09.11.2000 sowie Auskunft des BMA vom 28.04.2000: „Frage einer wesentlichen Änderung nach Feststellung des Verlustes beider Eierstöcke“ - „Gutachtliche Beurteilung bei Verlust der Gebärmutter - Definition „jüngerer Lebensalter“):

- Wenn nach den Unterlagen z. zT. der Erstfeststellung hormonelle Ausfallserscheinungen, wie z.B. ausgeprägte vegetative Störungen, bestimmend waren und wenn sich diese mit dem Älterwerden zurückgebildet haben, sei von einer wesentlichen Besserung auszugehen.
- Wenn außergewöhnliche psychoreaktive Störungen maßgeblich waren und wenn sich diese gebessert haben oder abgeklungen sind, könne ebenso von einer wesentlichen Besserung ausgegangen werden.
- Eine Herabsetzung des GdB komme jedoch nicht in Betracht, wenn lediglich wegen der regelhaften (psychischen) Auswirkungen eines nicht

realisierbaren Kinderwunsches ein GdB festgestellt worden sei. In diesem Fall lasse sich nicht nachweisen, dass solche Auswirkungen des Verlustes beider Eierstöcke im Alter nicht mehr oder in geringerem Ausmaß vorhanden seien.

Diese Ausführungen gelten auch nach „Inkrafttreten“ der AHP 1996 / 2004 bzw. der VMG weiter.

Die Ausführungen des SVBs sind zu konkretisieren: Zutreffend ist, dass das Älterwerden der Frau für sich allein keine wesentliche Änderung in den Verhältnissen (s. (S. 98) § 48 SGB X bzw. die Anmerkung zu Teil A 7 VMG bzw. Teil A 7 VMG) darstellt. Damit ist aber unabhängig von allen anderen Faktoren (hormonelle Ausfallerscheinungen, außergewöhnliche psychische Störungen etc.) regelhaft und auf Dauer ein GdB von 20 bei aufgrund von Gesundheitsstörungen vor dem 50. Lebensjahr unerfüllbarem Kinderwunsch in Ansatz zu bringen. Eine Herabsetzung dieses GdB von 20 kommt deshalb auch dann nicht in Betracht, wenn bei der ursprünglichen GdB-Feststellung hormonelle Ausfallerscheinungen, außergewöhnliche psychische Störungen etc. berücksichtigt worden sind. Etwas anderes gilt nur dann, wenn diese Faktoren seinerzeit dazu beigetragen haben, den ursprünglichen GdB höher als mit 20 zu bemessen.

Fraglich bleibt auch nach den o.g. Beschlüssen des SVBs, wie der GdB bei Frauen, deren Gebärmutter in jüngerem Lebensalter entfernt wurde, zu beurteilen ist, wenn der Antrag auf Feststellung des GdB erst nach Vollenendung des 50. Lebensjahres gestellt wird. Hierzu hat das SG Düsseldorf (Urteil vom 23.08.1999 - S 31 SB 405/98 -) ausgeführt, dass sich bei diesen Frauen ein Kinderwunsch nicht erfüllen konnte; wegen Fortbestehen der Kinderlosigkeit sei auch über das 50. Lebensjahr hinaus ein GdB von 20 festzustellen. Dieser Auffassung ist zuzustimmen; denn der den GdB von 20 rechtfertigende Kinderwunsch besteht und beeinträchtigt unabhängig vom Lebensalter.

In der Praxis dürfte der aufgrund Gebärmutterverlustes pp „unerfüllte Kinderwunsch“ allerdings nicht von wesentlicher Bedeutung sein, scheint der daraus resultierende GdB-Wert doch eher „statistisch“. Resultiert aus dem „unerfüllten Kinderwunsch“ der höchste Einzel-GdB, wird dieser in der Regel zwar den Gesamt-GdB bestimmen. Bestehen aber daneben Gesundheitsstörungen, die den gleichen GdB oder einen höheren GdB bedingen, werden allein diese für den Gesamt-GdB ausschlaggebend sein. Der Gesamt-GdB wird nämlich nach Teil A 3 VMG (s. (S. 35ff) auch die Anmerkung zu Teil A 3 VMG) aus den Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen gebildet; funktionelle o.ä. Beeinträchtigungen aus einem Verlust beider Eierstöcke pp mit unerfülltem Kinderwunsch werden aber tatsächlich kaum feststellbar sein - das gilt erst recht in höherem Lebensalter, wenn der frühere Kinderwunsch „in Vergessenheit“ geraten ist bzw. in keiner Weise erkenntlich auf die Betroffene einwirkt.

Sollte jedoch entgegen der Regel eine messbare Beeinträchtigung bestehen, müsste auch gleichzeitig geprüft werden, ob sich aus dem aufgrund Erkrankung unerfüllten Kinderwunsch nicht eine weit schwerwiegendere pathologische Beeinträchtigung - psychischer Natur - entwickelt hat. Auf diesem Weg wird man dem unerfüllten Kinderwunsch bzw. dessen Folgen ohnehin am Ehesten gerecht werden können. So ist z.B. auch schwer nachzuvollziehen, bei einer Frau mit seit 30 Jahren bestehendem Kinderwunsch nach einem im 49. Lebensalter eingetretenem Gebärmutterverlust einen GdB von 20 festzustellen und sich dabei auf den - nunmehr wegen Gebärmutterverlustes - unerfüllten Kinderwunsch zu berufen. Ebenso wie bei dieser Frau müsste bei einem Mann, der aus welchen Gründen auch immer kinderlos geblieben ist, nicht auf eine „organische“ Beeinträchtigung abgestellt, sondern geprüft werden, ob sich ggf. aus dem Umstand der Kinderlosigkeit an sich eine messbare „seelische“ Beeinträchtigung entwickelt hat.

### ***Geschlechtsangleichende Operation***

Eine Transsexualität nach Durchführung einer geschlechtsangleichenden Operation stellt für sich genommen keine eigenständige Funktionseinschränkung mit Auswirkungen auf den GdB dar. Ist die Operation medizinisch erfolgreich durchgeführt, besteht keine Gesundheitseinschränkung, die bei der Bildung des Gesamt-GdB erhöhend zu berücksichtigen wäre. Dass eine geschlechtsangleichende Operation den körperlich anatomischen Zustand einer Frau nicht erreicht, weil sie eine Herstellung der inneren zur Fortpflanzung notwendiger Organe einer Frau nicht bewerkstelligt werden kann, stellt keine Behinderung dar. Eine Analogie zum Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität in jüngeren Lebensalter bzw. zum Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke in jüngeren Lebensalter bei jeweils noch bestehenden Kinderwunsch und unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonhaushalts scheidet aus (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.07.2010 - L 8 SB 3543/09 -).

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

S. hierzu die Anmerkung zu Teil B 1 VMG - Allgemeine Hinweise zur GdS - Tabelle - unter 13. Einzelfälle (S. 138), hier Carcinoma in situ- Entfall des Zusatzes „Ausnahme: Carcinoma in Situ“ bei Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren	
nach Entfernung eines Zervixtumors (Mikrokarzinom)	
im Stadium T1a N0 M0 .....	50
nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des Myometrium) .....	50

Nach Teil B 14.2 VMG ist der GdB nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration des inneren Drittels des Myometrium) während einer Heilungsbewährung von 2 Jahren mit 50 zu bewerten.

Darauf hingewiesen, dass nach der TNM-Klassifikation nicht von einer Infiltration des inneren Drittels sondern von der Infiltration der inneren Hälfte des Myometrium ausgegangen werde, hat der SVB ausgeführt: Eine Heilungsbewährung von 2 Jahren komme nur für ein frühes Stadium mit einer geringen Infiltrationstiefe und insbesondere einem günstigen Grading in Betracht; dies rechtfertige ein Abweichen von der TNM-Klassifikation. Ein das Myometrium tiefer infiltrierender Tumor sei nicht in dieses frühe Tumorstadium mit einzubeziehen (SVB vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Korpustumor“).

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren	
nach Entfernung eines Zervixtumors	
im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0 .....	50
im Stadium T2b N0 M0 .....	60
in höheren Stadien .....	80

nach Entfernung eines Korpustumors	
im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus) .....	50
im Stadium T2 N0 M0 .....	60
in höheren Stadien .....	80

### **14.3 Verlust eines Eierstockes**

Verlust eines Eierstockes .....	0
Unterentwicklung, Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke, ohne Kinderwunsch und ohne wesentliche Auswirkung auf den Hormonhaushalt - immer in der Postmenopause .....	10
im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution .....	20 - 30
vor Abschluss der körperlichen Entwicklung je nach Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls .....	20 - 40

**Anmerkung:** Siehe die Anmerkung (S. 304) zu Teil B 14.2 und B 14.3 - Kinderwunsch in jüngeren Lebensalter.

Endokrin bedingte Funktionsstörungen der Eierstöcke sind gut behandelbar, so dass im Allgemeinen anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Komplikationen (z.B. Sterilität, abnormer Haarwuchs) sind gesondert zu beurteilen.

Nach Entfernung eines malignen Eierstocktumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0 .....	50
in anderen Stadien .....	80

#### **1. Eierstocktumore**

1998 hat sich der SVB damit beschäftigt, dass nach Entfernung von Kystadenomen des Eierstocks vermehrt der Begriff „Borderline-Malignität“ gebraucht werde, wenn der Tumor nicht mehr eindeutig gutartig ist. Er hat dazu ausgeführt, dass die Bezeichnung „Borderline-Malignität“ darauf hindeute, dass ein Kystadenom einem malignen Tumor im Stadium T1 NX M0 entspreche. Dieser sei unter Berücksichtigung einer „Heilungsbewährung“ mit einem GdB von 50 zu beurteilen (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Eierstocktumoren“).

#### **2. Semimaligner Granulosazelltumor**

Nach Entfernung eines semimaligenen Granulosazelltumors kommen nach Auffassung des SVBs die Grundsätze der Heilungsbewährung überhaupt nur in Betracht, wenn der Granulosazelltumor histologisch als maligne eingestuft worden ist. Dann gelte allerdings eine Heilungsbewährung von 5 Jahren (Beirat vom 26.03.2003: „Heilungsbewährung bei semimaligenem Granulosazelltumor“).



### **14.4 Chronischer oder chronisch-rezidivierender entzündlicher Prozess der Adnexe und/oder der Parametrien**

Chronischer oder chronisch-rezidivierender entzündlicher Prozess der Adnexe und/oder der Parametrien je nach Art, Umfang und Kombination der Auswirkungen (z.B. Adhäsionsbeschwerden, chronische Schmerzen, Kohabitationsbeschwerden) ..... 10 - 40

### **14.5 Endometriose**

leichten Grades (geringe Ausdehnung, keine oder nur geringe Beschwerden) .....0 - 10  
 mittleren Grades .....20 - 40  
 schweren Grades (z.B. Übergreifen auf die Nachbarorgane, starke Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Sterilität) .....50 - 60

## 14.6 Scheidenfisteln

Harnweg-Scheidenfistel .....	50 - 60
Mastdarm-Scheidenfistel .....	60 - 70
Harnweg-Mastdarm-Scheidenfistel (Kloakenbildung) .....	100
Fisteln mit geringer funktioneller Beeinträchtigung sind entsprechend niedriger zu bewerten.	

### Senkung der Scheidenwand, Vorfall der Scheide und/oder der Gebärmutter

ohne Harninkontinenz oder mit geringer Stressinkontinenz (Grad I) .....	0 - 10
mit stärkerer Harninkontinenz und/oder stärkeren Senkungsbeschwerden .....	20 - 40
mit völliger Harninkontinenz .....	50 - 60
bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit .....	70
Ulzerationen sind ggf. zusätzlich zu bewerten.	

Isolierte Senkung der Scheidenhinterwand mit leichten Defäkationsstörungen .....0 - 10

Scheiden-Gebärmutteraplasie, ohne Plastik, nach Vollendung des 14. Lebensjahres (einschließlich Sterilität) .....40

### Kraurosis vulvae

geringen Grades (keine oder nur geringe Beschwerden) .....	0 - 10
mäßigen Grades (erhebliche Beschwerden, keine Sekundärveränderungen) .....	20 - 30
stärkeren Grades (starke Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Sekundärveränderungen) .....	40

Vollständige Entfernung der Vulva .....40

Nach Beseitigung eines malignen Scheidentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Beseitigung im Stadium T1 NO Mo .....	60
in höheren Stadien .....	80

Folgezustände der Behandlung (insbesondere nach Strahlenbehandlung) sind ggf. zusätzlich zu bewerten (Erläuterung der AHP 2008).

Nach Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) NO Mo .....	50
sonst .....	80

S. hierzu die Anmerkung zu Teil B 1 VMG - Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle - unter 13. Einzelfälle (S. 138), hier Carcinoma in situ - Entfall des Zusatzes „Ausnahme: Carcinoma in Situ“ bei Entfernung eines malignen Scheidentumors und eines malignen Tumors der äußeren Geschlechts-teile.

## Teil B: 15. Stoffwechsel, innere Sekretion

In diesem Abschnitt nicht erwähnte angeborene Stoffwechselstörungen sind analog und unter Berücksichtigung ihrer vielfältigen Auswirkungen zu beurteilen. Normabweichungen der Laborwerte bedingen für sich allein noch keinen GdS.

### 15.1 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS rechtfertigt.

Der GdS beträgt..... 0

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung.

Der GdS beträgt..... 20

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung.

Der GdS beträgt..... 30 - 40

Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein.

Der GdS beträgt..... 50

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen.

1. Änderung der Bewertung, 2. Diabetes mellitus - Typ I und II (s. S. 314), 3. Einstellbarkeit- Einstellung (s. S. 321), 4. Hypoglykämie (s. S. 323), 5. Diabetes mellitus bei Kindern (s. S. 324), 6. Insulindosierpumpenträger (s. S. 325), 7. Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (s. S. 326), 8. Einzelfälle (s. S. 326)

## **1. Änderung der Bewertung**

### **a) Änderung der Bewertungsvorgaben im September 2008**

Die Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus wurden durch Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom Schreiben vom 22.09.2008 - IVc 3 - 48064 - 3 neugefasst und in dieser Form auch in die VMG übernommen.

Die ursprünglichen Bewertungsvorgaben, die zu heftigen Streitigkeiten führten - die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) ist eine der am stärksten engagierten Interessenvertreter behinderter Menschen - sind sowohl für Verfahren nach § 48 SGB X (s. auch (S. 98) die Anmerkung zu Teil A 7 VMG) als auch für das tiefere Verständnis der Regelungen von Bedeutung. Sie lauteten:

Diabetes mellitus

**Typ I** durch Diät und alleinige Insulinbehandlung

- gut einstellbar 40
- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien 50

**Typ II** durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation) oder durch Diät

- und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d.h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar 10
- und orale Antidiabetika mit insulinotroper (insulinsekretorischer) Wirkung (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika) ausreichend einstellbar 20
- und orale Antidiabetika und ergänzende oder alleinige Insulininjektionen ausreichend einstellbar 30

Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.

Diese Vorgaben waren zuletzt mit Rundschreiben des BMAS vom 16.07.2007 - aufgrund des Beschlusses des SVBs vom 14./15.03.2007 - geändert worden: „Im Absatz Diabetes mellitus Typ II wird nach dem 2. Spiegelstrich das Wort „Sulfonylharnstoffe“ durch die Worte „orale Antidiabetika mit insulinotroper (insulinsekretorischer) Wirkung“ ersetzt“. Zur Begründung wurde angeführt, dass außer Sulfonylharnstoffen weitere Arzneistoffe mit insulinotroper Wirkung (z.B. Glinide) zugelassen seien. Diese Änderung dürfte - zumindest vorerst - ohne weitere Relevanz sein.

## **b) Änderung der Bewertungsvorgaben im Juli 2010**

Durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010 (BGBl. 2010, 928) haben die Vorgaben für die Bewertung des Diabetes mellitus in Teil B 15.1 eine neue Fassung erhalten (s. dazu unten Anm. 2 d) „Jetzige Rechtslage“ (S. 320)).

## **2. Diabetes mellitus - Typ I und II**

### **a) frühere Rechtslage**

Die AHP 1983 sahen für einen unter Insulingabe schwer einstellbaren Diabetes mellitus einen GdB von 40 bis 60 vor. Der „im Kindesalter aufgetretene“ Diabetes mellitus sollte ebenfalls regelmäßig innerhalb dieser Bandbreite beurteilt werden. Zusätzlich zu bewerten waren nur Organkomplikationen.

Die AHP 1996 gaben für einen Diabetes mellitus, der durch Diät und alleinige Insulinbehandlung gut einstellbar ist, einen GdB von 40 vor. Sie unterschieden in den Bewertungsvorgaben der Nr. 26.15 nicht danach, ob es sich dabei um einen Diabetes mellitus vom Typ I oder Typ II handelt; eine solche Differenzierung wurde lediglich bei der Kausalitätsbeurteilung zum Diabetes mellitus in Nr. 120 AHP vorgenommen.

Als ein Ergebnis seiner Tagung im November 2001 hat der SVB die Auffassung vertreten, dass die Kriterien zur Beurteilung des GdB bei Diabetes mellitus nur scheinbar die Therapie in den Vordergrund stellten. Im Grunde werde die Beurteilung primär vom Typ sowie der jeweiligen Ausprägung und Auswirkung der Stoffwechselstörung und nur sekundär von der Art der Behandlung bestimmt. Wenn ein Betroffener mit Typ-II-Diabetes mellitus allein Insulin erhalte und damit ausreichend einstellbar sei, bleibe er ein Typ-II-Diabetiker. Damit sei nur ein GdB von 30 gerechtfertigt analog einem Diabetes mellitus, der durch Diät und orale Antidiabetika und ergänzende Insulinbehandlung ausreichend einstellbar ist - damalige Vorgabe war insoweit ein GdB von 30. Eine Änderung der Beurteilungskriterien für den Diabetes mellitus sei nicht erforderlich (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Diabetes mellitus“) und 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Diabetes mellitus“).

Dem ist die Rechtsprechung nicht gefolgt. Sowohl das SG Mainz (Urteil vom 27.05.2002 - S 3 SB 532/00 -), das SG Düsseldorf (Urteil vom 11.07.2002 - S 36 SB 132/01 -) als auch das SG Koblenz (Urteil vom 25.11.2002 - S 8 SB 160/01 -) haben entschieden, dass ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus (alleinige Insulinbehandlung - Typ II) nach den damals geltenden AHP - nach wie vor - einen GdB von 40 bedinge. Die gegenteilige Auffassung des

SVBs (GdB 30) sei nicht geeignet, zu einer Änderung der in den AHP bekannt gegebenen Vorgaben zu führen. Die gegen das Urteil des SG Mainz eingelegte Berufung des Landes hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz mit Beschluss vom 20.01.2003 - L 4 SB 135/02 - zurückgewiesen; die AHP könnten nicht durch Einzelfallgutachten oder Auslegungen gegen den klaren und eindeutigen Wortlaut hinsichtlich ihrer generellen Richtigkeit widerlegt werden; dies gelte auch für Ausführungen des SVBs.

Das SG Düsseldorf (Urteil vom 05.03.2003 - S 31 SB 388/01 -) hat zudem ausgeführt, Häufigkeit und Schwere von Hypoglykämien seien entgegen den AHP kein geeigneter Maßstab für die GdB-Bewertung eines schwer einstellbaren Diabetes mellitus. Die Frage, ob und wie oft Hypoglykämien aufträten, hänge im Wesentlichen nicht von der Art der Erkrankung, sondern von der Durchführung der Diät- und Insulinbehandlung ab. Der Diabetes sei deshalb anhand des Therapieaufwandes zu bewerten. Zugrundelegen sei der von der DDG aufgestellte und dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechende GdB-Katalog.

Der SVB hat - u.a. infolge der o.a. Rechtsprechung zu seinen Empfehlungen von 2001/2002 - festgestellt, dass der Wortlaut der AHP irreführen könne. Er empfahl zur Klarstellung, den Beiratsbeschluss vom November 2001 durch Rundschreiben bekannt zu geben und zu erläutern (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Diabetes mellitus II“).

Mit Rundschreiben vom 03.11.2003 (AZ 435 -65 463 - 5) hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sodann der Empfehlung des SVBs folgend ausgeführt:

Nr. 26.15 der „Anhaltspunkte“ (Diabetes mellitus)

Der Ärztliche SVB (Sachverständigenbeirat) hat auf der Tagung am 7./8.11.2001 hierzu folgendes angemerkt:

Die GdB/MdE-Bewertung bei Diabetes mellitus ist primär vom Typ sowie der jeweiligen Ausprägung und Auswirkung der Stoffwechselstörung - und nur sekundär von der Art, der Behandlung - abhängig. Wird ein Typ-II-Diabetes mellitus allein mit Insulin behandelt und mit dieser Behandlung ausreichend eingestellt, kommt nur ein GdB/MdE-Grad von 30 in Betracht.

Diese Ausführungen unterschieden sich aber schon in der Wortwahl von den sonstigen entsprechenden Verlautbarungen: Hiermit wurden nicht etwa die AHP geändert, sondern es wurde auf eine - von den Versorgungs-verwaltungen nunmehr zu beachtende - Auffassung des SVBs hingewiesen, die mit den AHP, die für einen durch Diät und alleinige Insulinbehandlung gut einstellbaren Diabetes mellitus ohne wenn und aber einen GdB von 40 vorgeben, (weiterhin) nicht übereinstimmte.

2004 hat das Bundesministerium dem Streit ein Ende zu bereiten versucht, indem es die Änderung der AHP - wie dann auch im Text der AHP 2004 - „offiziell“ veröffentlicht hat (Rundschreiben des BMGS vom 16.04.2004).

Aber auch dies ist nicht ohne Kritik geblieben, wie die „Neufassung des Grades der Behinderung beim Diabetes mellitus - eine kritische Bestandsaufnahme“ von Dr. med. Ernst v. Kriegstein zeigt, der im Ergebnis den Bewertungsvorgaben der DGG den Vorzug zuschrieb.

Dieser Kritik ist die Rechtsprechung allerdings zunächst nicht beigetreten: Das LSG Rheinland-Pfalz hat festgestellt, dass die AHP bei der Beurteilung des Diabetes mellitus dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Weder die von der DGG vorgeschlagenen Beurteilungskriterien noch die Stellungnahme von Kriegstein zur Neufassung der AHP 2004 trügen durchgreifende Bedenken (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20.10.2004 - L 6 SB 20/04 -). In gleichem Sinn hat dann auch das LSG NRW, Urteil vom 31.08.2006 - L 7 SB 39/05 -, entschieden: Der GdB für einen Diabetes mellitus sei auf der Grundlage der AHP - und nicht anhand der abweichenden Kriterien der DDG - zu bestimmen. Die GdB-Bewertung erfolge nicht nach dem Therapieaufwand; es sei im Wesentlichen auf Einstellbarkeit (s. dazu unten) und Art und Ausmaß von Komplikationen sowie den Typ der Erkrankung abzustellen. Auch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat diese Auffassung vertreten (BMGS vom 04.03.2005: „Zur Frage der GdB/MdE-Beurteilung bei Diabetes mellitus“).

**b) Rechtslage aufgrund der Urteile des BSG vom 24.04.2008, 11.12.2008 und 23.04.2009:**

Mit Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R - hat dann allerdings das BSG festgestellt, dass die Vorgaben der AHP zur Bewertung des GdB nicht dem herrschenden Kenntnisstand der sozialmedizinischen Wissenschaft entsprechen: Bei der GdB-Bewertung des Diabetes mellitus sei neben der Einstellungsqualität auch der Therapieaufwand zu berücksichtigen, soweit er sich auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirke. Allerdings sei - entgegen dem Bewertungsvorschlag der DDG - nicht ausschließlich auf die Anzahl der Insulininjektionen pro Tag abzustellen; denn allein aus der Zahl der täglichen Injektionen könne nicht mit hinreichender Sicherheit und Genauigkeit auf das Ausmaß der durch einen Diabetes mellitus bedingten Teilhabebeeinträchtigung geschlossen werden. Zu berücksichtigen sei auch das Ergebnis der therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die erreichte Stoffwechsellage. Der GdB sei relativ niedrig anzusetzen, wenn mit geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht werde. Mit wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg, - z.B. instabilere



Stoffwechsellage - sei der GdB höher einzuschätzen. Zur Bestimmung des GdB seien jeweils im Vergleich zu anderen Behinderungen die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in Betracht zu ziehen.

Mit weiterem Urteil vom 11.12.2008 - B 9/9a SB 4/07 R - hat das BSG festgestellt, dass die Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus in der vorläufigen Neufassung der AHP bzw. den VMG grundsätzlich nicht zu beanstanden seien. Allerdings stellten sie nur auf die Einstellungsqualität ab, obwohl zudem auch der die Teilhabe beeinträchtigende Therapieaufwand zu berücksichtigen sei.

Unter dem 23.04.2009 hat das BSG (BSG, Urteil vom 23.04.2009 - B 9 SB 3/08 R -) dann ausgeführt: Bei der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (VersMedV) vom 10.12.2008 handelt es zwar um eine Rechtsverordnung, sie bindet mit ihren Vorgaben zum Diabetes mellitus indes nicht, weil sie gegen § 69 Abs. 1 S. 4 SGB IX - ab 01.01.2018 § 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX - („Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt.“) verstößt. Denn der medizinisch notwendige Aufwand für die Therapie dieser Dauererkrankung ist zwingend zu berücksichtigen.

Davon ausgehend blieb indes nach diesseitiger Auffassung weiterhin unsicher, welcher GdB im Einzelfall konkret anzusetzen ist (s. dazu unten (S. 319) unter c) Derzeitige Rechtsprechung). Der Hinweis des BSG auf Vergleiche mit anderen Behinderungen dürfte erfahrungsgemäß schon im Hinblick auf die dazu mögliche Diskussionsbreite nicht weiterführen. Ansatzpunkt könnte indes der in den AHP 2004 ff vorgegebene GdB von 30 für den - am ehesten komplikationslos erscheinenden - Typ-II-Diabetes sein, der durch orale Antidiabetika und ergänzende oder alleinige Insulinjektionen ausreichend einstellbar ist. Davon ausgehend wäre dann zu prüfen, inwieweit das konkret zu beurteilende Krankheitsbild anhand der vom BSG vorgegebenen Beurteilungskriterien schwerwiegender und inwieweit der GdB deshalb zu erhöhen ist. Dafür spricht, dass das BSG keineswegs die Vorgaben der AHP zum Diabetes mellitus vollständig verworfen, sondern u.a. die Differenzierung zwischen Typ I und II beanstandet und diese als „nicht besonders hilfreich“ bezeichnet hat.

Bereits in den Voraufgaben dieser Anmerkungen wurden diesbezüglich Zweifel an der in den AHP vorgenommenen Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ I und Typ II geltend gemacht und wurde auf Feststellungsprobleme hingewiesen: Die Entscheidung darüber, ob ein Typ I-Diabetes oder ein Typ II-Diabetes vorliegt, wird im klinischen Alltag auf der Basis des Alters (über oder unter 35 Jahre) getroffen. Zusätzlich wird das

Gewicht berücksichtigt; junge Patienten, die normalgewichtig oder gar untergewichtig sind, werden dem Diabetes mellitus Typ I zugeordnet; ältere Patienten, die deutlich übergewichtig sind, werden dem Typ II-Diabetes zugeordnet. Diese auf klinischen Parametern basierende Einteilung des Diabetes mellitus ist für den Alltag hinreichend genau, muss aber bei der GdB-Feststellung nach Maßgabe der AHP nicht in jedem Fall genügen. Es kann durchaus Grenzfälle geben, in denen weitere Ermittlungen - z.B. eine Autoantikörperbestimmung - zur genauen Bestimmung des Diabetes-Typs erforderlich sind. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der GdB das Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens (Teil A 2 c VMG) ist. Bei insulinpflichtigen Diabetikern bestehen jedoch insoweit keine Unterschiede; die Auswirkungen - einschließlich Behandlung - sind bei Typ-I- oder Typ-II-Diabetes im Wesentlichen gleich.

Hintergrund für den in den AHP enthaltenen höheren GdB-Ansatz beim Typ I-Diabetiker ist im Wesentlichen die größere Gefahr von Komplikationen bzw. Folgeerkrankungen. Damit ist die Bewertungsvorgabe indes systemfremd; denn Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind bei der GdB-Beurteilung grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (Teil A 2 h VMG bzw. Nr. 18 Abs. 7 AHP). Liegen aber tatsächlich Folgeerkrankungen, Komplikationen pp vor, sind diese den GdB erhöhend zu berücksichtigen. Daraus kann dann aber auch geschlossen werden, dass die GdB-Vorgabe der AHP für den Typ I-Diabetes zu hoch, nicht aber, dass die für den Typ II-Diabetes zu niedrig war. Dies spricht dann auch für den o.a. Beurteilungsansatz mit einem GdB von 30.

Zu beachten ist dabei der bisher nicht umgesetzte, aber sachgerechte Vorschlag des SVB den letzten Satz, dass häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen zusätzlich zu berücksichtigen sind, dahin gehend zu ergänzen, dass diese Beeinträchtigungen entsprechend der Nummer 18 Absatz 4 AHP (nun Teil A 2 e VMG) zu bewerten sind (Beirat vom 7/ 8.11.2007: „Diabetes und Folgeerkrankungen“). Dieser Hinweis soll nämlich verdeutlichen, dass Organkomplikationen pp zusätzlich zu beurteilen und nicht unter die Diabetesbewertung zu subsumieren sind. Das bedeutet, die zusätzlichen Beeinträchtigungen - wie Hypoglykämien oder Organkomplikationen - sind dem jeweiligen Funktionssystem i.S.d. Teil A 2 e VMG zuzuordnen und mit einem Teil-GdB zu belegen. „Zusätzlich“ bedeutet allerdings wohl nicht, dass dieser Teil-GdB zu dem Einzel-GdB für den Diabetes mellitus addiert werden soll, da der Systematik der AHP Berechnungen fremd sind. Die abschließende Gesamt-GdB-Bewertung hat also nach Maßgabe des Teils A 3 VMG (s. auch die Anmerkung zu Teil A 3 VMG) zu erfolgen. Dies hat zwischenzeitlich auch das BSG bestätigt und ausge-

führt, dass möglicherweise durch den Diabetes hervorgerufene Gesundheitsstörungen wie davon unabhängig entstandene zu behandeln, d.h. nach den Vorgaben der Nr. 19 AHP bzw. des Teil A 3 VMG zu berücksichtigen sind (BSG, Urteil vom 11.12.2008 - B 9/9a SB 4/07 R -).

Das BMAS hat mit Schreiben vom 22.09.2008 - s.o. - die neue Bewertung des Diabetes mellitus in die AHP aufgenommen; diese wurde in den VMG fortgeschrieben. Das BMAS hat allerdings darauf hingewiesen, dass die Ausführungen des BSG weiterer Klärung, u.a. durch Anhörung ärztlicher Sachverständiger bedürften. Bis dahin seien diese neuen Bewertungsvorgaben anzuwenden; sie berücksichtigten die Vorgaben des BSG.

**c) Anhaltspunkte für die Bewertung des Diabetes mellitus hat indes die Rechtsprechung entwickelt:**

Nachfolgend hat sich die Rechtsprechung mit den „neuen“ Bewertungsvorgaben beschäftigt:

SG Aachen, Urteil vom 04.08.2008 - S 25(22) SB 78/07 -: Bei einer durch Blutzuckerlangzeitwerte nachgewiesenen ausreichenden Einstellbarkeit bei vier bis sechs Insulininjektionen pro Tag ist die Teilhabebeeinträchtigung nicht höher als mit einem GdB von 30 zu bewerten ist. Das Ausmaß der Beeinträchtigung erhöht sich nicht, wenn einmal in drei Wochen nachts eine Unterzuckerung auftritt und deshalb der Verzehr einer Banane erforderlich wird.

Bayerisches LSG, Urteil vom 30.04.2009 - L 15 SB 87/08 -: Der GdB für einen Diabetes mellitus ist im Wesentlichen nach Einstellungsqualität und Therapieaufwand zu beurteilen. Für einen erst im Erwachsenenalter aufgetretenen Diabetes mellitus Typ I, der zu keinen chronischen Komplikationen führt und bei dem der Therapieaufwand 10 bis 15 Minuten täglich beträgt, ist ein GdB von 40 angemessen. Der Therapieaufwand rechtfertigt keine GdB-Erhöhung.

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.08.2009 - L 13 SB 294/07 -: Der Umstand, dass der behinderte Mensch morgens den Blutzuckerspiegel kontrollieren und sich regelmäßig dreimal täglich Insulin verabreichen muss, ist für sich allein genommen nicht geeignet, einen höheren Einzel-GdB als 30 zu begründen. Gleiches gilt hinsichtlich der Notwendigkeit, eine bestimmte Diät und regelmäßige Essenszeiten einzuhalten. Ist aber für eine zufriedenstellende Stoffwechsellage ein Aufwand an sportlichen Aktivitäten von anderthalb Stunden täglich erforderlich, so ist eine Erhöhung des GdB auf 40 gerechtfertigt.

LSG NRW, Urteil vom 15.09.2009 - L 6 SB 85/07 -: Ein Diabetes mellitus ohne Insulintherapie, ohne instabile Stoffwechsellage und ohne relevante Zuckerentgleisungen ist mit einem GdB von 10 zu bewerten.

SG Kassel, Urteil vom 22.09.2009 - S 6 SB 558/06 -: Es kommt für die Beurteilung des Diabetes Mellitus u.a. darauf an, was der behinderte Mensch unternimmt, um die jeweilige Einstellungsqualität zu erzielen. Es spielt eine Rolle, ob die Einstellungslage durch die Befolgung einer strikten Diät, durch das Treiben von Sport, durch körperliche Arbeit bzw. durch andere Bewegung sowie die Kombination von Insulin und anderen Medikamenten erreicht wird oder ob eine gute Einstellung bereits allein durch das Spritzen von Insulin erreicht werden kann. Allein der Umstand, dass der behinderte Mensch ca. sechsmal täglich die Blutzuckerwerte misst und entsprechend Insulin spritzt, um eine gute Stoffwechsellage zu erreichen, genügt für eine Anhebung des GdB von 30 auf 40 nicht.

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.11.2009 - L 13 SB 78/06 -: Eine vier- bis fünfmal tägliche Kontrolle des Blutzuckerspiegel und die regelmäßige Verabreichung von Insulin sind nicht geeignet, einen höheren Einzel-GdB für einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus als 30 zu begründen.

**d) Jetzige Rechtslage aufgrund der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010 (BGBl. 2010, 928)**

Mit der genannten Verordnung wurden die Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus in die jetzige Fassung angepasst. Damit scheint zunächst den o.a. Forderungen des BSG nach Berücksichtigung der Art und des Therapieaufwandes Rechnung getragen zu sein. Indes sind zudem therapiebedingte Einschnitte in der Lebensführung nachzuweisen; der Therapieaufwand ist zu dokumentieren; eine lediglich zeitaufwändige gesunde Lebensführung soll keinen GdB bedingen.

Es wird zunächst auf die amtliche Begründung für die Neufassung der VMG verwiesen:

*Das Bundessozialgericht hat wiederholt, zuletzt am 23.04.2009 (Az: B 9 SB 3/08 R), gerügt, dass im Abschnitt Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) in den bis Ende 2008 gültigen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehinderterrecht“ und der seit dem 01.01.2009 geltenden Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) die Auswirkungen des Therapieaufwands bei Diabetes mellitus auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei der Feststellung des Grads der Behinderung nicht ausreichend berücksichtigt würden. Die neue Fassung von Teil B Nummer 15.1, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zu § 2 der VersMedV) wurde unter Beachtung der Vorgaben des Bundessozialgerichts auf der Basis des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin von einer Arbeitsgruppe ausgewiesener Experten vorgeschlagen und vom Ärztlichen*

*Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin in seiner Sitzung am 4. November 2009 beschlossen.*

*Der Beirat stellte ausdrücklich fest, dass eine gesunde Lebensführung - auch wenn sie zeitaufwändig realisiert wird - zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft führt. Durch die Formulierung „außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellage“ wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Teilhabebeeinträchtigungen sowohl durch schwere hyperglykämische Stoffwechselentgleisungen als auch durch Hypoglykämien, die jeweils der dokumentierten invasiven Fremdhilfe bedürfen, hervorgerufen werden können. Die neue Bewertung berücksichtigt, dass die Art der Stoffwechselfregulation und die Hypoglykämieeigung den Therapieaufwand und somit die Teilhabebeeinträchtigung bedingt. Der Therapieaufwand, insbesondere die ständige notwendige Anpassung der Insulindosis, muss dokumentiert sein, um die Teilhabebeeinträchtigung und somit den GdS beurteilen zu können. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich z. B. bei der Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Berufsausübung und der Mobilität.*

Dazu ergangene Rechtsprechung s. (S. 326). unter 8. Einzelfälle b) neuere Rechtsprechung

Anzumerken ist, dass es schwer sein dürfte, z.B. den Betroffenen, die wegen der Diabetes-Erkrankung eine Diät einhalten müssen und ggf. mit **Kohlehydratresorptionsverzögerern / Biguaniden** behandelt werden, den dafür vorgesehenen GdB von 10 zu erläutern. Eine korrekte Diabetes-Diät beinhaltet nämlich eine fast völlige Umstellung aller bisherigen Ess- und ggf. Lebensgewohnheiten und bedingt - entgegen der o.a. amtlichen Begründung - u.E. für die meisten Menschen eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung. Diese wird aber nach der Systematik der AHP (s. dazu Teil A 3 d ee VMG (S. 34)), nach der GdB-Werte von 10 in der Regel nicht zur Erhöhung des Gesamt-GdB führen, schlechterdings als unbeachtlich angesehen.

### **3. Einstellbarkeit - Einstellung**

In o.a. Entscheidung (Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -) hat das BSG sich auch mit der Frage der Einstellung bzw. dem früher verwandten Begriff „einstellbar“ befasst und der bislang dazu ergangenen Rechtsprechung weitgehend eine Absage erteilt.

#### **a) bisherige Rechtsprechung pp**

Die AHP unterschieden beim Typ I zwischen guter und schwerer Einstellbarkeit, beim Typ II war Abgrenzungskriterium die ausreichende Einstellbarkeit (s.o. unter 1. (S. 313))

Nach dem Wortlaut kam es also darauf an, ob der Diabetes gut oder schwer bzw. ausreichend einstellbar ist, und nicht darauf, ob er gut oder schlecht eingestellt ist (so SG Aachen, Urteil vom 19.04.2004 - S 12 SB 144/03 - und SG Duisburg, Urteil vom 24.08.2004 - S 24 SB 20/04 -). Als nicht entscheidend angesehen wurde auch, wie der Diabetes letztlich behandelt wurde, sondern, welche Behandlung aus ärztlicher Sicht erforderlich war. Es sollte nicht auf den Therapieaufwand, sondern im Wesentlichen auf den Typ der Erkrankung (Diabetes mellitus Typ I oder II), auf Einstellbarkeit und Art und Ausmaß von Komplikationen abgestellt werden (so LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20.10.2004 - L 6 SB 20/04 -).

Der GdB sollte auch nicht zu erhöht werden, wenn es z.B. zu Hypoglykämien kam, die darauf zurückzuführen waren, dass der Betroffene, der eigentlich an einem gut einstellbaren Diabetes leidet, häufige, unnötige Diätfehler beging. Umgekehrt sollte aber auch ein Diabetes als schwer einstellbar gelten, der tatsächlich zwar nicht mit häufigen Entgleisungen einherging, dies aber auf die optimale Mitarbeit des Betroffenen zurückging (so SG Aachen, Urteil vom 19.04.2004 - S 12 SB 144/03 -).

Zur Frage der Einstellbarkeit hat sich auch der SVB geäußert: Es komme darauf an, wie „gut einstellbar“ - und nicht wie „gut eingestellt“ - der Diabetes ist; es komme nicht auf persönlichen Möglichkeiten, die individuelle Mitarbeit, die Therapieart oder die technischen Möglichkeiten an (Beirat vom 10.03.2005: „GdB/MdE-Bewertung bei Diabetes mellitus, hier: „Einstellbarkeit“).

### **b) BSG, Urteil vom 24.04.2008**

Nach Auffassung des BSG (Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -) widerspricht es jedoch dem Begriff der Behinderung i.S. von § 2 SGB IX, die Einstellbarkeit danach zu beurteilen, ob bei optimaler ärztlicher Therapie und Mitwirkung des Patienten eine stabile oder instabile Stoffwechsellage erreicht werden kann. Es sei vielmehr von den tatsächlichen Gegebenheiten und nicht von theoretischen (hypothetischen) Verhältnissen auszugehen. Deshalb sei die Einstellungsqualität zu beurteilen, also ob bei dem behinderten Menschen eine stabile oder instabile Stoffwechsellage besteht. Dabei sei der sich auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirkende erforderliche Therapieaufwand zu berücksichtigen. Insoweit sei davon auszugehen, dass für eine bestimmte Einstellungsqualität der Therapieaufwand bei schwer einstellbarem Diabetes mellitus höher sei als bei leicht einstellbarem. Im Übrigen seien die Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus in der vorläufigen Neufassung der AHP bzw. den VMG grundsätzlich nicht zu beanstanden (s.o. (S. 316)).

#### **4. Hypoglykämie**

Hypoglykämie steht für eine Verminderung der Konzentration von Glukose im Blut; sie ist keine Krankheit, sondern ein Symptom unterschiedlicher Grundkrankheiten, insbesondere des Diabetes mellitus, bei dem sie in den AHP auch ausdrücklich aufgeführt ist.

In Anbetracht der vielfältigen Auswirkungen einer Hypoglykämie ist nach Auffassung des SVBs eine differenzierte Angabe von Behinderungsgraden nicht sinnvoll; vielmehr soll der GdB in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen beurteilt werden (Beirat vom 04.11.1987: „MdE/GdB-Beurteilung bei Hypoglykämie“).

Gelegentliche schwere Hypoglykämien sind indes jedenfalls von der Bewertungsvorgabe (GdB 50) umfasst.

Zusätzlich zu bewerten sind ebenso wie die Organkomplikationen stets häufige, ausgeprägte Hypoglykämien. Unter „ausgeprägten“ Hypoglykämien sind solche zu verstehen, die zu Symptomen führen, die objektiv vom Diabetiker nicht zu beherrschen sind. Hypoglykämien, die ohne warnende Symptomatik zu Bewusstseinsstörungen führen und ein Fremdeingreifen erforderlich machen, sind „ausgeprägt“. Unterzuckerungen, die sich nur messtechnisch nachweisen lassen ohne die o.g. Symptomatik oder die zu warnenden Symptomen führen, die den Diabetiker veranlassen, gegenregulierende Maßnahmen zu ergreifen, sind in der Regel nicht „ausgeprägt“, sondern häufig Merkmal einer erwünscht „engen“ Blutzuckereinstellung.

Dazu hat der Facharzt für Innere Medizin, Sozialmedizin, Arbeits- u. GG, Umweltmedizin Dr. Klaus Laros allerdings ausgeführt:

„Die Unterscheidung zwischen Hypoglykämien mit oder ohne warnende Symptomatik ist für die praktische Beurteilung nicht tauglich. In den USA wird wegen der Vielgestaltigkeit der Symptomatik für Autofahrer ein spezielles Hypoglykämiewahrnehmungstraining angeboten. Es gilt nicht nur für die insulinpflichtigen, sondern auch für die sulfonylharnstoffpflichtigen Diabetiker. Bei den Untersuchungen überschätzte fast jeder zweite Diabetiker seine Fahrtauglichkeit im Zustand der Unterzuckerung. Allein schon wegen dieser hohen Zahl der Unterschätzenden ist eine Einteilung in Patienten mit warnender und nicht-warnender Symptomatik irrelevant, denn viele erkennen nicht rechtzeitig die vielgestaltigen Symptome. Aus den Erfahrungen dieser Studie ist es erschreckend, dass viele hypoglykämische Diabetiker in einen Stupor geraten, der sie manchmal nicht entschließen lässt, bereitstehende Kohlehydrate zu sich zu nehmen. Interessant ist, dass nach den Erfahrungen in den USA die Hypoglykämieschwelle, bei denen die Fahrt nicht fortgesetzt werden soll, bei nicht weniger als 72mg% liegt. Das Ergebnis der Studie gibt m.E. Veranlassung, den Begriff der ausgeprägten Hypoglykämie in Bezug auf die sozialmedizinische Beurteilung erneut zu überdenken.“

Für Diabetiker, die mit Diät und Sulfonylharnstoffen (bzw. oralen Antidiabetika mit insulinotroper Wirkung) behandelt werden und die deshalb erhöht hypoglykämiegefährdet sind, ist nach Auffassung des SVBs nicht regelhaft ein höherer GdB als 20 in Ansatz zu bringen. Allerdings können tatsächlich vorliegende, ausgeprägte Hypoglykämien und deren Folgezustände zusätzlich zu berücksichtigen sein (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Diabetes mellitus“).

Ein Diabetes mellitus mit wesentlichen Hypoglykämien rechtfertigt - unabhängig von der Qualität der Diätführung - einen höheren GdB als ein Diabetes mellitus ohne solche Hypoglykämien (Beirat vom 18./19.03.1993: „Beurteilung von GdB/MdE bei Diabetes mellitus“ und Auskunft des BMA vom 15.04.2002: „Einstellbarkeit“ des Diabetes mellitus im Kindesalter“).

Nach Beurteilung des LSG NRW (Urteil vom 17.06.2004 - L 7 SB 101/03 -) liegt eine Hypoglykämie bei Kindern und Erwachsenen erst bei einer Verminderung des Blutzuckers unter 2,8 mmol/l (50 mg/dl) vor.

### **5. Diabetes mellitus bei Kindern**

Obwohl Kinder und Jugendliche mit der Einstellung des Diabetes häufig tatsächliche Schwierigkeiten haben und die AHP für jugendliche Diabetiker mit unausgeglichener Stoffwechsellage auch den Nachteilsausgleich „H“ vorsehen (vgl. Teil A 5 d jj VMG (S. 84)), werden Kinder in der Neufassung der Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus nicht mehr erwähnt. Dies entspricht der Auffassung, jugendliches Alter rechtfertigt keine höhere Bewertung der Zuckerkrankheit, der GdB für einen Diabetes mellitus sei vielmehr grundsätzlich unabhängig vom Alter zu bestimmen (LSG NRW, Urteil vom 17.06.2004 - L 7 SB 101/03 -).

Auch der SVB hat bereits früher keinen Anlass zu einer Unterscheidung wegen des Alters eines an Diabetes Erkrankten gesehen: Die früher übliche Abgrenzung von Typ I und Typ II Diabetes mellitus aufgrund des Erkrankungsalters sei überholt. Es entwickelten immer mehr Kinder einen Typ II Diabetes mellitus. Deshalb gingen die AHP auch nicht davon aus, dass ein Diabetes bei Kindern grundsätzlich schwer einstellbar sei. Der GdB richte sich grundsätzlich nach den tatsächlich vorliegenden Auswirkungen der Funktionsstörungen. Der frühere Klammerzusatz hinter mit Insulin schwer einstellbarem Diabetes mellitus - „häufig bei Kindern“ in den AHP 1996 ff bzw. in den AHP 1983 - „hierzu gehört meist der im Kindesalter aufgetretene Diabetes mellitus“ - sei nur Hinweis darauf, dass sich der im Kindesalter aufgetretene Diabetes mellitus mit Insulin meist schwer einstellen lasse. Der Klammerzusatz „häufig bei Kindern“ sei - z.B. wegen des höheren Insulinbedarfs im Wachstumsalter, Ungenauigkeit der Dosierung bei niedrigem Körpergewicht - auch medizinisch berechtigt. Der Zusatz solle aber dennoch lediglich an die Besonderheiten des Kindesalters



erinnern; eine Regelhaftigkeit werde nicht unterstellt (Beirat vom 18./19.03.1993: „Beurteilung von GdB/MdE bei Diabetes mellitus“ und Auskunft des BMA vom 15.04.2002: „Einstellbarkeit“ des Diabetes mellitus im Kindesalter“).

Auch eine intensivierete Insulinbehandlung rechtfertige es nicht, regelhaft einen GdB von 50 anzunehmen. Bei Kindern mit Typ I-Diabetes mellitus sei nicht davon auszugehen, dass eine intensivierete Insulinbehandlung die Lebensqualität negativ beeinflusse. Diese Behandlung bringe vielmehr eine wesentliche Verbesserung der Lebenssituation und Lebensqualität mit sich, so dass die Beeinträchtigungen wesentlich geringer seien (Beirat vom 03./04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Diabetes mellitus“). Liege aber ein kindlicher Diabetes mellitus „mit starken Schwankungen und gelegentlichen Schockreaktionen“ vor, so ist es - nach Auffassung des SVBs - allerdings kaum vorstellbar, dass nicht ein GdB von wenigstens 50 festgestellt wird (Beirat vom 22.10.1986: „Schwer einstellbarer Diabetes mellitus bei Kindern“).

### **6. Insulindosierpumpenträger**

Wenn der Diabetes mellitus mittels einer Insulindosierpumpe behandelt werde, sei - so hat der SVB 1984 vertreten - der GdB wie bei einem mit Insulin schwer einstellbaren Diabetiker festzustellen; häufig sei ein GdB von 50 gerechtfertigt (zu berücksichtigen ist heute dabei allerdings, dass die AHP 1983 einen höheren Bewertungsrahmen vorgaben und für einen unter Insulingabe schwer einstellbaren Diabetes mellitus einen GdB von 40 bis 60 vorsahen). Die Behandlung mit Insulindosierpumpe erfolge überwiegend bei Zuckerkranken, deren Diabetes - ggf. im Hinblick auf Komplikationen - nicht ausreichend einstellbar sei. Zudem seien mit dieser Behandlung besondere Erschwernisse und Einschränkungen im täglichen Leben verbunden, so z.B. mehrmals täglich und einmal wöchentlich auch nachts erfolgende Blutzuckerkontrollen, regelmäßige Aufzeichnung der Daten, selbständig dosierte, zusätzliche Insulinverabreichung vor den Mahlzeiten. Von dieser Auffassung ist der SVB 2003 allerdings mit dem schlichten Bemerkten, der Beschluss sei nicht mehr gültig, abgerückt (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei Diabetes mellitus für Insulindosierpumpenträger“ und vom 26.03.2003: zu „Insulindosierpumpenträger“). Das LSG NRW (Urteil vom 17.06.2004 - L 7 SB 101/03 -) ist dieser letztgenannten Einschätzung gefolgt. Ob diese Auffassung im Hinblick auf das o.a. Urteil des BSG (Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 10/06 R -) noch haltbar ist, erscheint angesichts des vorab aufgeführten Behandlungsaufwands allerdings zweifelhaft.

## **7. Hypophysenvorderlappeninsuffizienz**

Konkrete GdB-Vorgaben für die Folgen einer Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (nach Tumoroperation) sind in den VMG nicht enthalten.

Das Bayerische LSG hat deshalb eine Analogbewertung vorgenommen: Die bestehende Lücke in den AHP (jetzt VMG) zwingt dazu, die GdB-Bewertung für die Folgen der Tumoroperation in erster Linie in Analogie zu den Vorgaben in der Nr. 26.15 AHP (jetzt Teil B 15.1 VMG) für die Zuckerkrankheit vorzunehmen. Hier wie dort gehe es um den Ausgleich eines Hormonmangels. Wenn der Betroffene sowohl mit Tabletten (täglich je 1 Tablette zur Substitution des Schilddrüsenhormons bzw. 2 Tabletten Hydrocortison - bei Belastungen auch mehr -) als auch mit Spritzen (täglich 1 Spritze bezüglich des Wachstumshormons und alle drei Wochen oder auch kürzer 1 Spritze bezüglich des Geschlechtshormons) behandelt werde, sei dies vergleichbar mit der Behandlung eines Diabetikers durch Diät, orale Antidiabetika und ergänzende Insulin-Injektionen. Hierfür sei in den AHP ein GdB von 30 vorgesehen (Bayerisches LSG, Urteil vom 11.05.2004 - L 15 SB 23/02 -).

## **8. Einzelfälle**

### **a) Grundsätze**

Wird ein eigentlich insulinpflichtiger Diabetes mellitus nur mit Diät und zusätzlicher Gabe von oralen Antidiabetika behandelt, so beträgt der GdB gleichwohl mindestens 30. Ausschlaggebend ist nämlich nicht die durchgeführte Tablettenbehandlung, sondern die **Notwendigkeit der Insulinbehandlung**. Der SVB hat sich dem angeschlossen: Ein Diabetes dürfe nur dann mit einem GdB von 20 beurteilt werden, wenn er durch Diät und Sulfonylharnstoffe (orale Antidiabetika mit insulinotroper / insulinsekretorischer Wirkung) ausreichend einstellbar sei. Wenn der Betroffene eigentlich einer Insulinbehandlung bedürfe, werde belegt, dass er mit der tatsächlich durchgeführten Behandlung nicht ausreichend eingestellt sei (Beirat vom 12.-13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei insulinbedürftigem Diabetes mellitus“). Gleiches muss im Übrigen bei der - unzureichenden - Behandlung mit Kohlenhydratresorptionsverzögerern oder Biguaniden (GdB 10) gelten.

Bei Erwachsenen belegen nach dem LSG NW, Urteil vom 20.02.2001 - L 6 SB 164/99 -, ständig erhöhte HbA<sub>1c</sub>-Werten einen schwer einstellbaren Diabetes mellitus; bei ständig erhöhten HbA<sub>1c</sub>-Werten als Nachweis von Hyperglykämien (und zusätzlich wiederholt auftretenden Hypoglykämien) könne nämlich nicht von einem gut einstellbaren Diabetes mellitus ausgegangen werden.

Die **Therapie mit parenteral anzuwendenden Antidiabetica**, die nicht zu Hypoglykämien führen (wie z.B. GLB-1) ist nicht anders als die Therapie mit entsprechenden oralen Antidiabetica zu beurteilen (Beirat vom 7.-

8.11.2007: „Diabetes und parenterale Therapie (GLP-1)“).

**b) neuere Rechtsprechung:**

Die GdB-Bewertung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus richtet sich nach der Stabilität der Stoffwechsellage und dem Ausmaß des Therapieaufwandes. Eine medizinisch notwendige **sportliche Betätigung** ist bei der Bemessung des GdB grundsätzlich nicht als die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigender Therapieaufwand zu werten, wenn sie sich im Rahmen einer allgemein empfohlenen gesunden Lebensweise bewegt (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 3/09 R -).

Bei **konventioneller Insulintherapie** mit 2 x täglicher Gabe eines Mischinsulins mit stabiler bis zufriedenstellender Stoffwechsellage ist unter Berücksichtigung mehrerer täglicher Blutzuckermessungen ein GdB von 30 angemessen. Bei einer **intensivierteren Insulintherapie** mit 3 x täglichen Insulininjektionen zu den Hauptzeiten sowie 2 x täglichen Insulininjektionen zu darüber hinausgehenden Zeitpunkten ist ein GdB von 40 gerechtfertigt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.05.2011 - L 13 SB 162/10 -).

Ein **GdB von 50** für einen Diabetes mellitus setzt **mindestens vier Insulininjektionen pro Tag**, ein selbständiges Variieren der Insulindosis und **gravierende und erhebliche Einschnitte in der Lebensführung** voraus:

Aufgrund der Neufassung der VMG zum Diabetes mellitus erfordert die Feststellung eines GdB von **50** nicht nur **mindestens vier Insulininjektionen pro Tag** und ein **selbständiges Anpassen** der jeweiligen **Insulindosis**. Zusätzlich muss es - sei es bedingt durch den konkreten Therapieaufwand oder die jeweilige Stoffwechselqualität oder wegen sonstiger Auswirkungen der Erkrankung (z.B. Folgeerkrankungen) - zu einer **gravierenden Beeinträchtigung in der Lebensführung** kommen (LSG Sachsen-Anhalt, Urteile vom 21.02.2012 - L 7 SB 20/11 - und vom 26.04.2012 - L 7 SB 84/10 -). Nachfolgend hat das BSG, Urteil vom 25.10.2012 - B 9 SB 2/12 R - dazu ausgeführt, dass ein GdB von 50 für einen Diabetes Mellitus nicht gerechtfertigt ist, wenn der Betroffene eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführt, selbst wenn die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbstständig variiert werden muss. Vielmehr **muss der Betroffene zudem auch krankheitsbedingt erheblich in der Lebensführung beeinträchtigt sein** (so auch: BSG, Urteil vom 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R -; LSG Sachsen-Anhalt, Urteile vom 03.12.2014 - L 7 SB 36/12 -, vom 21.04.2016 - L 7 SB 94/14 -, vom 17.05.2017 - L 7 SB 2/16 - und vom 30.01.2019 - L 7 SB 41/17 -). Das Erfordernis von vier Insulininjektionen pro Tag besteht allerdings für die Feststellung eines GdB von 40 nicht; dies wird nach B 15.1 Abs. 3 VMG nur für die Vergabe eines Einzel-GdB von 50 gefordert (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.10.2019 - L 13 SB 158/17 -).

Die Voraussetzung „gravierende und erhebliche Einschnitte in der Lebensführung“ ist bei einer guten, allenfalls mäßig schwankenden Einstellung des Diabetes mellitus nicht erfüllt (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25.07.2011 - L 4 SB 182/10 -).

Gravierende Auswirkungen in nur einem Lebensbereich, z.B. im Bereich der Berufsausübung, sind ebenfalls nicht ausreichend, um insgesamt eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung annehmen zu können (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 23.04.2014 - L 7 SB 40/12 -).

Gravierend ist die Lebensführung z.B. aber beeinträchtigt, wenn der Betroffene regelmäßig **nächtlich** gegen 2 Uhr morgens **Insulin** injizieren muss. Denn dabei geht es nicht nur um eine kurze Injektion, vielmehr muss der Betroffene zunächst den Blutzucker messen und dokumentieren, sodann die passende Insulindosis bestimmen und erst dann injizieren. Durch diese sich Nacht für Nacht wiederholende Prozedur wird jedenfalls ein noch berufstätiger Mensch in einer Weise an durchgehender Nachtruhe gehindert, die einen gravierenden Einschnitt in die Lebensführung darstellt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.12.2016 - L 13 SB 232/14 -).

Auch wenn mehrere nebeneinander bestehende Erkrankungen wie vorliegend Diabetes mellitus, Morbus Addison und Morbus Basedow zu einer **außergewöhnlich schwer regulierbaren Stoffwechsellage führen**, so ist in Anlehnung an Teil B Nr. 15.1 Abs. 5 VMG die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 20.12.2012 - L 7 SB 33/10 -).

Die Bewertungsvorgaben für den Diabetes mellitus in den bis Ende 2008 gültigen AHP und in den seit dem 01.01.2009 geltenden VMG sind nach der Rechtsprechung des BSG zur Feststellung des GdB ungeeignet. Statt dessen sind auch für diese Zeiten die **Vorgaben der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010** zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - B 9 SB 3/12 R -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.10.2013 - L 6 SB 5459/11 -). Danach ist Voraussetzung für einen GdB von 50, dass der behinderte Mensch durch die Auswirkungen des Diabetes mellitus insgesamt gesehen **erheblich in der Lebensführung beeinträchtigt** ist. Es kommt dabei weder darauf an, dass möglicherweise später schwerwiegende Stoffwechsellagen eintreten können, noch, dass der Betroffene durch Vernachlässigung seines Therapieverhaltens eine schlechtere Stoffwechsellage herbeiführen könnte (BSG a.a.O.).

Diabetische Folgeschäden z.B. an Nieren, Gefäßen und Nerven sind aber keine Voraussetzung für die Zuerkennung eines Einzel-GdB für einen Diabetes mellitus. Sie sind, wenn sie zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe

am Leben in der Gesellschaft führen, vielmehr zusätzlich zu berücksichtigen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.01.2017 - L 13 SB 103/15 -). Die mit Wahrscheinlichkeit durch den Diabetes mitverursachten Folgeerkrankungen müssen indes nicht selbst zu einem GdB führen (Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 14.02.2020 - L 2 SB 54/18 -).

## **15.2 Gicht**

Bei der Beurteilung des GdS sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen.

## **15.3 Fettstoffwechselkrankheit**

Der GdS ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese ..... 30

Fettstoffwechselstörungen stellen einen erheblichen Risikofaktor insbesondere für die Ausbildung oder Verschlechterung einer kardiovaskulären Erkrankung dar. Eine Funktionsstörung geht jedoch von dieser letztlich nur durch Laborwertabweichungen aufzuzeigenden Anormalität nicht aus. Der lediglich bestehende Risikofaktor rechtfertigt die Feststellung eines GdB nicht; relevant sind jedoch die Auswirkungen der tatsächlich eingetretenen Folgekrankheiten (z.B. einer Herzerkrankung).

### **1. Alpha-1-Antitrypsinmangel**

Hinsichtlich eines Alpha-1-Antitrypsinmangels s. die Anmerkung zu Teil B 8.3 VMG (S. 226) - Lungenerkrankung / Alpha-1-Antitrypsinmangel.

### **2. Fettstoffwechselstörungen und LDL-Apherese**

Der GdB von 30 für eine Fettstoffwechselkrankheit bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese (Methode der extrakorporalen Entfernung von LDL - low density lipoproteins) ist - nach Beurteilung des SVBs - nur dann gerechtfertigt, wenn die LDL-Apherese tatsächlich und regelmäßig, nämlich mindestens einmal pro Monat, über mehr als sechs Monate durchgeführt wird. Für den GdB seien nämlich allein die Auswirkungen der Apheresebehandlung entscheidend (Beirat vom 25.-26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Fettstoffwechselstörungen“). Diese Sicht des SVBes widerspricht allerdings dem Wortlaut der AHP („Notwendigkeit“ und nicht Durchführung). Es erscheint daher sinnvoll, sich am Wortlaut zu orientieren und zu prüfen, ob die Fettstoffwechselkrankheit die genannte Behandlung erforderlich macht oder nicht. So hat auch der SVB beim Diabetes nicht auf die Durchführung, sondern die

Erforderlichkeit einer Insulinbehandlung abgestellt (Beirat vom 12.-13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei insulinbedürftigem Diabetes mellitus“).

### 3. Hypercholesterinämie und Apheresebehandlung

Der GdB bei einer familiären Hypercholesterinämie (Typ IIa nach Fredrickson) mit der Notwendigkeit einer einmal wöchentlich durchgeführten Apheresebehandlung ist - nach Auffassung des SVBs - nicht mit der Notwendigkeit einer Dauerbehandlung mit künstlicher Niere zu vergleichen; die Auswirkungen einer Apheresebehandlung seien nicht mit denen einer Dialysebehandlung vergleichbar. Wie bei der Heimdialyse werde zwar auch bei einer Apherese ein Shunt angelegt. Das Auslassen einer Apheresebehandlung habe aber keine akuten lebensbedrohlichen Folgen für den Betroffenen. Zudem seien auch seine Einschränkungen in der Lebensführung weit weniger schwerwiegend als bei einer chronischen Dialysebehandlung. Zutreffender sei der Vergleich mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus (damals GdB 30). Deshalb sei eine familiäre, einmal wöchentlich durch Apherese behandelte Hypercholesterinämie ohne Shuntprobleme mit einem GdB von 30 zu bewerten. Bei nachgewiesenen ungünstigen Shuntverhältnissen sei ein GdB von 40 gerechtfertigt. Zudem seien Organkomplifikationen bei Hypercholesterinämie zusätzlich zu bewerten (Beirat vom 18.-19.03.1993: „Beurteilung von GdB/MdE bei Hyperlipoproteinämie Typ IIa nach Fredrickson (Hypercholesterinämie) mit Notwendigkeit einer LDL-Apherese“).

#### Alimentäre Fettsucht, Adipositas

Die Adipositas allein bedingt keinen GdS. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdS begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna.

Die Adipositas stellt in vielen Rechtsstreitigkeiten ein Problem dar; dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Adipöse allein aufgrund seines Übergewichts in seiner Leistungsfähigkeit ganz erheblich eingeschränkt und es auf den ersten Blick nur schwer nachvollziehbar sein kann, dass diese Einschränkung in Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht grundsätzlich keine Berücksichtigung finden soll („*Die Adipositas allein bedingt keinen GdS.*“).

Diese Vorgabe der VMG bedeutet allerdings nur, dass die funktionellen Beeinträchtigungen, die ausschließlich auf die Übergewichtigkeit zurückzuführen sind (z.B. Einschränkung der Atmungsbreite, Einschränkung der

Vorneigung der Lendenwirbelsäule jeweils allein aufgrund des Fettgewebes), weder bei der Feststellung des GdB noch der Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen (s. Teil D VMG - Merkmale) zu berücksichtigen sind.

Dementsprechend hat das LSG NRW, Urteil vom 18.05.2004 - L 6 SB 137/03 -, entschieden, dass eine erhebliche Übergewichtigkeit, die zu einer erheblichen mechanischen Behinderung bei körperlicher Arbeit und zu einer bei körperlicher Belastung auftretenden Luftnot führt und die auch einen mangelhaften Trainingszustand verursacht, zwar auch zu einer erheblichen Behinderung bei der Gehfähigkeit führt. Eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkmale G - s. Teil D 1 VMG (S. 438)) sei aber dennoch nicht festzustellen; eine Adipositas allein bedinge nämlich keinen GdB und sei damit in der Regel nicht als Behinderung im Sinne des Schwerbehindertenrechts anzusehen. Vielmehr handele es sich bei der Übergewichtigkeit und dem mangelnden Trainingszustand gerade um solche Faktoren, die für die Beurteilung einer behinderungsbedingten Einschränkung der Gehfähigkeit im Sinne der Anhaltspunkte außer Betracht zu bleiben haben.

Liegen indes aufgrund der Adipositas vielfach zu befürchtende Folge- und Begleitschäden vor (z.B. Belastungseinschränkung aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Gelenkerkrankung), so ist deren funktionellen Auswirkungen der entsprechende GdB zuzumessen. Es ist dabei auf die einzelnen funktionellen Einschränkungen abzustellen, diesen ein Teil-GdB zuzuordnen und sodann daraus ein Gesamt-GdB nach Maßgabe des Teils A 3 VMG (s. auch die Anmerkung zu Teil A 3 VMG (S. 35)) zu bilden.

Mit der nachfolgenden Vorgabe der VMG „*Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna.*“ wird hingegen nicht mehr an Folge- und Begleitschäden angeknüpft, sondern unmittelbar an die funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna (= sehr großen Fettleibigkeit). Eine Adipositas permagna (Adipositas Grad III) liegt bei einem Body-mass-Index (BMI) von mindestens 40 kg/ m<sup>2</sup> vor (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, Body-mass-Index). Dementsprechend führen Auswirkungen einer Adipositas Grad I (BMI von 34,93 kg/m<sup>2</sup>) in der Regel nicht zu einer Verstärkung der bereits aufgrund anderer Gesundheitsstörungen bestehenden Einschränkung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2012- L 6 SB 5779/10 -).

Die damit nach dem Wortlaut des Teils B 15.3 VMG gebotene Unterscheidung zwischen (einfacher) Adipositas und Adipositas permagna wird in der Rechtsprechung nicht immer vorgenommen.

Lediglich die Feststellung, dass bereits eine gravierende Übergewichtigkeit mit erheblichen Funktionseinbußen an sich hohe GdB-Sätze rechtfertigte (SG Düsseldorf, Urteil vom 18.02.1999 - S 31 SB 454/98 -; a.A.: LSG Berlin, Urteil vom 25.05.1993 - L 13 Vs 61/91 -) oder dass allein wegen der Auswirkungen der Adipositas eine erhebliche Gehbehinderung (s. Teil D 1 VMG (S. 438)) festzustellen sei (SG Düsseldorf, Urteil vom 26.03.2001 - S 36 (38) SB 158/99 -) dürfte damit jedenfalls nicht in dieser Pauschalität nicht ausreichen.

Den Vorgaben der VMG entsprechend kann eine (ausdrücklich festgestellte) Adipositas permagna bei der Feststellung von Nachteilsausgleichen (s. Teil D VMG - Merkzeichen (S. 434)) mit berücksichtigt werden: Auch wenn kein Regelfall einer erheblichen Gehbehinderung i.S.d. Teils D 1 VMG (früher Nr. 30 Abs. 3 ff AHP) vorliege (so LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 08.06.2006 - L 11 SB 1021/05 -), könne sich bei der vergleichenden Betrachtung mit den Regelfällen nämlich ein entsprechender Leidenszustand ergeben. Dabei könne dann auch berücksichtigt werden, dass die inneren und orthopädischen Leiden so von einer - an sich keine Behinderung darstellenden - Adipositas per magna verstärkt würden, dass in der Gesamtschau (doch) eine erhebliche Gehbehinderung vorliege.

Das BSG hat diese Entscheidung bestätigt (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B 9/9a SB 7/06 R -): Die funktionellen Auswirkungen einer Adipositas per magna sind nicht nur bei Einschätzung eines aus anderen Gesundheitsstörungen folgenden GdB (erhöhend) zu berücksichtigen, sondern auch insoweit, als sie zu einer Einbuße der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr führen. Auch wenn eine Insuffizienz der Wirbelsäule in Verbindung mit funktionellen Störungen beider Hüft- und Kniegelenke noch keinen GdB von 50 oder jedenfalls 40 bedinge, sei „G“ festzustellen, wenn die aus den Gesundheitsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates folgenden Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr durch funktionelle Auswirkungen der Adipositas per magna so weit verstärkt werden, dass die zumutbare Wegstrecke auf - weit - unter 2 km abgesunken ist (so dann auch in Fortsetzung seiner Rechtsprechung LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.04.2010 - L 13 SB 82/08 - und Beschluss vom 15.12.2015 - L 13 SB 262/15 -). Diese Rechtsprechung führt allerdings soweit, dass letztlich konkrete Feststellungen zu dem Ausmaß der einzelnen Beeinträchtigungen unterbleiben und als Begründung einer dem behinderten Menschen günstigen Entscheidung der Hinweis darauf als ausreichend angesehen wird, dass nach den Feststellungen des gehörten Sachverständigen auch aufgrund der Auswirkungen einer Adipositas per magna das Zurücklegen einer Wegstrecke von etwa zwei Kilometern in etwa einer halben Stunde nicht möglich sei (LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 15.04.2010 - L 13 SB 82/08).



Auch das LSG NRW, Urteil vom 18.12.2001 - L 6 SB 59/00 -, hat bei der Frage nach dem Bestehen einer erheblichen Gehbehinderung die Auswirkungen einer Übergewichtigkeit berücksichtigt und der Betroffenen, obwohl die funktionellen Einschränkungen einer ansonsten bestehenden Fußgelenkläsion und einer Anfallsbereitschaft mit psychischen Störungen zu dieser Feststellung nicht ausgereicht hätten, den Nachteilsausgleich „G“ zugestanden. Allerdings hat das LSG in seiner Entscheidung einschränkend ausgeführt, dass die in die Beurteilung einbezogene massive Übergewichtigkeit eine Auswirkung der psychischen Störung (Essstörung) sei und dass Essstörung und Übergewichtigkeit zusammen als Behinderung mit der Folge anzusehen seien, dass dann damit eine erhebliche Gehbehinderung festgestellt werden konnte. Dem ist auch der SVB nicht entgegengetreten. Er hat aber darauf hingewiesen, daraus sei nicht abzuleiten, dass bei einer Adipositas permagna im Regelfall eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vorliege (Beirat vom 24.-25. April 2002: „Gutachtliche Beurteilung einer „erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr“ bei Adipositas permagna“).

Hinsichtlich des Nachteilsausgleichs „aG“ siehe die Anmerkung zu Teil D 3 - Außergewöhnliche Gehbehinderung (S. 492).

#### **15.4 Phenylketonurie**

ohne fassbare Folgeerscheinungen

im Kindesalter bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres .....	30
danach bei Notwendigkeit weiterer Diäteeinnahme .....	10

Beim Vorliegen eines Hirnschadens ist der GdS vor allem vom Ausmaß der geistigen Behinderung und weiterer Folgen (z.B. hirnorganische Anfälle) abhängig.

#### **Galaktosämie**

Die Galaktosämie, eine seltene angeborene Stoffwechselstörung, ist in den AHP bzw. den VMG nicht (mehr) erfasst. Die Galaktosämie soll aber in ihren Auswirkungen einer Phenylketonurie (Teil B Nr. 15.4 VMG) vergleichbar sein, so dass die dafür geltenden Bewertungsmaßstäbe (weiterhin) herangezogen werden können (so Sächsisches LSG, Urteil vom 20.09.2010 - L 6 SB 20/09 -; s. dazu auch die Anmerkung zu Teil A 5 (S. 84) - Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen unter „Stoffwechselkrankheiten“ und Beirat vom 08.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung von Kindern mit Stoffwechselkrankheiten“).

## 15.5 Mukoviszidose (zystische Fibrose)

unter Therapie	
Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung altersgemäß .....	20
unter Therapie	
Aktivitäten und Lungenfunktion leicht eingeschränkt, Gedeihen und Ernährung noch altersgemäß .....	30 - 40
Aktivitäten und Lungenfunktion deutlich eingeschränkt, häufig Gedeih- und Entwicklungsstörungen, Schulbesuch und Erwerbstätigkeit in der Regel noch möglich .....	50 - 70
schwere bis schwerste Einschränkung der Aktivitäten, der Lungenfunktion und des Ernährungszustandes .....	80 - 100

Folgekrankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Impotenz, Leberzirrhose) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

### 1. Änderungen

Die GdB-Vorgaben für eine Mukoviszidose wurden 2000 in die hier vorliegende Form geändert, weil sich ergeben hatte, dass die bisherigen Kriterien in Fällen mit schwerer Einschränkung der Lungenfunktion und Folgekrankheiten nicht immer zu sachgerechten Ergebnissen führten (Beirat vom 08.-09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Mukoviszidose“).

### 2. GdB

Die aus einer Mukoviszidose resultierenden bzw. damit einhergehenden Einschränkungen, die in rezidivierenden bronchialen Infekten und einer exokrinen Pankreasinsuffizienz bestehen, sind nicht gesondert bzw. zusätzlich nach anderen Grundsätzen der VMG zu bewerten. Das würde ansonsten zu einer Doppelwertung führen. Wie sich aus Teil B. 15.5 VMG ablesen lässt, werden von dem dort vorgesehenen GdB sowohl Einschränkungen der Lungenfunktion bzw. der Atemwege als auch Störungen der Ernährung und weitere Folgen der Mukoviszidose wie Diabetes umfasst (SG Augsburg, Urteil vom 05.09.2014 - S 8 SB 601/13 -).

### 3. Nachteilsausgleich „H“

Die Voraussetzungen für das Merkzeichen „H“ (Teil A 4 VMG - früher Nr. 21 AHP) sind auch bei der Mukoviszidose grundsätzlich von der Höhe des GdB unabhängig; entscheidend ist allein der Umfang der zur Sicherung der Existenz notwendigen Hilfe Dritter. Die erforderlichen Hilfeleistungen seien erst dann regelhaft relevant, wenn das Leiden ein entsprechendes Ausmaß erreicht hat (Beirat vom 29./30.03.2000 und vom 07.-08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ bei Kindern mit Muko-

viszidose“). Nach Teil A 5 II VMG ist hingegen bei Kindern bereits im Allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres Hilflosigkeit anzunehmen, wenn die Mukoviszidose für sich allein einen GdB von wenigstens 50 bedingt.

#### **4. Nachteilsausgleich „B“**

Ein schwerbehindertes Kind, das an Mukoviszidose leidet und bei dem deshalb das Merkzeichen „H“ (s. Teil A 5 II VMG (S. 85)) festgestellt worden ist, hat auch auf Anspruch auf das Merkzeichens „B“ (s. (S. 466) Teil D 2 VMG - früher Nr. 32 AHP), wenn es an unkontrolliert auftretenden Hustenattacken, auch mit Blaufärbung, leidet und deshalb bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln auf fremde Hilfe angewiesen ist (LSG Saarland, Urteil vom 07.12.2004 - L 5 SB100/03 -).

#### **5. Karthagener Syndrom**

Die VMG erwähnen die seltene Erkrankung „Karthagener Syndrom“ zwar nicht ausdrücklich. Da die Krankheit, ähnlich wie die Mukoviszidoseerkrankung zu einer Ansammlung von zähem Schleim in den Bronchien mit rezidivierenden Atemwegsinfekten und Lungenfunktionseinschränkungen führt, können aber die Vorgaben des Teils B 15.5 VMG (früher Nr. 26.15 AHP) zur Mukoviszidose heran gezogen werden. Danach ist ein GdB von 30 bis 40 vorgesehen, wenn unter Therapie die Aktivitäten und die Lungenfunktion des Betroffenen leicht eingeschränkt sind, Gedeihen und Ernährung jedoch noch altersgemäß erscheint (Bayerisches LSG, Urteil vom 06.04.2004 - L 15 SB 51/03 -).

#### **6. Sonstiges: S. ansonsten zur Mukoviszidose**

(S. 85) die Anmerkung zu Teil A 5 VMG - unter Mukoviszidose.

## 15.6 Schilddrüsenkrankheiten

Schilddrüsenfunktionsstörungen sind gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Organkomplikationen (z.B. Exophthalmus, Trachealstenose) sind gesondert zu beurteilen. Bei der nicht operativ behandelten Struma richtet sich der GdS nach den funktionellen Auswirkungen.

Nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung eines papillären oder follikulären Tumors, ohne Lymphknotenbefall .....	50
sonst .....	80

Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

1. Zur Frage der Dauer der Heilungsbewährung nach Entfernung eines malignen Tumors fand bereits 1987 ein Sachverständigengespräch statt. Dabei wurde festgestellt, dass bei nahezu allen bösartigen Geschwulstkrankheiten erste Rückfälle innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Tumorentfernung auftreten. Der Hauptteil der Rückfälle liegt in den ersten zwei Jahren. Bei einzelnen Tumoren - wie z.B. beim Schilddrüsenkarzinom - träten erstmalige Rückfälle nach Ablauf von fünf Jahren nach der Tumorentfernung etwas häufiger als bei anderen Tumoren auf. Der SVB hat diese Unterschiede jedoch als sehr gering angesehen. Auch bei diesen Tumoren sei die Zeit der erheblichen Rückfallgefahr nach fünf Jahren vorüber.

Diese Feststellungen sind im Rahmen der Gespräche bei der Neufassung der AHP Ausgabe 1996 ausdrücklich bestätigt worden: Es bestehe kein Anlass, die Dauer der Heilungsbewährung von fünf Jahren auf zehn Jahre nach Entfernung eines Schilddrüsentumors zu verlängern. Insgesamt gelte: Bei der GdB-Beurteilung unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung nach Entfernung eines malignen Tumors komme es darauf an, nach welchem Zeitraum nach Entfernung eines Tumors die Hauptrezidivgefahr vorüber ist und sich damit - trotz weiterer Nachuntersuchungen - auch die Ungewissheit über den weiteren Leidensverlauf und die damit verbundenen psychischen Belastungen sowie nachteiligen Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung bessern (Auskunft des BMA vom 22.08.2002: „Heilungsbewährung nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors“).

**2.** Solange bei Schilddrüsenkarzinom szintigraphisch radiojodaufnehmendes Gewebe nachweisbar ist, kann nach Auffassung des SVBs nicht von einer Entfernung des Tumors ausgegangen werden. Der Lauf der Heilungsbewährung habe damit noch nicht begonnen (Beirat vom 26.03.2003: „Heilungsbewährung“ nach Radiojod-Therapie eines Schilddrüsenmalignoms“).

**3.** Bundessozialgericht, Urteil vom 30.09.2009 - B 9 SB 4/08 R -: Einem Schilddrüsenverlust nach Krebserkrankung ohne Lymphknotenbefall ist in den ersten fünf Jahren ein GdB von 50 zuzumessen. Nicht in diesem GdB enthalten sind jedoch die Beeinträchtigungen für Stimmstörungen bei Stimmbandlähmung mit dauernder Heiserkeit, die höchstens nur in 20% der Fälle auftreten. Deshalb ist der dafür vorgesehene GdB von 30 zusätzlich zu berücksichtigen.

**4.** Entfallen sind in den VMG die Erläuterungen der AHP 2008:

- *„Die Beurteilung einer Schilddrüsenfunktionsstörung setzt in der Regel - insbesondere in leichteren Fällen - voraus, dass die Diagnose durch moderne Untersuchungsmethoden gesichert ist.“*
- *und dass von Schilddrüsenfunktionsstörungen Überfunktion und Unterfunktion, auch nach Schilddrüsenresektion, erfasst sind.*

**Tetanie**

Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind.

**15.7 Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz**

Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)

Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Funktionsstörungen sind analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z.B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen.

**Cushing-Syndrom**

Der GdS wird bestimmt von der Muskelschwäche und den Auswirkungen an den verschiedenen Organsystemen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Osteoporose, psychische Veränderungen).

**15.8 Porphyrien**

Erythro poetische Porphyrie (Günther-Krankheit) .....100

Hepatische Porphyrien

akut-intermittierende Porphyrie .....30

Porphyria cutanea tarda ohne wesentliche Beschwerden .....10

Organkomplikationen sind jeweils zusätzlich zu berücksichtigen.

**Teil B: 16. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem**

Die Höhe des GdS bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems richtet sich nach der Schwere der hämatologischen Veränderungen, nach den Organfunktionsstörungen, nach den Rückwirkungen auf andere Organe, nach der Auswirkung auf den Allgemeinzustand und der Häufigkeit von Infektionen.

***Ende der Therapie - Intensiv-Therapie***

In der Nr. 26.16 AHP 1996 war bei der akuten Leukämie die Schnittstelle für die GdB-Bewertung „bis zum Ende der Therapie“. Damit sei - so der SVB - das Ende das Ende der intensiven Therapie bis zum Erreichen der Vollremission und nicht das Ende der Erhaltungstherapie gemeint. Auch im Rahmen der Beurteilung von Hilflosigkeit nach Nr. 22 Abs. 4 Buchst. n) AHP (= Teil A 5 d mm VMG) komme es allein auf die Intensivtherapie an. Mit der weiteren adjuvanten Therapie seien keine Gefahren verbunden, die eine weitere Annahme von Hilflosigkeit rechtfertigten (Beirat vom 28. bis 29. April 1999: „Gutachtliche Beurteilung bei akuter Leukämie - Frage: Wann endet die Therapie?“). Mit Rundschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 16.04.2004 wurden die AHP Nr. 26.16 entsprechend geändert, in dem „bis zum Ende der Therapie“ durch „bis zum Ende der Intensiv-Therapie“ ersetzt wurde. Die Änderungen wurden in die AHP 2004 ff / VMG eingearbeitet (Rundschreiben des BMGS vom 16.04.2004). Für die akute Leukämie wurde „bis zum Ende der Intensiv-Therapie“ ein GdB von 100 und „danach für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)“ ein GdB von 60 in Ansatz gebracht.

Mit der Fünften Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 11.10.2012 wurden die Bewertungsvorgaben in Teil B 16.6 VMG in die jetzige Fassung konkretisiert. Dadurch, dass sich neue Therapieschemata in der Behandlung der akuten Leukämie etabliert hatten, ergab sich nach der amtlichen Begründung (Bundesrat-Drucksache 430/12 vom 30.07.2012) die Notwendigkeit, neben der Aufnahme der heute verwendeten Begriffe „Induktionstherapie“, „Konsolidierungstherapie“ und „Erhaltungstherapie“ den Beginn der sogenannten Heilungsbewährung genau festzulegen. Dabei ist die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Zeit der Heilungsbewährung bei akuten Leukämien nicht niedriger zu bewerten als bei den hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen.

### **16.1 Verlust der Milz**

bei Verlust im frühen Kindesalter, dann bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres .....	20
danach oder bei späterem Verlust .....	10

Die selten auftretenden Komplikationen (z.B. Thrombosen) sind zusätzlich zu berücksichtigen (Erläuterung der AHP 2008).

### **16.2 Hodgkin-Krankheit**

im Stadium I bis IIIA bei mehr als sechs Monate andauernder Therapie, bis zum Ende der Intensiv-Therapie je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand .....	60 - 100
nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .....	50
im Stadium IIIB und IV bis zum Ende der Intensiv-Therapie .....	100
nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .....	60

### **16.3 Non-Hodgkin-Lymphome**

#### **16.3.1 Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome**

mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Progredienz) .....	30 - 40
mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) .....	50 - 70
mit starken Auswirkungen, starke Progredienz (z.B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung) .....	80 - 100

#### **1. Maligne Lymphomen unter Beachtung der neuen WHO-Klassifikation**

Stein und Hiddemann haben im Deutschen Ärzteblatt (Heft 49/1999, S. A 3168) über eine neue WHO-Klassifikation der malignen Lymphome informiert: eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingesetzte internationale Expertengruppe habe eine weltweit akzeptierte neue Klassifikation der malignen Lymphome festgelegt.

Diese Klassifikation weicht allerdings erheblich von der Einteilung der malignen Lymphome in den VMG ab.

Der SVB hat dazu festgestellt: In den ärztlichen Befundberichten werde die dargestellte neue Klassifikation nicht verwendet; im Übrigen handele es sich bei den o.a. Ausführungen nur um eine vorläufige Fassung, so dass



zunächst lediglich die weitere Entwicklung abzuwarten sei (Beirat vom 29./30.03.2000 und vom 13.11.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignen Lymphomen unter Beachtung der neuen WHO-Klassifikation“ und „Begutachtung im Schwerbehindertenrecht: Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Malignen Lymphomen unter Beachtung der neuen WHO-Klassifikation“).

## **2. GdB bei Non-Hodgkin-Lymphom**

Beim generalisierten Non-Hodgkin-Lymphom ist eine Heilungsbewährung nicht vorgesehen. Zu der Frage, ob dies bei den heutigen Therapiemöglichkeiten noch gerechtfertigt sei, hat der SVB 2005 ausgeführt, dass bei einer erfolgreichen kurativen Behandlung und dadurch erreichter klinischer Tumorfreiheit im Einzelfall eine Heilungsbewährung auch bei Non-Hodgkin-Lymphomen analog der Heilungsbewährung bei akuter Leukämie (Nr. 26.16 AHP, jetzt Teil B 16.6 VMG) möglich sei (Beirat vom 08./09.11.2005: „GdB bei Non-Hodgkin-Lymphom“).

## **3. Plasmozytom und chronisch-myeloische Leukämie**

Bei Plasmozytom und chronisch-myeloischer Leukämie kommt aufgrund der heutigen Therapiekonzepte ebenfalls eine Heilungsbewährung in Betracht, wenn es sich um eine Therapie mit kurativem Ansatz und erfolgreicher „Tumorentfernung“ handelt (Beirat vom 17./18.05.2006: „Maligne Erkrankung blutbildender Organe und Heilungsbewährung“).

### **Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome**

nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .....	50
--	----

## **1. Niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome**

Niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome werden nach Vollremission für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) mit einem GdB von 50 beurteilt. Vor und während der Behandlung könne - so der SVB - ein maligner Tumor niemals niedriger beurteilt werden als nach Erreichen der Vollremission; der GdB müsse also in dieser Zeit - für die Zeit bis zum Erreichen der Vollremission - wenigstens 50 betragen (Beirat vom 12./13.11.1997: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei lokalisierten niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen“).

## **2. Lymphangiosis carcinomatosa**

Eine Lymphangiosis carcinomatosa kann bei verschiedenen Tumorarten auftreten. Allgemeine gutachtliche Kriterien seien deshalb - so der SVB - nicht möglich (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Lymphangiosis carcinomatosa“).

**16.3.2 Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome**

bis zum Ende der Intensiv-Therapie .....	100
nach Vollremission	
GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .....	80

**16.4 Plasmozytom (Myelom)**

mit geringen Auswirkungen (keine wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand, keine Behandlungsbedürftigkeit, ohne Beschwerden, keine wesentliche Progredienz) .....	30 - 40
mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) .....	50 - 70
mit starken Auswirkungen (z.B. schwere Anämie, starke Schmerzen, Nierenfunktionseinschränkung) .....	80 - 100

**16.5 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien**

Auswirkungen auf andere Organsysteme sind zusätzlich zu bewerten.

**16.5.1 Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv**

Im Stadium der kompletten hämatologischen, kompletten zytogenetischen und molekularen Remission beträgt der GdS	10 - 20
Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission je nach Ausmaß der zytogenetischen Remission beträgt der GdS .....	30 - 40
Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), bei fehlender Remission oder bei Rezidiv je nach Organvergrößerung, Anämie, Thrombozytenzahl und in Abhängigkeit von der Intensität der Therapie beträgt der GdS .....	50 - 80
In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise beträgt der GdS .....	100

**16.5.2 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie**

Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission beträgt der GdS .....	40
Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organvergrößerung und Anämie, der Thrombozytenzahl und der Intensität der Therapie. Der GdS beträgt .....	50 - 80
In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise beträgt der GdS .....	100

### **16.5.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)**

Bei geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdS .....	10 - 20
Bei mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdS .....	30 - 40
Bei stärkeren Auswirkungen (insbesondere mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie, ausgeprägte Organomegalie) beträgt der GdS.....	50 - 70
Bei starken Auswirkungen (insbesondere schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, exzessive Organomegalie) beträgt der GdS.....	80 -100

### **16.5.4 Chronische Eosinophilen-Leukämie/Hypereosinophilie-Syndrom**

Die Teilhabebeeinträchtigung ist insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organomegalie, Hautbeteiligung, Blutbildveränderungen und Nebenwirkungen der Therapie.  
Der GdS beträgt mindestens ..... 50

### **16.5.5 Polycythaemia vera**

Bei Behandlungsbedürftigkeit

- mit regelmäßigen Aderlässen. Der GdS beträgt ..... 10
- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie. Der GdS beträgt.....30 - 40

Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.

### **16.5.6 Essentielle Thrombozythämie**

Bei Behandlungsbedürftigkeit

- mit Thrombozytenaggregationshemmern. Der GdS beträgt..... 10
- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie. Der GdS beträgt.....30 - 40

Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.

### **16.5.7 Die juvenile myelomonozytäre Leukämie**

ist analog zur akuten myeloischen Leukämie zu bewerten.

Die Nr. 16.5 (früher mit der Überschrift „Chronische myeloische Leukämie“ erfasst) wurde mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 28.10.2011 vollständig neu gefasst. Auch hier stand das Bemühen, die VMG an die gültige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur anzupassen, im Vordergrund. Gleichzeitig wurden aber auch ergänzende Bewertungsvorgaben, die insbesondere auf Krankheitsausprägung und Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit abstellen, geschaffen: „Die Neufassung beruht auf der aktuellen internationalen Klassifikation (WHO Classification of myeloid neoplasms, 2008). Mit der Einführung neuer Medikamente - insbesondere den so genannten Tyrosinkinaseinhibitoren - in die Therapie der myeloproliferativen Neoplasien konnten für einen Großteil der erkrankten Menschen die Krankheitsauswirkungen reduziert werden. Geringere Krankheitsauswirkungen, verminderter Therapieaufwand und Reduktion der Nebenwirkungen der Therapie haben bei dieser Gruppe Betroffener zu einer verbesserten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft geführt. Diesen Umständen wird durch die Neuformulierung Rechnung getragen. Aufgrund der nun vorhandenen unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten bei myeloproliferativen Erkrankungen ist eine differenzierte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung notwendig. Die Teilhabebeeinträchtigung ist abhängig von der Krankheitsausprägung, die die Behandlungsbedürftigkeit hervorruft. Bei Behandlungsbedürftigkeit ist eine entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin notwendige Therapie erforderlich.“ (amtliche Begründung in Bundesrat-Drucksache 509/11 vom 29.08.2011).

Die - ggf. für Änderungsbescheide /-anträge (s. dazu Teil A 7 VMG nebst Anmerkung (S. 98)) bedeutsame - Vorfassung lautete:

#### *16.5 Chronische myeloische Leukämie*

*chronische Phase, je nach Auswirkung - auch der Behandlung - auf den Allgemeinzustand, Ausmaß der Milzvergrößerung ..... 50 - 80*

*akute Phase (Akzeleration, Blastenschub) ..... 100*

*Anderer chronische myeloproliferative Erkrankungen*

*(z.B. Polycythaemia vera, essentielle Thrombozythämie, Osteomyelosklerose)*

*mit geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit) ..... 10 - 20*

*mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) ..... 30 - 40*

*mit stärkeren Auswirkungen*

*(z.B. mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie) ..... 50 - 70*

*mit starken Auswirkungen*

*(z.B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, starke Milzvergrößerung, Blutungs- und/oder Thromboseneigung) ..... 80 - 100*

### **16.6 Akute Leukämien**

Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv; insbesondere während der Induktionstherapie, Konsolidierungstherapie, Erhaltungstherapie)  
 beträgt der GdS ..... 100  
 Nach dem ersten Jahr - bei unvollständiger klinischer Remission:  
 Der GdS beträgt weiterhin ..... 100,  
 - bei kompletter klinischer Remission  
 unabhängig von der durchgeführten Therapie:  
 Der GdS beträgt 80 für die Dauer von drei Jahren  
 (Heilungsbewährung)  
 Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen  
 (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien,  
 Beeinträchtigung der Entwicklungs- und kognitiver Funktionen) zu  
 bewerten.

### **16.7 Myelodysplastische Syndrome**

mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen) ..... 10 - 20  
 mit mäßigen Auswirkungen (z.B. gelegentliche Transfusionen) 30 - 40  
 mit stärkeren Auswirkungen, (z.B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, rezidivierende Infektionen) ..... 50 - 80  
 mit starken Auswirkungen (z.B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, häufige Infektionen, Blutungsneigung, leukämische Transformation) ..... 100

### **Aplastische Anämie (auch Panmyelopathie), Agranulozytose**

Der GdS bei aplastischer Anämie oder Agranulozytose ist auch nach Therapie analog zu den myelodysplastischen Syndromen zu bewerten.

## **16.8 Knochenmark- und Stammzelltransplantation**

Nach autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist der GdS entsprechend der Grundkrankheit zu beurteilen.  
Nach allogener Knochenmarktransplantation für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .....100

Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen und dem eventuellen Organschaden, jedoch nicht niedriger als 30, zu bewerten.

### **1. Blutstammzelltransplantation**

2007 hat der SVB empfohlen, die noch in der Nr. 26.16 AHP enthaltene Überschrift „Knochenmarktransplantation,“ in „Knochenmark- und Stammzelltransplantation,“ zu ändern, da die Blutstammzelltransplantation die Knochenmarktransplantation an klinischer Bedeutung ersetzt habe (Beirat vom 07. bis. 08.11.2007: „Blutstammzelltransplantation“). Die Empfehlung ist mit den VMG umgesetzt worden.

### **2. Allogene Stammzelltransplantation**

Der GdB nach allogener Stammzelltransplantation von erwachsenen Spendern ist - so der SVB - analog einer allogenen Knochenmarktransplantation zu beurteilen (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung nach allogener Stammzelltransplantation“).

### **3. Syngene Knochenmarktransplantation**

In den äußerst seltenen Fällen einer Knochenmarktransplantation zwischen eineiigen Zwillingen habe - so der SVB - eine analoge Beurteilung zur allogenen Knochenmarktransplantation zu erfolgen. Es handele sich nämlich um eine Transplantation zwischen zwei verschiedenen Personen mit unterschiedlicher immunologischer Erfahrung (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung bei syngener Knochenmarktransplantation“).

## **16.9 Anämien**

Symptomatische Anämien (z.B. Eisenmangelanämie, vitaminabhängige Anämien) sind in der Regel gut behandelbar und nur vorübergehender Natur.

Therapierefraktäre Anämien (z.B. bestimmte hämolytische Anämien, Thalassämie, Erythrozytenenzymdefekte)

mit geringen Auswirkungen  
(ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen) ..... 0 - 10

mit mäßigen Auswirkungen (z.B. gelegentliche Transfusionen) .....	20 - 40
mit starken Auswirkungen (z.B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit) .....	50 - 70

### **16.10 Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten**

Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten (je nach Blutungsneigung)

leichte Form - mit Restaktivität von antihämophilem Globulin (AHG) über 5 % .....	20
mittelschwere Form mit 1-5 % AHG mit seltenen Blutungen .....	30 - 40
mit häufigen (mehrfach jährlich) ausgeprägten Blutungen .....	50 - 80
schwere Form - mit weniger als 1 % AHG .....	80 - 100

#### **Sonstige Blutungsleiden**

ohne wesentliche Auswirkungen .....	10
mit mäßigen Auswirkungen .....	20 - 40
mit starken Auswirkungen (starke Blutungen bereits bei leichten Traumen) .....	50 - 70
mit ständiger klinisch manifester Blutungsneigung (Spontanblutungen, Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen) .....	80 - 100

Eine Behandlung mit Antikoagulantien ist bei der Grundkrankheit (z.B. bei Herzklappen- und Gefäßprothesen, Thrombophilie) berücksichtigt. Wenn die Grundkrankheit nicht mehr besteht bzw. keinen GdS mehr bedingt, aber eine Weiterbehandlung mit Antikoagulantien erforderlich ist, kann - analog den sonstigen Blutungsleiden - in der Regel ein GdS von 10 angenommen werden.

**Folgen von Blutungen** sind zusätzlich zu bewerten (Erläuterungen der AHP 2008).

Der SVB hat keinen Anlass gesehen, spezielle Richtlinien für die **Thrombophilie**, also die Neigung zur Bildung von Blutgerinnseln, zu erarbeiten. Es komme nämlich stets auf die Auswirkungen der erhöhten Thromboseneigung bzw. einer gerinnungshemmenden Therapie und ggf. auch auf Lokalisation und Auswirkungen von bereits eingetretenen Thrombosen an (Beirat vom 24. bis 25. April 2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Thrombophilie“).

Wird bei einer **Thrombophilie** durch Antikoagulantien eine normale Blutgerinnung - und nicht eine Blutverdünnung mit ihren Risiken - erreicht, ist nach Meinung des SVBs bei einer keinen GdB bedingenden Grundkrankheit ein GdB von 10 gerechtfertigt; dies ergebe sich auch unmittelbar aus den AHP (Beirat vom 08. bis 09. November 2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Thrombophilie“).

Die Bemessung des GdB für eine **Thrombozytopenie** (Mangel an Blutplättchen) erfolgt nach den Vorgaben des Teils B 16.10 VMG, Rubrik „Sonstiges Blutungsleiden“, da anderweitige Zuordnungen nicht möglich sind. Bei den danach zugrunde zulegenden Auswirkungen sind nur solche Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die tatsächlich aufgetreten sind, nicht aber auch solche, die lediglich drohen. Die Möglichkeit, dass es wegen zu niedriger Thrombozytenwerte zu starken Blutungen kommt, beeinflusst somit die Höhe des GdB nicht (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 18.02.2015 - L 7 SB 68/13 -).

### **16.11 Immundefekte**

Angeborene Defekte der humoralen und zellulären Abwehr (z.B. Adenosindesaminase-Defekt, DiGeorge-Syndrom, permanente B-Zell-Defekte, septische Granulomatose)

ohne klinische Symptomatik .....	0
trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit, aber keine außergewöhnlichen Infektionen .....	20 - 40
trotz Therapie neben erhöhter Infektanfälligkeit auch außergewöhnliche Infektionen (ein bis zwei pro Jahr) .....	50
Bei schwereren Verlaufsformen kommt ein höherer GdS in Betracht.	

#### Erworbenes Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion)

HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik .....	10
HIV-Infektion mit klinischer Symptomatik	
geringe Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei Lymphadenopathiesyndrom [LAS]) .....	30 - 40
stärkere Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei AIDS-related complex [ARC]) .....	50 - 80
schwere Leistungsbeeinträchtigung (AIDS-Vollbild) .....	100

Die HIV-Infektion und deren Auswirkungen waren in den AHP 1983 noch nicht erfasst. In späteren Sitzungen wurden vom SVB ergänzende Bewertungsrichtlinien erarbeitet, die dann auch z.T. in die AHP 1996 eingeflossen sind; die Sitzungsprotokolle sind insoweit allenfalls von historischem Interesse.



Von Bedeutung ist aus den Sitzungsniederschriften vom 25./26.03.1987 und vom 02.10.1990 heute allenfalls noch:

Generell kann aus der HIV-Infektion - auch bei Kindern - nicht darauf geschlossen werden, ob und welche Nachteilsausgleiche gerechtfertigt sind. Vielmehr seien auch hier die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche im Einzelfall unter Berücksichtigung der tatsächlichen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen (Beirat vom 25./26.03.1987, vom 04.11.1987, vom 31.10.1989 und vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB bei HIV-Positiven, bei Kranken mit Lymphadenopathiesyndrom und bei AIDS“, „MdE/GdB-Beurteilung bei AIDS-related complex - ARC“, „Beurteilung des GdB bei HIV-Infizierten“, „Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei HIV-Infektion“).

2005 wurden die Bewertungsvorgaben der Nr. 26.16 AHP im Hinblick auf die fortgeschrittenen Therapiemöglichkeiten der HIV-Infektion und von AIDS durch den SVB geprüft. Anlass zu Änderungen sah der Beirat jedoch nicht. Die Beurteilung des GdB der HIV-Infektion und von AIDS sei grundsätzlich von der Therapie unabhängig. Allerdings komme es auf die tatsächlichen Auswirkungen an; deshalb könne im Einzelfall ein Therapieerfolg auch zu einer Änderung des GdB führen (Beirat vom 08.11.2005: „GdB bei HIV-Infektion“).

## Teil B: 17. Haut

Bei der Beurteilung des GdS von Hautkrankheiten sind Art, Ausdehnung, Sitz, Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, Begleiterscheinungen (wie Jucken, Nässen, Brennen, unangenehme und abstoßende Gerüche) und die Rezidivbereitschaft bzw. die Chronizität sowie die Notwendigkeit wiederholter stationärer Behandlung zu berücksichtigen. Bei Hautkrankheiten mit stark schwankendem Leidensverlauf kommt ein Durchschnitts-GdS in Betracht. Bei Kindern können sich Hautkrankheiten schwerer auswirken als bei Erwachsenen.

Narben können durch Ausdehnung, Beschaffenheit (z.B. Verhärtung, Verdünnung, Narbenzüge), Sitz oder Einwirkung auf ihre Umgebung zu Störungen führen. Bei flächenhaften Narben nach Verbrennungen, Verätzungen und ähnlichem muss außerdem die Beeinträchtigung der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan berücksichtigt werden. Diese Störungen bestimmen die Höhe des GdS.

Bei Entstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich Schwierigkeiten im Erwerbsleben, Unannehmlichkeiten im Verkehr mit fremden Menschen sowie seelische Konflikte ergeben können.

Obwohl an sich selbstverständlich, ist auf die gerade an dieser Stelle berechtigten Erläuterungen der AHP 2008, dass häufig außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Teil A 2 i VMG) zusätzlich zu berücksichtigen sind und dass insbesondere Entstellungen des Gesichts (s. dazu Teil B 2.1 VMG und die Anmerkung zu Teil B 2.1 VMG (S. 142)) zu erheblichen Beeinträchtigungen führen können, hinzuweisen.

### 17.1 Ekzeme

Kontaktekzeme (z.B. irritatives und allergisches Kontaktekzem)

geringe Ausdehnung und bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend .....	0 - 10
Sonst .....	20 - 30

Atopisches Ekzem

(„Neurodermitis constitutionalis“, „endogenes Ekzem“)

geringe, auf die Prädispositionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend .....	0 - 10
bei länger dauerndem Bestehen .....	20 - 30
mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall .....	40
mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr .....	50

**Seborrhoisches Ekzem**

geringe Ausdehnung und Beschränkung auf die Prädilektionsstellen .....	0 - 10
sonst, je nach Ausdehnung .....	20 - 30

**Generalisierte Hauterscheinungen**

Nach Teil B Nr. 17.1 VMG ist ein atopisches Ekzem bei länger dauerndem Bestehen mit einem Einzel-GdB von 20 bis 30 und mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall, mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Ein GdB von 40 erfordert aber nicht, dass ein Befall der Gesichtshaut über längere Zeiträume in ausgeprägter Weise vorliegt. Das steht nämlich nicht in den VMG (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06.01.2020 - L 11 SB 177/17 -).

**Kontaktallergie**

Aus einer Kontaktallergie auf Terpentin resultiert keine gravierende Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX. Denn Terpentinexpositionen lassen sich im Allgemeinen weitgehend vermeiden, wenn keine entsprechende spezielle berufliche Tätigkeit ausgeübt wird ((Bayerisches LSG, Urteil vom 27.10.2015 - L 3 SB 185/13 -; nachfolgend BSG, Beschluss vom 29.02.2016 - B 9 SB 91/15 B -).

**17.2 Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem**

selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare Noxen oder Allergene .....	0 - 10
häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Noxen oder Allergene .....	20 - 30
schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf ....	40 - 50
Eine systemische Beteiligung z.B. des Gastrointestinaltraktes oder des Kreislaufs ist ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

**Histamintoleranzsyndrom**

Die VMG enthalten keine GdB-Vorgaben für ein Histamintoleranzsyndrom. Es wird für geboten erachtet, zur GdB-Bestimmung die Bewertungsgrundsätze in Teil B Nr. 17.2 VMG zu einer Urticaria (= Nesselsucht) entsprechend heranzuziehen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.07.2012 - L 13 SB 313/10 -).

Zur weiteren Erläuterung: Histaminintoleranz ist die Unverträglichkeit von in der Regel mit der Nahrung aufgenommenem Histamin (weitläufig: Gewebeshormon), die auf einem Mangel der Histamin abbauenden Enzyme (Diaminoxidase) beruht (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, Histaminintoleranz). Es besteht mithin ein Missverhältnis zwischen Zufuhr und Abbau von Histamin. Symptome sollen u.a. sein Kopfschmerzen, Durchfall, Menstruationsbeschwerden u.v.a., aber auch Urtikaria (=

Nesselsucht).

### **17.3 Akne**

#### Acne vulgaris

leichteren bis mittleren Grades .....	0 - 10
schweren Grades mit vereinzelter Abszess- und Knotenbildung und entsprechender erheblicher kosmetischer Beeinträchtigung .....	20 - 30

#### Acne conglobata

auf die Prädilektionsstellen begrenzte häufige Abszess- und Fistelbildungen und lokalisationsbedingte Beeinträchtigungen .....	30 - 40
schwerste Formen mit rezidivierenden eitrigen, vernarbenden axilläringuinalen und nuchalen Abszessen (Acne triade) und ggf. zusätzlicher Beteiligung des Pilonidalsinus (Acne tetraade) wenigstens .....	50

### **17.4 Rosazea, Rhinophym**

geringe Ausdehnung, kosmetisch nur wenig störend .....	0 - 10
stärkere Ausdehnung, entstellende Wirkung .....	20 - 30

### **17.5 Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes**

Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes  
(z.B. Lupus erythematodes, Dermatomyositis,  
progressive systemische Sklerodermie)

auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei geringer Ausdehnung	0 - 10
auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei stärkerer Ausdehnung, je nach kosmetischer und funktioneller Auswirkung .....	20 - 40
über die Prädilektionsstellen hinausgehend, ggf. Ulzerationen .....	50 - 70

#### **1. Ehlers-Danlos-Syndrom**

Beim Ehlers-Danlos-Syndrom handelt es sich um eine seltene, vererbare Bindegewebserkrankung, bei der eine Störung der Kollagensynthese vorliegt. Da Bindegewebe überall im Körper vorkommt, sind die Symptome sehr vielfältig und reichen von überdehnbarer, leicht verletzbarer Haut über überbewegliche Gelenke bis hin zum Reißen der inneren Organe und der Gefäße.

Man unterscheidet 6 Subtypen, die mehr oder weniger schwer ausgeprägt sind und hinsichtlich ihrer Symptomatik große Unterschiede aufweisen können. Allerdings gibt es Kardinalsymptome, wie die überbeweglichen Gelenke und die überdehnbare Haut, die bei jedem Typ, in unterschiedlichem Ausmaß, auftreten.

1. Klassischer Typ (Typ I und II) - Die Haut ist stark überdehnbar und leicht verletzbar, Hämatome (blaue Flecke), abnorme Wundheilung, starke Überbeweglichkeit der Gelenke, es können innere Organe und Gefäße betroffen sein (Symptome bei Typ II wie bei Typ I, nur geringer ausgeprägt)
2. Hypermobiler Typ (Typ III) - Geringe Beteiligung der Haut, ausgeprägte Überbeweglichkeit der Gelenke
3. Vaskulärer Typ (Typ IV) - Dünne durchscheinende Haut, ausgeprägte Hämatomneigung, Überbeweglichkeit der kleinen Gelenke, Beteiligung der inneren Organe und Gefäße
4. Kyphoskoliotischer Typ (Typ VI) - Überdehnbarkeit der Haut mittel bis stark, abnorme Wundheilung, starke Überbeweglichkeit der Gelenke, Augenbeteiligung, Beteiligung der inneren Organe
5. Arthrochalasie Typ (Typ VII A/B) - Überdehnbarkeit der Haut (gering bis mittel), dünne Haut, Hüftluxation, ausgeprägte Überbeweglichkeit der Gelenke
6. Dermatosparaxis Typ (Typ VII C) - Haut sehr schlaff, deutliche Überbeweglichkeit der Gelenke, Beteiligung der inneren Organe

Nach Auffassung des SVBs ist das Ehlers-Danlos-Syndrom nicht ausdrücklich in den AHP / VMG zu erwähnen; im Einzelfall sei eine Analogbewertung nach den AHP möglich (Beirat vom 10.11.2004: „Ehlers-Danlos-Syndrom“).

## **2. Allgemeines zu Hautveränderungen i.S.d. Teils 17.5 VMG**

Bewegungseinschränkungen in Gelenken und Beteiligungen anderer Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen (Erläuterungen der AHP 2008).

## **17.6 Blasenbildende Hautkrankheiten**

Blasenbildende Hautkrankheiten (z.B. Pemphigus, Pemphigoide)

bei begrenztem Haut- und Schleimhautbefall	
mit geringer Ausdehnung .....	10
sonst .....	20 - 40
bei generalisiertem Haut- und Schleimhautbefall .....	50 - 80
in fortgeschrittenen Stadien	
bei schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes auch höher.	

## **17.7 Psoriasis vulgaris**

auf die Prädilektionsstellen beschränkt .....	0 - 10
ausgedehnter, aber erscheinungsfreie Intervalle von Monaten .....	20
bei andauerndem ausgedehnten Befall oder stark beeinträchtigendem lokalen Befall (z.B. an den Händen) .....	30 - 50
Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagelplatten) sowie eine Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung sind zusätzlich zu bewerten.	

### **1. Prädilektionsstellen**

Früher lautete der Absatz hinter Psoriasis vulgaris „auf die Prädilektionsstellen beschränkt (mit Ausnahme des behaarten Kopfes)“. Der Klammerzusatz war aufgrund Rundschreibens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 12.12.2006 zu streichen. Dem lag zu Grunde, dass der SVB - zutreffend - klar gestellt hatte, dass die behaarte Kopfhaut eine typische Prädilektionsstelle sei; in der Regel sei ein GdB von unter 20 gerechtfertigt (Beirat vom 17. Bis 18.05.2006: „GdB-Bewertung bei Psoriasis vulgaris). Sonstige Prädilektionsstellen sind die Streckseiten der großen Gelenke (besonders Knie und Ellenbogen), die Kreuzbeinregion und der Bauchnabel.

### **2. Verbrennungsfolgen**

In den VMG existieren keine ausdrücklichen Vorgaben zu Verbrennungsfolgen. Deshalb soll deren Bewertung in Anlehnung an die Vorgaben für eine höherwertige Psoriasis nach Teil B 17.7 VMG erfolgen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21.09.2018 - L 21 SB 164/16 -).

### **3. Angebot von Anhaltspunkten des wissenschaftlichen Beirates des Deutschen Psoriasis Bundes zur Begutachtung bei PSORIASIS (Schuppenflechte) durch die MDK-Gemeinschaft**

Mit seinem Angebot von Anhaltspunkten möchte der Deutsche Psoriasis Bund e.V. (DPB) die MDK-Gemeinschaft unterstützen, um Gutachtern eine

Unterlage an die Hand zu geben, die hilft, schlüssig, unkompliziert und eindeutig das konkret vorliegende Krankheitsgeschehen bei Psoriasis mit der vom Arzt verordneten Maßnahme unter medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten begutachten zu können. Primäres Ziel der Begutachtung soll sein, den Patienten schnell und unbürokratisch die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen (*auf der CD zu diesem Buch*).

### **17.8 Erythrodermien**

bei leichter Intensität des Krankheitsprozesses .....	40
bei mittlerer Intensität des Krankheitsprozesses ohne wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand .....	50 - 60
mit stärkerer Auswirkung auf den Allgemeinzustand .....	70 - 80

### **17.9 Ichthyosis**

leichte Form, auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit trockener Haut, mäßiger Schuppung, ohne wesentliche Verfärbung .....	0 - 10
mittlere Form auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit stärkerer Schuppung und Verfärbung .....	20 - 40
schwere Form mit ausgeprägter Schuppung und Verfärbung der gesamten Haut, insbesondere der Gelenkbeugen und des Gesichts .....	50 - 80

Ektodermaldysplasie ist der Oberbegriff für verschiedene erbliche Syndrome; Kernsymptome sind Dyshidrose sowie Dysplasie der Haare, Nägel u. Zähne als Zeichen einer systemhaften Entwicklungsstörung der Abkömmlinge des Ektoderms.

Der SVB hat hierzu ausgeführt, dass der GdB bei einem so seltenen Krankheitsbild nur durch Analogvergleich mit Behinderungen ähnlicher Auswirkung zu beurteilen sei. In Betracht kämen hier z.B. die in Nr. 26.17 AHP (nunmehr Teil B 17.9 VMG) erfasste Ichthyosis oder eine Mukoviszidose (Nr. 26.15 AHP - nunmehr Teil B 15.5 VMG). Danach sei allein für die Dysplasie der Haut (Schweißdrüsen, Haare) ein GdB von 30 gerechtfertigt; begleitende Fehlbildungen oder eine entstellende Wirkung - zur Entstellung s. (S. 142) Teil B 2.1 VMG und die Anmerkung zu Teil B 2.1 VMG - seien ggf. zusätzlich zu bewerten (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung bei anhidrotischer ektodermaler Dysplasie“).

### **17.10 Mykosen**

bei begrenztem Hautbefall .....	0 - 10
bei Befall aller Finger- und Fußnägel, ggf. mit Zerstörung von Nagelplatten .....	20

Bei Systemmykosen ist die Beteiligung innerer Organe zusätzlich zu berücksichtigen (Erläuterung der AHP 2008).

#### **Chronisch rezidivierendes Erysipel**

ohne bleibendes Lymphödem .....	10
sonst, je nach Ausprägung des Lymphödems .....	20 - 40

Schwellungen und Rötungen eines Unterschenkels infolge eines chronisch-rezidivierenden lymphangitischen Syndrom mit geringer Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk sind mit einem GdS/GdB von 30 zu bewerten, wenn entzündliche Zustände durchschnittlich einmal pro Jahr akut auftreten (Bayerisches LSG, Urteil vom 12.05.2009 - L 15 VS 10/07 -).

#### **Chronisch rezidivierender Herpes simplex**

geringe Ausdehnung, bis zu dreimal im Jahr rezidivierend .....	0 - 10
größere Ausdehnung, häufiger rezidivierend .....	20

### **17.11 Totaler Haarausfall**

(mit Fehlen von Augenbrauen und Wimpern) .....	30
--	----

### **17.12 Naevus**

Der GdS richtet sich allein nach dem Ausmaß einer eventuellen Entstellung.

Pigmentstörungen (z.B. Vitiligo)

an Händen und/oder Gesicht	
gering .....	10
ausgedehnter .....	20
sonst .....	0

### **17.13 Entfernung eines malignen Tumors der Haut**

Nach Entfernung eines malignen Tumors der Haut ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahmen: z.B. Basalzellkarzinome, Bowen-Krankheit, Melanoma in situ); GdS während dieser Zeit

nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I ([pT1 bis T2] pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien (pT1 bis T2) pN0 bis N2 M0 .....	50
in anderen Stadien .....	80



### **1. Allgemeines**

Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden ein GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/ MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten (Erläuterung der AHP 2008).

### **2. Einstufung nach TNM bei Melanom**

Der Stadieneinteilung beim Melanom der Haut liegt die Klassifikation des „American Joint Committee against Cancer“ (AJCC) zugrunde. Nach Änderung dieser Stadieneinteilung wurden auch die AHP angepasst. Danach entspricht das - frühere - Stadium Ia heute dem TNM-Stadium pT1 pN0 M0, während das Stadium Ib dem TNM-Stadium pT2 pN0 M0 entspricht (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung bei malignen Erkrankungen - Einstufung nach TNM bei Melanom“).

2002 hat der SVB nochmals bestätigt, dass bei den AHP (VMG) in Abgrenzung zu den zahlreichen verschiedenen Stadieneinteilungen die Klassifikation des AJCC zugrunde zulegen sei (Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignem Melanom“ - zur TNM-Klassifikation s. (S. 592) auch Anmerkung zur TNM-Klassifikation).

Wenngleich das Melanoma in situ - ebenso wie die dysplastischen Nävi - eine Frühform der malignen Melanome darstellen kann, so ist deren Gefährdungsgrad im Verhältnis zum malignen Melanom äußerst gering. Trotz eines Restrisikos und des Erfordernisses dauerhafter Nachkontrollen ist aufgrund der eindeutigen Ausnahmeregelung in Teil B Nr. 17.13 VMG kein GdB beim Entstehen von Melanoma in situ anzuerkennen (SG Aachen, Urteil vom 04.11.2009 - S 3 SB 82/09 -).

### **3. Basalzellkarzinome**

1998 wurde in den AHP 1996 der Zusatz „kleine“ vor dem Wort Basalzellkarzinome gestrichen (BMA vom 20.03.2001 - VI a 5 - 65463 - 3). Hintergrund dafür war, dass nach Auffassung des SVBs der Dignitätsgrad der Basaliome nicht von deren Größe abhängt; bei großen wie bei kleinen Basalzellkarzinomen sei das Metastasierungsrisiko äußerst gering. Gerade dieses Risiko sei aber bei der Beurteilung des GdB unter dem Gesichtspunkt einer „Heilungsbewährung“ entscheidend. Ein lokal rezidivierend-destruktives Tumorwachstum allein rechtfertige nicht die Annahme einer Heilungsbewährung (Beirat vom 18./19.03.1998: „Gutachtliche Beurteilung kleiner Basalzellkarzinome“).

## **Teil B: 18. Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten**

### **18.1 Allgemeines**

Dieser Abschnitt umfasst Haltungsschäden, degenerative Veränderungen, osteopenische Krankheiten, posttraumatische Zustände, chronische Osteomyelitis, entzündlich-rheumatische Krankheiten, Kollagenosen und Vaskulitiden sowie nichtentzündliche Krankheiten der Weichteile.

Der GdS für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen wird entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicher Weise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt.

Außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen. Schmerzhaft eingeschränkte Bewegungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z.B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen.

Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdS. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdS begründen.

Das Funktionsausmaß der Gelenke wird im Folgenden nach der Neutral-Null-Methode angegeben.

Fremdkörper beeinträchtigen die Funktion nicht, wenn sie in Muskel oder Knochen reaktionslos eingeheilt sind und durch ihre Lage keinen ungünstigen Einfluss auf Gelenke, Nerven oder Gefäße ausüben.

Der GdS bei Weichteilverletzungen richtet sich nach der Funktionseinbuße und der Beeinträchtigung des Blut- und Lymphgefäßsystems. Bei Fasziaverletzungen können Muskelbrüche auftreten, die nur in seltenen Fällen einen GdS bedingen.

Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen

Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Kollagenosen und Vaskulitiden.

Bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten (z. B. Osteoporose, Osteopenie bei hormonellen Störungen, gastrointestinalen Resorptionsstörungen, Nierenschäden) ist der GdS vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdS.

### **1. Allgemeines**

Für die „orthopädische Untersuchung“ ist auf die in Nr. 8 AHP 2008 - dort insbesondere Abs. 10 ff - aufgestellten Anforderungen (s. S. 581) zu verweisen; diese Anforderungen sind allgemeingültig.

### **2. Osteoporose**

Die auch im normalen Röntgenbild abschätzbare Kalkarmut der Knochen ist für die GdB-Beurteilung der Osteoporose nicht entscheidend. Es komme - so der SVB - ausschließlich auf die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen und das Ausmaß von Schmerzen an. Auch der Osteodensitometrie, mit der der Kalkgehalt der Knochen quantitativ zu bestimmen sei, komme daher im Rahmen der nach dem Schwerbehindertenrecht durchzuführenden Beurteilung keine eigene Bedeutung zu (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Osteoporose“).

### **3. Chronische Polyarthrit**

Die funktionellen Auswirkungen einer chronischen Polyarthrit sind sehr unterschiedlich, so dass auch in den VMG keine konkreten Bewertungsvorgaben enthalten sind. Zur sachgerechten Beurteilung solle der GdB deshalb - so der SVB - aufgrund der Funktionseinbußen in den einzelnen Gelenken nach den üblichen Vorgaben der Nr. 26.18 AHP - jetzt Teil B 18 VMG - bestimmt werden; ggf. sei die Aktivität des Prozesses zusätzlich zu berücksichtigen (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der MdE bei chronischer Polyarthrit“).

### **4. Arthrosen**

Auch für Arthrosen enthalten die VMG keine konkreten Bewertungsvorgaben. Denn auch hier gilt - wie bei der Osteoporose -, dass nicht bereits der Befund einer Arthrose einen GdB rechtfertigt.

Es kommt vielmehr auf die auf die Arthrose zurückzuführenden funktionellen Beeinträchtigungen an; Schmerzen, Gelenkschwellungen, Atrophien etc. sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

### **18.2.1 Entzündlich-rheumatische Krankheiten**

Entzündlich-rheumatische Krankheiten (z.B. Bechterew-Krankheit)

ohne wesentliche Funktionseinschränkung	
mit leichten Beschwerden .....	10
mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität) .....	20 - 40
mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) .....	50 - 70
mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) .....	80 - 100

Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen.

Wie bei vielen anderen Krankheiten hat der SVB auch bei der Bechterew-Krankheit davon abgesehen, im Hinblick auf eine Schmerzsymptomatik weitere Beurteilungsvorgaben zu erstellen.

Dies ist auch sachgemäß; denn der SVB weist zu Recht daraufhin, dass insbesondere die Nr. 18 AHP - nunmehr Teil A 2 VMG - hier insbesondere Buchst. j - genügend Anhaltspunkte für eine sachgerechte Beurteilung im Einzelfall enthalten (Beirat vom 10.11.2004: „Bechterew-Krankheit“).

### **18.2.2 Kollagenosen**

Kollagenosen (z.B. systemischer Lupus erythematoses, progressiv-systemische Sklerose, Polymyositis/ Dermatomyositis),

### **18.2.3 Vaskulitiden**

Vaskulitiden (z.B. Panarteriitis nodosa, Polymyalgia rheumatica)

Die Beurteilung des GdS bei Kollagenosen und Vaskulitiden richtet sich nach Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie den Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, wobei auch eine Analogie zu den Muskelkrankheiten in Betracht kommen kann. Für die Dauer einer über sechs Monate anhaltenden aggressiven Therapie soll ein GdS von 50 nicht unterschritten werden.

1. Hinter „... einer über sechs Monate anhaltenden aggressiven Therapie“ war bis Ende 2006 der Zusatz „(z.B. hochdosierte Cortison-Behandlung in Verbindung mit Zytostatika)“ aufgeführt. Dieser wurde dann gestrichen (Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

vom 12.12.2006).

Die Änderung erfolgte zur Klarstellung. Die Höhe des GdB für chronisch entzündliche Erkrankungen des Bindegewebes hängt u.a. von der Art der Therapie ab. Zur Vermeidung von missverständlichen Vorgaben - hier im Hinblick auf ein unterschiedliches Verständnis über „aggressive Therapie“ - hatte der Beirat die Streichung des Zusatzes empfohlen (Beirat vom 17./18.05.2006: „GdB-Bewertung bei chronisch entzündlichen Erkrankungen des Bindegewebes / der Gefäße“).

2. Die Wegenersche Granulomatose gehört zu den in Teil B 18.2.3 VMG genannten Vasculitiden. Zu der Frage, bei welcher medikamentösen Behandlung eine aggressive Therapie anzunehmen ist, die einen GdB von 50 rechtfertigt, bestehen unterschiedliche Auffassungen, auf die es nicht weiter ankommt. Denn bei der GdB-Wertung von Vasculitiden ist vorrangig auf Art und Ausmaß der Organbeteiligung sowie die Auswirkungen auf den jeweiligen Allgemeinzustand abzustellen. Orientierungsmaßstab können dabei die Vorgaben für entzündlich-rheumatische Krankheiten sein (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 18.08.2011 - L 7 SB 72/10 -).

### **18.3 Nicht-entzündliche Krankheiten der Weichteile**

Bei der Beurteilung nicht-entzündlicher Krankheiten der Weichteile kommt es auf Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie auf die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand an.

### **18.4 Fibromyalgie**

Die Fibromyalgie, das Chronische Fatigue Syndrom (CFS), die Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und ähnliche Syndrome sind jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

Der Text des Teils B 18.4 VMG wurde durch die Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010 geändert, indem die Worte „Die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungssyndrome (z.B. CFS/MCS)“ durch „Die Fibromyalgie, Chronisches Fatigue Syndrom (CFS), Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und ähnliche Syndrome“ ersetzt wurden (s. auch Beirat vom 06./07.November 2008: „Änderungen der AHP / VMG“). Zur Begründung dieser eher „kosmetischen“ Änderung (s. dazu nachfolgend unter 1.) wurde angegeben, dass nach dem alten Wortlaut die Fibromyalgie den Somatisierungssyndromen zugeordnet würde („Fibromyalgie wird nach ICD 10 dem rheumatischen Formenkreis zugeordnet. Der bisherige Wortlaut zählte die Fibromyalgie pauschal zu den somatoformen Störungen. Dies ist von Betroffenenverbänden kritisiert worden.“)

Die GdB-Bewertung des „Fibromyalgiesyndroms“ (FMS) pp war im Schwerbehindertenrecht heftig umstritten; die FMS-Betroffenen fühlten sich dem Personenkreis der psychisch Erkrankten zugerechnet und damit - völlig zu Unrecht - diskreditiert. Der Streit erscheint allerdings eher müßig; denn die entscheidenden Bewertungsgrundlagen sind in der Rechtsprechung unstrittig.

1. Das FMS - als chronisches Schmerzsyndrom ohne organischen Befund - war in den AHP den rheumatischen Krankheiten zugeordnet und ist es auch heute noch (s.o.); Kapitelüberschrift „Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten“).

Zunächst (bis 2005) wurde das FMS in der Rubrik der nichtentzündlichen Krankheiten der Weichteile (jetzt Teil B 18.3 VMG) in einem Klammerzusatz zusammen mit „angeborenen Störungen der Bindegewebsentwicklung“ aufgeführt. Dies führte angesichts der unklaren Formulierungen zu Missverständnissen, die dem SVB Anlass zur Klarstellung gab: Das in den Hinweisen zur Beurteilung nicht-entzündlicher Krankheiten der Weichteile aufgeführte sog. FMS sei nicht gleichbedeutend mit den ebenfalls im Klammerzusatz genannten „angeborenen Störungen der Bindegewebsentwicklung“. Es handele sich hier vielmehr um eine beispielhafte Aufzählung von generalisierten Formen nicht-entzündlicher (rheumatischer) Krankheiten der Weichteile (Beirat vom 15.-16.04.1997).

Mit den AHP Ausgabe 2005 wurde dann dem FMS der eigenständige Absatz „Die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungssyndrome (z.B. CFS/MCS) sind jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.“ gewidmet.

2. Die (durchgängige) Zuordnung des FMS zu den rheumatischen Krankheiten bedeutet allerdings nicht, dass für dessen GdB-Bewertung die für die entzündlich rheumatischen Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z.B. Bechterew-Krankheit) geltenden GdB-Werte zu übernehmen sind, (und deshalb erscheint der angesprochene Streit weitgehend müßig). Die AHP / VMG sind hier insoweit lediglich der Systematik der ICD-10 gefolgt; dort wird das FMS unter M 79.0 - „andere, nicht näher bezeichnete Weichteilerkrankungen“ - geführt (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung bei Fibromyalgiesyndrom“; LSG NRW, Urteil vom 27.04.2006 - L 7 SB 39/04 -). Aus der Aufnahme des FMS in die ICD-10 sind ansonsten keine Rückschlüsse für die Bewertung des Syndroms zu ziehen (Beirat, Rundschreiben vom 20.12.2007: „GdB bei Fibromyalgie“).

3. Die GdB-Bewertung des FMS erfolgt in Analogie zu den in Teil B 3.7 VMG (früher Nr. 26.3 AHP) aufgeführten „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“.

Bereits 1991 hatte der SVB vorgeschlagen, die Auswirkungen eines Fibromyalgie-Syndroms wegen der u.a. vorhandenen psychischen Beeinträchtigung (chronisch fixierte Schmerzen, Schlafverlust etc.) analog den psychovegetativen Störungen zu bewerten, wobei bei stärkeren psychischen Störungen ein GdB von 20 gerechtfertigt sein könne und somatische Funktionsbeeinträchtigungen ggf. zusätzlich zu beurteilen seien (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Fibromyalgiesyndrom“).

1998 stellte der SVB dann zwar fest, dass die bisherigen Erfahrungen nicht ausreichen, um für „Umweltkrankheiten“ wie Chronischem Müdigkeitssyndrom, Multiple chemical sensitivity Syndrom oder Fibromyalgie eigenständige Kriterien für die GdB-Bewertung zu erarbeiten. Er gelangte aber zu dem Schluss, dass auch ohne solche speziellen Kriterien eine sachgerechte Beurteilung möglich sei: es komme nämlich auf die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen an.

Bei einem Krankheitsbild mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen, dem kein organischer Befund zugrunde liege, habe eine Analogiebewertung zu den psychovegetativen oder psychischen Störungen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen in Nr. 26.3 AHP - Teil B 3.7 VMG -) zu erfolgen. In Betracht käme die Kategorie „Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“ und evt. sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Der durchgeführte therapeutische und rehabilitative Aufwand könne zusätzlich Hinweis auf das Ausmaß der Beeinträchtigung sein (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Umwelterkrankungen“).

4. Die Rechtsprechung hat sich den Ausführungen des SVBs weitgehend angeschlossen: Als Vergleichsmaßstab für die Bewertung von „Umweltkrankheiten“ - wie u.a. FMS, Multiple Chemical Sensivity-Syndrom -, die mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen, denen kein oder primär kein organischer Befund zu Grunde liegt, einhergehen, kommen am ehesten die in Ziffer 26.3 AHP unter neurologische Persönlichkeitsstörungen genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und eventuellen sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht (LSG NW, Urteil vom

28.11.2000 - L 6 SB 46/98 -; BSG, Urteil vom 27.02.2002 - B 9 SB 6/01 R -; LSG NRW, Urteil vom 12.03.2002 - L 6 SB 137/01 -; Bayerisches LSG, Urteil vom 17.04.2002 - L 18 SB 102/99 -; Bayerisches LSG, Urteil vom 28.07.2005 - L 15 SB 114/02 -; LSG NRW, Urteil vom 27.04.2006 - L 7 SB 39/04 -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2012 - L 6 SB 4838/10 -). Zu der darauf gestützten Nichtzulassungsbeschwerde, dass das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.09.2015 - L 11 SB 35/13 -, die Fibromyalgie nicht unter den Funktionsbereich „Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten“ eingeordnet, sondern das Leiden dem Funktionsbereich „Nervensystem und Psyche“ zugeordnet hat, hat das BSG ausgeführt, nicht dargelegt sei, welche funktionellen Auswirkungen unter der Rubrik Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten, analog hätten herangezogen werden sollen und wie hoch die jeweiligen Einzel-GdB-Werte hätten eingeschätzt werden müssen. Es werde nicht deutlich, weshalb die Bewertung der sich aus dem FMS ergebenden funktionellen Auswirkungen durch das LSG anhand der Grundsätze für die Beurteilung von psychovegetativen und psychischen Störungen unzulässig sein solle (BSG, Beschluss vom 16.03.2016 - B 9 SB 85/15 B -).

5. Den Vorschlag, das Chronic Fatigue-Syndrome (CFS) grundsätzlich als postvirales Erschöpfungssyndrom zu bezeichnen, hat der SVB abgelehnt. Ein CFS könne sowohl para- als auch postviral auftreten; dies gelte jedoch nicht für alle CFS (Beirat vom 10.11.2004: „GdB/MdE-Begutachtung und postvirales Erschöpfungssyndrom“).



### 18.5 Chronische Osteomyelitis

Bei der Beurteilung des GdS sind die aus der Lokalisation und Ausdehnung des Prozesses sich ergebende Funktionsstörung, die dem Prozess innewohnende Aktivität und ihre Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und außerdem etwaige Folgekrankheiten (z.B. Anämie, Amyloidose) zu berücksichtigen. Bei ausgeprägt schubförmigem Verlauf ist ein Durchschnitts-GdS zu bilden.

Ruhende Osteomyelitis (Inaktivität wenigstens 5 Jahre) ..... 0 - 10

#### Chronische Osteomyelitis

geringen Grades  
(eng begrenzt, mit geringer Aktivität, geringe Fisteleiterung)  
mindestens ..... 20  
mittleren Grades  
(ausgedehnter Prozess, häufige oder ständige Fisteleiterung,  
Aktivitätszeichen auch in Laborbefunden) mindestens ..... 50  
schweren Grades  
(häufige schwere Schübe mit Fieber, ausgeprägter Infiltration  
der Weichteile, Eiterung und Sequesterabstoßung, erhebliche  
Aktivitätszeichen in den Laborbefunden) mindestens ..... 70

Eine wesentliche Besserung wegen Beruhigung des Prozesses kann erst angenommen werden, wenn nach einem Leidensverlauf von mehreren Jahren seit wenigstens zwei Jahren - nach jahrzehntelangem Verlauf seit fünf Jahren - keine Fistel mehr bestanden hat und auch aus den weiteren Befunden (einschließlich Röntgenbildern und Laborbefunden) keine Aktivitätszeichen mehr erkennbar gewesen sind. Dabei ist in der Regel der GdS nur um 20 bis 30 Punkte niedriger einzuschätzen und zwei bis vier Jahre lang noch eine weitere Heilungsbewährung abzuwarten, bis der GdS nur noch von dem verbliebenen Schaden bestimmt wird.

## **18.6 Muskelkrankheiten**

Bei der Beurteilung des GdS ist von folgenden Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen:

### **Muskelschwäche**

mit geringen Auswirkungen (vorzeitige Ermüdung, gebrauchsunabhängige Unsicherheiten) ..... 20 - 40  
 mit mittelgradigen Auswirkungen (zunehmende Gelenkkontrakturen und Deformitäten, Aufrichten aus dem Liegen nicht mehr möglich, Unmöglichkeit des Treppensteigens) ..... 50 - 80  
 mit schweren Auswirkungen (bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit und Gebrauchsunsfähigkeit der Arme) ..... 90 - 100  
 Zusätzlich sind bei einzelnen Muskelkrankheiten Auswirkungen auf innere Organe (z.B. Einschränkung der Lungenfunktion und/oder der Herzleistung durch Brustkorbdeformierung) oder Augenmuskel-, Schluck- oder Sprechstörungen (z.B. bei der Myasthenie) zu berücksichtigen.

Eine Muskelatrophie ist - so der SVB - ein progressives Leiden, das im Gegensatz zu einer Multiplen Sklerose (MS) nach Abklingen eines akuten Stadiums nicht zu Rezidiven neigt und bei dem über den weiteren Leidensverlauf keine Ungewissheit besteht. Der GdB für eine Muskelatrophie sei deshalb nicht analog der MS unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung zu beurteilen. Der GdB bestimme sich allein nach den tatsächlich vorliegenden Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Beirat vom 29.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE Grades bei Muskelatrophie“).

Bei „schweren Auswirkungen“ kommt der Nachteilsausgleich „aG“ (Teil D 3 VMG) in Betracht.

Selbst bei einer Muskelerkrankung, die einen GdB von 100 bedingt, kann aber der Nachteilsausgleich „RF“ (s. (S. 508) Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht - Nachteilsausgleich RF) nicht regelhaft angenommen werden (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB bei Muskelkrankheiten“).

## **18.7 Kleinwuchs**

### **Körpergröße nach Abschluss des Wachstums**

über 130 bis 140 cm ..... 30 - 40  
 über 120 bis 130 cm ..... 50

Bei 120 cm und darunter kommen entsprechend höhere Werte in Betracht. Dieser GdS ist auf harmonischen Körperbau bezogen.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind (z.B. bei Achondroplasie, bei Osteogenesis imperfecta) mit dem Kleinwuchs verbundene Störungen wie

mangelhafte Körperproportionen,  
Verbildungen der Gliedmaßen,  
Störungen der Gelenkfunktion, Muskelfunktion und Statik,  
neurologische Störungen,  
Einschränkungen der Sinnesorgane,  
endokrine Ausfälle und  
außergewöhnliche psychoreaktive Störungen.

### **1. Achondroplasie bei Kindern**

Unter Achondroplasie (früher Chondrodysplasie) ist eine Störung der Knorpelbildung infolge Fehlens der Knorpelwachstumszone mit stark verzögerter Bildung des Knochengewebes und dadurch bedingtem Minderwuchs zu verstehen. Bei Kindern mit Achondroplasie können z.B. Kreuzschmerzen, Mittelohrschwerhörigkeit, Hydrocephalus internus und weitere Komplikationen infolge unzureichender Vorsorge auftreten.

Da diese Beeinträchtigungen jedoch nicht bei allen Kindern mit Achondroplasie bestehen, ist - so zu Recht der SVB - weder die von Behindertenverbänden geforderte regelhafte Feststellung eines GdB von 100 noch die regelhafte Feststellung von Nachteilsausgleichen gerechtfertigt. Bei Kindern mit Achondroplasie hängt die Höhe des GdB vielmehr von dem Ausmaß der im Einzelfall bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen ab; dabei können nach Auffassung des SVBs die Skelettveränderungen für sich allein einen GdB von höchstens 50 rechtfertigen - dadurch wird allerdings die Berücksichtigung weiterer Komplikationen der Krankheit nicht ausgeschlossen. Zu beachten - so der SVB - sei zudem, dass nur der Zustand als Behinderung gelten könne, der von dem für das Lebensalter typischen abweiche (Beirat vom 10.04.1991: „Beurteilung des GdB/Mde-Grades bei Kindern mit Achondroplasie“).

Bei der 2000 erfolgten Überprüfung hat der SVB an diesen Beurteilungsvorgaben festgehalten, da er keinen Anlass zur Änderung sah (Beirat vom 08./09.11.2000: „Beurteilung des GdB/Mde-Grades bei Kindern mit Achondroplasie“ und „Gutachtliche Beurteilung bei Kleinwuchs,,“).

Schon 1991 hatte das BSG in seinem Urteil vom 17.09.1980 - 9 RVs 3/80 - zusammenfassend ausgeführt, dass ein Kleinwuchs grundsätzlich erst in Erscheinung trete, wenn die Körpergröße in auffälligem Missverhältnis zum Normalmaß stehe. Dieses werde bei Kindern und Jugendlichen nach dem Lebensalter bestimmt. Bei den fließenden Übergängen der Körperlängen von männlichen Kindern vor dem Schulalter ließe sich allgemein

ein Zwergwuchs bis ins sechste Lebensjahr nicht als ausgeprägte Behinderung einstufen. Eine schwerwiegendere Benachteiligung könne sich allerdings im schulpflichtigen Alter einstellen. Dann könne ein Kind u.U. wegen zu geringer Körpergröße und wegen damit verbundener Schwäche einen üblichen Schulweg nicht bewältigen und müsse deshalb im Unterschied zu anderen Kindern gefahren werden oder sogar eine Sonderschule für Körperbehinderte besuchen. Erst mit der altersgemäßen Einstufung in eine bestimmte Schulklasse werde im Allgemeinen für Andere, insbesondere auch für Mitschüler, äußerlich leicht und auffällig genug erkennbar, dass ein Kind beträchtlich kleiner ist, als es nach seinem Alter sein müsste; dann könne auch mit einer rechtserheblichen Geringschätzung wegen der Körpergröße zu rechnen sein.

## **2. Körperhöhe mehr als 140 cm**

Die Anhaltswerte der GdB-Tabelle stellen bereits nach dem Wortlaut auf die Körpergröße „nach Abschluss des Wachstums“, mithin auf kleinwüchsige Erwachsene ab. Da Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, bei der Bemessung des GdB nicht zu berücksichtigen sind, ist es ohne Belang, wenn bei einem Elfjährigen, basierend auf dem bisherigen Wachstumsverlauf auf der 50. Perzentile, nach Wachstumsabschluss eine Körpergröße von 130 cm zu erwarten ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 03.09.2015 - L 13 SB 103/14 -).

Bei Menschen mit einer Körperhöhe größer als 140 cm liegt kein Kleinwuchs, der einen GdB bedingt, vor. Die Vorgabe „bis 140 cm“ stellt eine „absolute“ Grenze dar, bis zu der Kleinwuchs zu berücksichtigen ist. Bei einer Körpergröße von 141 cm ist damit kein GdB in Ansatz zu bringen (Beirat vom 26.03.2003: „GdB/MdE-Beurteilung bei Kleinwuchs“ ; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 01.03.2005 - L 13 SB 47/03 -; s. dazu nachfolgend BSG, Beschluss vom 21.03.2016 - B 9 SB 81/15 B -).

## **3. Osteogenesis imperfecta**

Für die Höhe des GdB bei der Osteogenesis imperfecta (sog. Glasknochenkrankheit, die zu vermehrter Knochenbrüchigkeit führt) ist das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen und die Häufigkeit von Knochenbrüchen maßgebend. Mit zunehmendem Alter der betroffenen Kinder - so der SVB - würden Frakturen seltener auftreten, das Ausmaß der Beeinträchtigung werde dann im Wesentlichen von den verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen bestimmt. Wegen der sehr unterschiedlichen Verläufe der Erkrankung sei regelmäßig eine Einzelfallbeurteilung erforderlich; die Bewertung könne in Analogie zur Hämophilie in Teil B 16.10 VMG (früher Nr. 26.16 AHP) erfolgen. Bei zwei bis drei krankheitsbedingten Frakturen pro Jahr sei der GdB nicht unter 50 zu bewerten. Zudem sei in diesem Fall

Hilflosigkeit (Teil A 5 d qq VMG - früher Nr. 22 Abs. 4 Buchst. r AHP) anzunehmen und zwar solange, bis zwei Jahre ohne Auftreten von Knochenbrüchen abgelaufen seien. Dies gelte jedoch längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Ferner kämen die Nachteilsausgleiche „G“ (Teil D 1 VMG) und „B“ (Teil D 2 VMG) in Betracht (Beirat vom 13.11.1991: „Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen bei Osteogenesis imperfecta“).

### **18.8 Großwuchs**

Großwuchs allein rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdS. Auf psychoreaktive Störungen ist besonders zu achten.

Eine Körpergröße von 2,25 m kann nach Auffassung des SVB nicht als Behinderung bewertet werden; denn im Gegensatz zum Kleinwüchsigen könne sich der Großwüchsige in jeder Situation selbst helfen. Er könne ausgleichen, was der Großwuchs in bestimmten Situationen an Unbequemlichkeiten mit sich bringe. Im Übrigen seien Großwüchsige in unserer Gesellschaft immer häufiger anzutreffen, so dass von der Umwelt keine negativen, sich psychisch nachhaltig auswirkenden Reaktionen zu erwarten seien. Wenn bei großwüchsigen Menschen jedoch außergewöhnliche psychoreaktive Störungen nachgewiesen würden, müssten diese, wie in allen anderen Fällen auch, als Behinderung beurteilt werden (Beirat vom 26.04.1989: „Beurteilung des GdB bei Großwuchs“).

### **18.9 Wirbelsäulenschäden**

Der GdS bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte.

Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. Sogenannte Wirbelsäulensyndrome (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie, sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten.

Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung.

Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

#### **Wirbelsäulenschäden**

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität .....	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) .....	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) .....	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) .....	30
mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten .....	30 - 40

mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) .....50 - 70  
 bei schwerster Belastungsinsuffizienz  
 bis zur Geh- und Stehfähigkeit .....80 - 100

Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z.B. Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z.B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdS über 30 in Betracht kommen.

### **1. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten**

In der ersten Ausgabe der AHP 1996 war für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 40 vorgesehen. Schon bald drauf gelangte der SVB zu der Erkenntnis, dass eine Beurteilung von mittelgradigen bis schweren Veränderungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem einzigen GdB-Wert nicht angemessen sei. Es wurde sodann der auch ab den AHP 2004 ff aufgeführte GdB-Rahmen von 30 bis 40 festgeschrieben (Beirat vom 15./16.04.1997: „GdB/MdE-Bewertung bei Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren Veränderungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten“).

Nach dem Wortlaut, nach dem bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 zu vergeben ist, kommt ein GdB von 40 auch bei nur mittelgradigen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten in Betracht. Dazu lässt sich nämlich vertreten (s. 2. Vorauflage der Anmerkungen zu den VMG), dass der „Normgeber“ die Regelung entsprechend hätte formulieren müssen, wenn er eine Unterscheidung zwischen mittelgradigen Auswirkungen mit einem GdB von 30 und schweren Auswirkungen mit einem GdB von 40 für zutreffend erachtet hätte. Andererseits enthalten die AHP/VMG an vielen Stellen einen Beurteilungsrahmen, der insbesondere von Sachverständigen unter Würdigung des Gesamtzusammenhangs auszufüllen ist. Zu beachten ist auch, dass die Funktionseinbußen bei Wirbelsäulenschäden nicht mathematisch genau zu bestimmen sind und es im Wesentlichen auf die bei der klinischen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse

des erfahrenen Sachverständigen über die gesamte funktionelle Einschränkung der Wirbelsäule ankommt. Deshalb ist es dann aber auch sachgerecht, dem Sachverständigen „lediglich“ einen Bewertungsrahmen vorzugeben, den er schlüssig und nachvollziehbar auszufüllen hat. Dies wird umso schwieriger, wenn auch noch der dritte - in den VMG insoweit nicht herangezogene - Wirbelsäulenabschnitt funktionelle Beeinträchtigungen aufweist. Somit können die Differenzierungen zwischen mittelgradigen und schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten nur als Einordnungshilfe angesehen werden.

Dabei wird zu graduellen Unterscheidung nur dann von einem GdB von 40 auszugehen sein, wenn in zwei Wirbelsäulenabschnitten schwere funktionelle Auswirkungen vorliegen oder wenn die Gesamtwirbelsäule vergleichbar beeinträchtigt ist (s. dazu auch Beirat vom 15./16.04.1997, s.o.). Andererseits gilt auch nicht zwingend, dass immer dann, wenn in zwei Wirbelsäulenabschnitten schwere funktionelle Auswirkungen vorliegen, ein GdB von 40 gerechtfertigt ist. Zumindest in dem Fall, dass nur Brust- und Lendenwirbelsäule betroffen sind, ist ein GdB von 40 deshalb zweifelhaft, weil die Funktionsfähigkeit der Brustwirbelsäule gegenüber der Lendenwirbelsäule „nachrangig“ ist, d.h. durch Einschränkungen an der Brustwirbelsäule wird vielfach das Ausmaß der Beeinträchtigung aufgrund schwerer funktioneller Auswirkungen der Lendenwirbelsäule nicht bzw. nicht wesentlich erhöht (s. dazu auch die Anmerkung des Orthopäden Dr. Ammermann - *auf der CD zu diesem Buch*). Das LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 -, hält hingegen den medizinischen Gesichtspunkt, dass Brust- und Lendenwirbelsäule funktional als Rumpfwirbelsäule eine Einheit bilden, für die GdB-Bewertung von Wirbelsäulenschäden für nicht entscheidend. Die GdB-Bewertung bei Wirbelsäuleneinschränkungen sei nämlich durch die rechtlichen Vorgaben der AHP / VMG an die Differenzierung in drei Wirbelsäulenabschnitte gebunden. Dennoch gelangt das LSG, auch wenn es eine durchaus gebotene Gesamtbetrachtung des Wirbelsäulenschadens nicht vornimmt und eher schematisch vorgeht, ebenfalls zu dem Ergebnis, dass nur bei schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 40 gerechtfertigt sei: Die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 werde erreicht, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorlägen. Die Verteilung auf zwei Wirbelsäulenabschnitte mit jeweils nur mittelgradigen Auswirkungen bzw. mit mittelgradiger und schwerer Betroffenheit je Wirbelsäulenabschnitt rechtfertige nur den GdB 30. Dies gelte ebenso für den vergleichbaren, aber nicht gesondert geregelten Fall der Betroffenheit von drei Wirbelsäulenabschnitten, in denen jeweils nur mittelgradige Auswirkungen bestünden. Die Obergrenze des GdB 40 werde schließlich erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten.



## **2. Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen**

In den VMG ist eine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule nur als Beispiel dafür genannt, wann ein Wirbelsäulenschaden mit besonders schweren Auswirkungen (GdB mindestens 50) vorliegen kann. Der Normgeber hat aber insofern nicht von der Formulierungstechnik anhand von Regelbeispielen Gebrauch gemacht, bei denen unwiderleglich vermutet von einem bestimmten GdB (oder dem Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen von Merkzeichen) auszugehen wäre. Der Ordnungsgeber hat vielmehr die Höhe des GdB von mindestens 50 nach wie vor davon abhängig gemacht, dass besonders schwere funktionelle Auswirkungen vorliegen. Einen Automatismus zwischen Versteifung großer Teile der Wirbelsäule und besonders schweren Auswirkungen hat er aber nicht gesehen. Vielmehr ist in jedem Einzelfall anhand der vorliegenden funktionellen Einschränkungen festzustellen, ob besonders schwere Auswirkungen vorliegen oder nicht (Bayerisches LSG, Urteil vom 21.07.2016 - L 15 SB 97/15 -).

## **3. nicht geregelte Fälle von Wirbelsäulenschäden**

Dementsprechend sind in den VMG nicht geregelte Fälle von Wirbelsäulenschäden analog zu den geregelten zu beurteilen. So kommt z.B. bei leichten funktionellen Auswirkungen in drei Wirbelsäulenabschnitten durchaus „nur“ ein GdB von 20 in Betracht, wenn die Gesamtauswirkungen nicht schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (GdB 30) gleich zu achten sind. Es ist also das Ausmaß der Gesamteinschränkung festzustellen und mit den Vorgaben der VMG zu vergleichen. Dabei kann sich ergeben, dass in der Gesamtschau z.B. „nur“ ein Zustand besteht, der mittelgradigen Einschränkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (GdB 20) entspricht (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.01.2005 - L 13 SB 94/03 -). Bei schweren funktionellen Auswirkungen in drei Wirbelsäulenabschnitten kann der GdB demgegenüber dann auch mehr als 40 betragen.

## **4. Befunderhebung bei Wirbelsäulenschäden**

Hinsichtlich der Befunderhebung bei Wirbelsäulenschäden ist auf die in Nr. 8 AHP 2008 - dort insbesondere Abs. 14 - aufgestellten Anforderungen zu verweisen; diese Anforderung sind allgemeingültig. Allerdings entscheidet die Neutral-o-Methode nicht über Höhe des GdB. Die Unterscheidung in Teil B Nr. 18.9 VMG (Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen, mittelgradigen funktionellen Auswirkungen und schweren funktionellen Auswirkungen) resultiert nämlich nicht zwingend in den Einschränkungen des Bewegungsumfanges nach der Neutral-o-Methode. Als zumindest mittelgradige funktionelle Auswirkungen sind auch deutliche

und anhaltende erhebliche Dekonditionierung und eine hieraus resultierende deutliche Fehlstatik und muskuläre Dysbalance anzusehen, sowie eine verminderte und fehlerhafte Ansteuerbarkeit der Muskulatur und die unzureichende Koordination der Bewegungsabläufe und darüber hinaus anhaltende Missempfindungen, die in Verbindung mit haltungs- und belastungsabhängigen Wurzelreizsyndromen auftreten (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.10.2013 - L 13 SB 80/13 -).

Radiologische Befunde können klinische Befunde bzw. Schmerzangaben zu verifizieren helfen, sie sind aber nicht GdB-bestimmend. Auch wenn radiologisch durchaus nicht unerhebliche degenerative Veränderungen, z.B. in Form von Bandscheibenvorfällen und einem Wirbelgleite, festzustellen sind, wird die Höhe des GdB nicht durch diese radiologischen Befunde, sondern durch die vorliegenden funktionellen Einschränkungen bestimmt (Bayerisches LSG, Urteil vom 10.05.2016 - L 15 SB 17/16 -).

### ***5. Weitergehende Klassifizierungsmerkmale für Wirbelsäulenschäden***

T. H. Bruns hat in MED SACH Heft 3/2000, S. 75, weitergehende Klassifizierungsmerkmale für Wirbelsäulenschäden dargestellt. Diese können auch dem Nicht-Mediziner die Möglichkeit zu bieten, orthopädische Bewertungen von Wirbelsäulenschäden genauer nachzuvollziehen (s. T. H. Bruns: Begutachtungen von Wirbelsäulenschäden).

Dazu hat der SVB darauf hingewiesen, dass Unterschiede bei der Angabe von Normalwerten zur Beweglichkeit der Wirbelsäule bestünden. Während in den AHP eine Beweglichkeit der Brustwirbelsäule nach Ott von 30 bis 32 cm als normal angesehen werde, habe Bruns dies bereits als mittelgradige Bewegungseinschränkung bezeichnet. Allerdings seien die in Tabellen für die Messung nach Ott genannten Werte nicht einheitlich und seien die Unterschiede nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Zur Beurteilung der Wirbelsäulenbeweglichkeit seien nämlich neben Funktionsbeurteilungen beim Beugen auch solche bei Rotation, Seit-, Vor- und Rückneigung sowie anamnestische und weitere klinische Befunde heranzuziehen. Nur so könnten die oft schwankenden Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule gutachtlich sachgerecht beurteilt werden (Beirat vom 08./09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule“).

### **6. Scheuermann Krankheit**

Wenn bei der Scheuermann Krankheit - was selten vorkommt - mehrere große Abschnitte der Wirbelsäule einschließlich der Brust- und Lendenwirbelsäule durch eine Korsettversorgung ruhig gestellt werden müssen, kann - entsprechend einer Korsettversorgung bei Skoliose - auch ein GdB-Wert von 50 und mehr in Betracht kommen (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GdB bei Scheuermann Krankheit“).

### **7. Osteoporose**

S. hierzu die Anmerkung zu Teil B 18.1 VMG - Osteoporose - Polyarthritits (S. 359).

### **8. Spondylolisthesis**

Die AHP 1983 nannten für eine Spondylolisthesis mit Gleiten um mehr als  $\frac{2}{3}$  des Wirbelkörpers einen GdB von 50 bis 70. Damit sollte nur beispielhaft eine mögliche schwere Funktionsbehinderung der Wirbelsäule beschrieben werden. Da jedoch aus dem früheren Wortlaut der AHP geschlossen worden ist, jede Spondylolisthesis mit Gleiten um mehr als  $\frac{2}{3}$  des Wirbelkörpers sei mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten, ist dieses Beispiel ab den AHP 1996 nicht mehr aufgeführt. Der SVB vertritt die Meinung, dass ein Wirbelgleiten von mehr als einer halben Wirbelkörperbreite mit einem GdB bis 70 beurteilt werden kann, wenn mit dem Wirbelgleiten weitere schwerwiegende Funktionsstörungen verbunden sind. Entscheidend seien aber immer die Funktionsbeeinträchtigungen (Beirat vom 31.10.1989: „GdB bei Wirbelgleiten“).

### **9. Skoliosewinkel**

Die in den AHP 1996 im Vergleich zu der Ausgabe 1983 neu formulierten Beurteilungskriterien für Wirbelsäulenschäden sollen verdeutlichen, dass es insgesamt auf das Ausmaß der Bewegungseinschränkungen, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie auf die Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte ankommt und nicht - wie aus den Formulierungen 1983 geschlossen werden könnte - allein oder vorwiegend auf morphologische Veränderungen der Wirbelsäule und deren Messgrößen. Skoliosewinkel sind im Zusammenhang gemeinsam mit anderen Parametern zur Beschreibung des Leistungsvermögens sinnvoll, keinesfalls jedoch allein zur Begründung eines GdB geeignet. So kann ein Skoliosewinkel von 55 Grad für sich allein nicht einen GdB von 40 begründen oder ausschließen (Auskunft des BMGS vom 31.01.2003: „GdB-Beurteilung aufgrund des Skoliosewinkels“).

### **10. Postdiskotomiesyndrom**

Ein Postdiskotomiesyndrom ohne neurologische Ausfälle mit starken Dauerschmerzen kann nicht mit der Begründung, dass Erwerbsunfähigkeit vorliege, mit einem GdB von 100 beurteilt werden. Für die GdB-Beurteilung - so der SVB - sei der alleinige Bezug auf das Erwerbsleben nicht maßgebend; aus einer Anerkennung von Erwerbsunfähigkeit könne nicht auf den GdB geschlossen werden (s. auch (S. 20) die Anmerkung zu Teil A 2 b VMG - Berücksichtigung des Berufs -). Bei sachgerechter Beurteilung seien aber außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen entsprechend zu berücksichtigen (Beirat vom 13.11.1991: „Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Bandscheibenoperation“).

### **11. Bandscheibenoperationen mit Einsätzen von Fremdmaterial**

Nach Bandscheibenoperationen mit Einsätzen von Fremdmaterial sollte wegen der weiterhin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen ein GdB von 20 nicht unterschritten werden (Beirat vom 08./09.11.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Wirbelsäulenschäden mit Titaninterponaten“).

### **12. endgradige heftige Schmerzangabe**

Nach Auffassung des LSG Berlin rechtfertigt eine endgradige heftige Schmerzangabe im Bereich der Lendenwirbelsäule bei normal möglicher Drehung und Lordisierung es allenfalls, von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit einem GdB von 20 auszugehen (LSG Berlin, Urteil vom 09.05.2000 - L 13 SB 15/98 -).

### **13. Schmerzsyndrom**

Grundsätzlich sind nach Teil B 18.1 Satz 3 VMG die mit einer Wirbelsäulenerkrankung üblicherweise verbundenen Beschwerden bereits im Behinderungsgrad enthalten; dementsprechend (s. S. 32) werden nach Teil A 2 Buchst. j VMG die üblicherweise vorhandenen Schmerzen, aber zudem auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände berücksichtigt. Somit können höhere Werte nur angesetzt werden, wenn eine Schmerzhaftigkeit nachgewiesen wird, die nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen über das übliche Maß hinausgeht und eine ärztliche Behandlung erfordert. Dabei sind bei lediglich bei Bedarf erfolgreicher Einnahme des Schmerzmittels Voltaren noch bestehende Schmerzen in dem Behinderungsgrad für das Wirbelsäulenleiden mit enthalten (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 18.08.2011 - L 7 SB 108/08 -).

Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen (s. S. 371) kann nach Teil B 18.9 VMG auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen ein GdS über 30 in Betracht kommen.

Überschneiden sich indes die funktionellen Auswirkungen eines Wirbelsäulenleidens in Form eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms mit den funktionellen Auswirkungen der als seelisches Leiden berücksichtigten psychosomatischen Störungen, ist eine Anhebung des GdB wegen der funktioneller Auswirkungen der psychosomatischen Störungen nicht gerechtfertigt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10.12.2009 - L 11 SB 352/08).

Das neurogene Hinken ist etwas günstiger als vergleichbare Einschränkungen des Gehvermögens bei arteriellen Verschlusskrankheiten zu bewerten.

Sogenanntes „neurogenes Hinken“ (z.B. bei lumbaler Spinalkanalstenose) kann mit einem GdB bis 50 bewertet werden (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB bei bandscheibenbedingten Erkrankungen - einschließlich Merkzeichen G“; siehe auch W. Vogelberg in „Der medizinische Sachverständige“, Heft 4/1989, Zur gutachtlichen Beurteilung bandscheibenbedingter Erkrankungen im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht).

Oftmals kommt es beim neurogenen Hinken schon nach einer Gehstrecke von etwas mehr als 50 m zu einer Claudicatio intermittens, die Pausen von mehreren Minuten notwendig macht. Unter diesen Umständen sind GdB-Werte von

- a. bei einer Gehstrecke auf ebener Fläche über 200 m = GdB 0 - 20
- b. bei schmerzfreier Wegstrecke von 100 bis 200 m auf ebener Fläche = GdB 30
- c. bei schmerzfreier Wegstrecke von 50 bis 100 m auf ebener Fläche = GdB 40
- d. bei Wegstrecken unter 50 m = GdB 50

gerechtfertigt, wenn eine Änderung der Körperhaltung keine wesentliche Beschwerdelinderung bringt (Vogelberg, a.a.O.; Rohr/Strässer zu 26.18, Seite 252).

Bei neurogenem Hinken kommt auch der Nachteilsausgleich „G“ Betracht, wenn die Gehstrecke so eingeschränkt ist, dass ortsübliche Wegstrecken auch dann nicht mehr zu Fuß zurückgelegt werden können, wenn häufiger Pausen gemacht werden müssen (siehe hierzu auch Beirat vom 31.10.1989, s.o., und W. Vogelberg a.a.O.). Es muss allerdings insgesamt ein GdB von zusammen mindestens 40 für Behinderungen der unteren Gliedmaßen oder 50 für untere Gliedmaßen und/oder Lendenwirbelsäule sowie ein Gesamt-GdB von 50 als Grundvoraussetzung für den Nachteilsausgleich „G“ vorliegen (siehe Teil D 1 d VMG (S. 438)).

### 18.10 Beckenschäden

ohne funktionelle Auswirkungen .....	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (z.B. stabiler Beckenring, degenerative Veränderungen der Kreuz-Darmbeingelenke) .....	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen (z.B. instabiler Beckenring einschließlich Sekundärarthrose) .....	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen und Deformierung	30 - 40

Neurologische, gynäkologische und urologische Funktionsbeeinträchtigungen sowie Hüftgelenksveränderungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (Erläuterung der AHP 2008).

### 18.11 Gliedmaßenschäden, Allgemeines

Der GdS bei Gliedmaßenschäden ergibt sich aus dem Vergleich mit dem GdS für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust.

Bei der Beurteilung von Gliedmaßenschäden ist die Besonderheit zu beachten, dass Schäden an paarigen Organen, also z.B. beiden Armen, Händen, Beinen, auftreten können.

Nahezu regelmäßig wird von Betroffenen in diesem Zusammenhang auf die Teil A 3 d bb VMG (früher Nummer 19. Abs. 3 AHP) verwiesen, nach der sich eine Funktionsbeeinträchtigung besonders nachteilig auf eine andere auswirken kann; genannt werden dort nämlich ausdrücklich die Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen. Schlussfolgerung daraus ist dann meist, dass zumindest eine Addition der einzelnen GdB-Werte für jede Beeinträchtigung an jeder Gliedmaße zu erfolgen habe, wenn nicht sogar wegen der Wechselwirkung ein noch höherer GdB angemessen sei.

Diese Argumentation ist aber so nicht zutreffend. Die VMG enthalten gerade bei beidseitigen Gliedmaßenschäden durchaus einige Bewertungsvorgaben (vgl. z.B. bei Endoprothesen der Hüft- oder Kniegelenke (S. 380) den Teil 18.12 VMG, bei Bewegungseinschränkungen dieser Gelenke (S. 392) den Teil B 18.14 VMG oder bei Verlust der Daumen (S. 384 ff) den Teil B 18.13 VMG). Zieht man diese Vorgaben heran, ergibt sich recht eindeutig, dass die paarige Betroffenheit von Gliedern in der Regel allenfalls zu einer rechnerischen Addition der einzelnen GdB-Werte führt; vielfach liegt der Gesamt- (bzw. Teil-) GdB aber sogar darunter.

Übertragen auf den Fall, in dem in den VMG bei Gliedmaßenschäden eine paarige Betroffenheit nicht gesondert geregelt ist, bedeutet dies, dass in der Regel höchstens der Additionswert aus den einzelnen GdB-Werten in Ansatz zu bringen ist. Ob Abweichungen (zu einem geringeren) GdB zu erfolgen haben, ist letztlich eine mit sachverständiger Hilfe zu treffende Einzelfallentscheidung, bei der die Vorgaben des Teils A 3 b VMG ((S. 34) Vergleich mit Gesundheitsschäden an paarigen Gliedmaßen, zu denen in der Tabelle feste GdB-Werte angegeben sind) eine Beurteilungshilfe darstellen. Vergleiche zu sonstigen Fällen (wie Blindheit eines Auges <GdB 25>: beidseitige Blindheit <GdB 100>- Taubheit eines Ohres <GdB 20> : beidseitige Taubheit <GdB 80>) können allerdings bereits wegen der exorbitanten und auf der Hand liegenden Auswirkungen dieser beidseitigen Betroffenheit nicht gezogen werden.

Die aufgeführten GdS für Gliedmaßenverluste gehen - soweit nichts anderes erwähnt ist - von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht.

Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdS eine Änderung erfährt.

Bei der Bewertung des GdS von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe Pseudarthrosen günstiger sind als schlaife.

Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdS außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

## **18.12 Endoprothesen**

Es werden Mindest-GdS angegeben, die für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen.

Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch

- Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung,
- Nervenschädigung,
- deutliche Muskelminderung,
- ausgeprägte Narbenbildung.

Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

### **Hüftgelenk**

bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....10

bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....20

### **Kniegelenk**

bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens .....20

bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens .....30

bei einseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens .....10

bei beidseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens .....20

### **Oberes Sprunggelenk**

bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....10

bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....20

### **Schultergelenk**

bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....20

bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens .....40

### **Ellenbogengelenk**

bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens .....30

bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens .....50

### **Kleine Gelenke**

Endoprothesen bedingen keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.

### **Endoprothesen anderer großer Gelenke**

sind entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurde Teil B Nr. 18.12 geändert.



Bis dahin gaben die AHP / VMG die Bewertungsvorgaben

Hüftgelenk einseitig 20 und beidseitig 40

Kniegelenk einseitig 30 und beidseitig 50

vor und bestimmten im Übrigen, dass die Endoprothesen anderer großer Gelenke entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten seien.

Nunmehr wurden die Bewertungsvorgaben abgesenkt auf

Hüftgelenk einseitig 10 und beidseitig 20

Kniegelenk einseitig 10-20 und beidseitig 20-30,

wobei es sich dabei - wie zuvor - um Mindestwerte handelt.

Die Absenkung der Werte wurde begründet mit einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse (Bundratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010: „Klinische Studien belegen, dass sich das auf die Teilhabe auswirkende Behandlungsergebnis nach endoprothetischem Ersatz des Hüft- und Kniegelenks im Vergleich zu den Erkenntnissen vor 15 Jahren gebessert hat.“).

Diese Auffassung wurde bereits 1985 für Hüftgelenksendoprothesen vertreten (Beirat vom 24. April 1985: „Beurteilung der MdE bei Hüftgelenksendoprothesen“), führte aber noch nicht zu einer Änderung der Bewertungsvorgaben. Indes wurde aber schon damals ausgeführt, dass die genannten GdB-Vorgaben nur Eckwerte seien, die den Regelfall darstellten. Diese Eckwerte schlossen nicht aus, dass bei besonders günstigen Ergebnissen auch ein niedrigerer Wert angesetzt werden könne.

Nach der nunmehr 2010 vollzogenen Änderung der Bewertungsvorgaben stellt sich zwangsläufig die Frage, ob behinderte Menschen auch mit einer entsprechenden Absenkung des ihnen bereits zugestandenen GdB zu rechnen haben. Diese Frage dürfte zu verneinen sein. Zwar stellt die Änderung der Bewertungsvorgaben der AHP / VMG eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 SGB X dar (s. (S. 98) dazu Teil A 7 VMG nebst Anmerkung), es ist aber der der Änderung der Bewertungsvorgaben der VMG zugrundeliegende Sachverhalt - nämlich ein nunmehr besseres Behandlungsergebnis - nicht auf früher implantierte Endoprothesen anwendbar.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 wurden ferner Wertvorgaben für Endoprothesen des oberen Sprunggelenkes, des Schultergelenkes und des Ellenbogengelenkes aufgenommen (Bundratsdrucksache 713/10 vom 05.11.2010: „Zudem ist der endoprothetische Gelenkersatz des Schulter-, Ellenbogen- und oberen Sprunggelenks mittlerweile kein Einzelfall mehr. Dadurch ist die Bewertung dieser Gelenkendoprothesen notwendig.“ - s. dazu schon vorher so: Bay. Landessozialgericht, Urteil vom 27.05.2010 - L 15 SB 150/06 -).

Zu beachten ist in allen Fällen weiterhin, dass die in den VMG genannten Mindest-GdB-Werte nur für Endoprothesen mit guter bzw. bestmöglicher Funktion gelten (s. die Einleitung der Nr. 18.12. VMG und Beirat vom 29./30. März 2000: „Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Endoprothesen der Schultergelenke“) und dass die Beurteilung des GdB erst nach Ablauf der Rehabilitations-Phase erfolgen sollte (Beirat vom 10. März 2005: „GdB/MdE-Bewertung bei Oberarmkopf/Schultergelenk-Prothese“).

Im Übrigen ist auch gerade die Bewertung der einseitigen Hüftendoprothese mit einem GdB von 10 nicht ohne Kritik geblieben. Der Orthopäde Dr. U. Ammerman aus Düsseldorf hat dazu mitgeteilt:

*„Beim Studium des Kommentars bin ich auf eine Feststellung gestoßen, die zumindest überdacht werden muss. Es handelt sich um den Behinderungsumfang der Hüftendoprothese. Hier ist im Hinblick auf die vielfach gute Funktionsfähigkeit der Hüftendoprothese ein Behinderungsgrad von GdB 10 als ausreichend angesehen worden. Zweifellos ist es so, dass sich die Behinderungsbreiten der künstlichen Hüftgelenke in den vergangenen Jahren erheblich verbessert haben, auch ist die Standzeit der Hüftendoprothesen erheblich verlängert worden. Es ist jedoch zu bedenken, dass sich der mit einer Endoprothese versorgte Behinderte wegen der Endoprothese (hier Hüfte) Prothesen-gerecht verhalten muss. Das Prothesen-gerechte Verhalten weicht oftmals von der guten, ja optimalen Funktionsbreite der Hüftendoprothese ab. Dies bedeutet, dass der betroffene Patient insoweit an der Teilhabe behindert wird, als ihm im Erwerbsleben nicht wenige Möglichkeiten wegen der Endoprothese verschlossen bleiben. Dies sind alle Belastungen, die ein Risiko für die Endoprothese bedeuten. Schließlich kann auch ein so betroffener Patient nicht mehr an allen sportlichen Aktivitäten teilnehmen trotz der guten Funktionsbreite des Hüftgelenkes. Er muss sich also Endoprothesen-gerecht verhalten. Der Umfang der so ausgelösten Behinderung ist aus meiner Sicht so gravierend, dass mit einem GdB von 10 diesem Umstand nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Bei sonst unkomplizierter Funktion einer Endoprothese halte ich es für angemessen, den Behinderungsumfang einer Hüft-TEP zumindest mit einem GdB von 20 anzusetzen. Ein GdB von 10 würde den Verhältnissen eines betroffenen Patienten aus meiner Sicht nicht gerecht. Ich komme zu dieser Einschätzung nicht zuletzt aufgrund der umfangreichen Erfahrung in der Nachbehandlung von endoprothetischen Versorgungen in der täglichen orthopädischen Praxis.“*

- **Hüftkopfersatz**

Der GdB nach Hüftkopfersatz (Teil- oder Hemiendoprothese) ist wie nach Totalendoprothese des Hüftgelenks zu bewerten, da die funktionellen Ergebnisse vergleichbar sein sollen (BMA, Rundschreiben vom 20.12.2007 unter Bezugnahme auf Beirat vom 14./15. März 2007: „GdB nach Hüftkopfersatz“).

- **Teilendoprothesen des Kniegelenks**

Ein Gleitflächenersatz (Teilendoprothese) ist - wie auch die nun geltenden Bewertungsvorgaben wiedergeben - im günstigen Fall mit geringfügigeren Beeinträchtigungen als bei einer Totalendoprothese verbunden. Meist kommen aber wegen der bei Teilendoprothesen auftretenden Störfaktoren (z.B. Reizergüsse) höhere, den Totalendoprothesen vergleichbare Werte, in Betracht (Beirat vom 21. bis 22. März 2001: „Gutachtliche Beurteilung bei Teilendoprothesen des Kniegelenks“).

**Aseptische Nekrosen**

Hüftkopfnekrosen (z.B. Perthes-Krankheit)	
während der notwendigen Entlastung .....	70
Lunatum-Malazie während der notwendigen Immobilisierung .....	30

Danach richtet sich der GdB jeweils nach der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigung (Erläuterung der AHP 2008).

## **18.13 Schäden der oberen Gliedmaßen**

### Extremitätenverlust

Verlust eines Armes und Beines .....	100
Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf .....	80
Unter einem sehr kurzen Oberarmstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funktionseinbuße wie der Verlust des Armes im Schultergelenk zur Folge hat. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Collum chirurgicum liegt.	
Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk .....	70
Verlust eines Armes im Unterarm .....	50
Verlust eines Armes im Unterarm mit einer Stumpflänge bis 7 cm .....	60
Verlust der ganzen Hand .....	50

### **1. Gebrauchsunfähigkeit**

Mit Schreiben vom 01.12.1989 hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung - VI a 6-96 - 1863/89 - u.a. ausgeführt:

„Bei einer völligen Gebrauchsunfähigkeit eines Armes ist aus medizinischer Sicht der Vergleich mit einer fehlenden Extremität an sich nicht zu beanstanden. Es muss allerdings dem Gutachter überlassen bleiben, ob er einen solchen Vergleich für richtig hält. Für die gutachtliche Beurteilung kommt es nicht darauf an, was mit beiden Händen nicht mehr gemacht werden kann, sondern allein darauf, welche Funktionen an dem geschädigten Arm - einschließlich der betroffenen Hand - gestört sind bzw. welche Funktionen trotz der Behinderung im Schultergelenk noch mit der Hand ausgeführt werden können.

Dabei kann sich durchaus auch einmal ergeben, dass die Auswirkungen der schädigungsbedingten Funktionsbeeinträchtigung trotz erhaltener Extremität ungünstiger sind als bei deren Verlust.

Aus der Nummer 18 der „Anhaltspunkte“ ergibt sich, dass der MdE-Begriff - entgegen seinem Wortsinn - die Auswirkungen einer Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen umfasst. Die MdE ist also ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem oder seelischem Vermögen. Bei der Beurteilung des Grades der MdE sollen im Allgemeinen Funktionssysteme - also z.B. der Gesamtzustand eines Armes - zusammenfassend beurteilt werden; Einzelbewertungen an einer Gliedmaße sind somit entbehrlich.“

## **2. Abgrenzung zur Unfallversicherung**

In der gesetzlichen Unfallversicherung wird bei der MdE-Bewertung des Verlustes eines Armes im Unterarm nicht mehr wie früher zwischen Gebrauchs- und Beihand unterschieden. Die Höhe der MdE richtet sich hier nach der MdE für die Gebrauchshand und beträgt 60 v.H. Der SVB hat eine gleiche Bewertung im sozialen Entschädigungsrecht abgelehnt, da die Unterschiedlichkeit beider Entschädigungssysteme dies nicht verlange und zudem die VV Nr. 5 zu § 30 BVG eine MdE von 50 v.H. für den Verlust eines Armes im Unterarm als Eckwert vorschreibe (Beirat vom 08./09.11.2000).

Nach Auffassung des SG Düsseldorf ist allerdings schon ein Handverlust - und damit erst recht der Verlust eines Armes - mit einem GdB von 60 zu bewerten, um zu verhindern, dass über die Regelung des § 69 Abs. 2 SGB IX (ab 01.01.2018 § 152 Abs. 2 SGB IX) unterschiedliche Behinderungsgrade, abhängig von der Ursache des Leidens gebildet werden (SG Düsseldorf, Urteil vom 25.06.2002 - S 31 V 226/01 -). Dem ist das LSG NRW in diversen Entscheidungen (mit Hinweis auf BSG, Urteil vom 11.06.1970 - 9 RV 340/69 -; Urteil vom 23.07.1970 - 8 RV 59/70 -) entgegengetreten. Die in § 30 Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 BVG aufgestellten Kriterien für die MdE-Bewertung, insbesondere die für erhebliche Körperschäden festgesetzten Mindest-vom-Hundertsätze (VV Nr. 5 zu § 30 BVG) seien grundsätzlich der GdB-Bildung zugrundezulegen; die in die VV Nr. 5 zu § 30 BVG niedergelegten Mindest-vom-Hundertsätze seien allgemeinverbindlich und hätten den Charakter einer Rechtsverordnung (LSG NRW, Urteil vom 06.06.2002 - L 7 SB 193/00 -, LSG NRW, Urteil vom 12.06.2002 - L 7 SB 65/02 - und LSG NRW, Urteil vom 08.08.2002 - L 7 SB 70/02 -).

## **3. Schreibkrampf**

Ein Schreibkrampf der rechten und linken Hand bedingt zumindest dann keinen medizinischen GdS (früher MdE) von 25 v.H. bzw. keinen GdB von 25, wenn kein kompletter Schreibkrampf vorliegt. Da die Funktionsstörung „Schreibkrampf“ in den AHP / VMG nicht ausdrücklich enthalten ist, ist ein Vergleich mit einer Nervenschädigung i.S.d. Nr. 26.18 AHP bzw. nunmehr des Teils B 18.13 VMG (Lähmung des Nervus radialis = GdB 30 v.H.), die zu einer Fallhand durch Lähmung der Extensoren am Unterarm führt, oder einer Teillähmung des distalen Nervus radialis (GdB von 10 bis 20) angebracht (Bayerisches LSG, Urteil vom 27.02.2003 - L 15 VH 1/01 -).

Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung bei gut beweglichem Schultergürtel .....	30	
Eine Versteifung im Schultergelenk in einem Abspreizwinkel um ca. 45° und leichter Vorhalte gilt als funktionell günstig.		
Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung oder bei gestörter Beweglichkeit des Schultergürtels .....	40 - 50	
Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel)		
Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit .....	10	
Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit .....	20	
Instabilität des Schultergelenks		
geringen Grades, auch seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr) .....	10	
mittleren Grades, auch häufigere Ausrenkung .....	20 - 30	
schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch ständige Ausrenkung .....	40	
Schlüsselbeinpseudarthrose		
straff .....	0 - 10	
schlaff .....	20	
Verkürzung des Armes bis zu 4 cm bei freier Beweglichkeit der großen Armgelenke .....		0
Oberarmpseudarthrose		
straff .....	20	
schlaff .....	40	
Riss der langen Bizepssehne .....		0 - 10
Versteifung des Ellenbogengelenks einschließlich Aufhebung der Unterarmdrehbewegung		
in günstiger Stellung .....	30	
in ungünstiger Stellung .....	40 - 50	
Die Versteifung in einem Winkel zwischen 80° und 100° bei mittlerer Pronationsstellung des Unterarms ist als günstige Gebrauchsstellung aufzufassen.		
Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk		
geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0-30-120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) .....	0 - 10	

stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich  
Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) .....20 - 30

**Isolierte Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit**

in günstiger Stellung (mittlere Pronationsstellung) ..... 10  
 in ungünstiger Stellung ..... 20  
 in extremer Supinationsstellung ..... 30  
 Ellenbogen-Schlottergelenk ..... 40

**Unterarmpseudarthrose**

straff ..... 20  
 schlaff ..... 40

Pseudarthrose der Elle oder Speiche ..... 10 - 20

**Versteifung des Handgelenks**

in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension) ..... 20  
 in ungünstiger Stellung ..... 30

**Bewegungseinschränkung des Handgelenks**

geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40) ..... 0 - 10  
 stärkeren Grades ..... 20 - 30

Nicht oder mit Deformierung verheilte Brüche oder Luxationen der  
 Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhandknochen  
 mit sekundärer Funktionsbeeinträchtigung ..... 10 - 30

Versteifung eines Daumengelenks in günstiger Stellung ..... 0 - 10

Versteifung beider Daumengelenke und  
 des Mittelhand-Handwurzelgelenks in günstiger Stellung ..... 20

Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung) .....	0 - 10
Versteifungen der Finger in Streck- oder starker Beugestellung sind oft störender als ein glatter Verlust.	
Verlust des Daumenendgliedes .....	0
Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes .....	10
Verlust eines Daumens .....	25
Verlust beider Daumen .....	40
Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen .....	30
Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens .....	10
Verlust von zwei Fingern	
mit Einschluss des Daumens .....	30
II + III, II + IV .....	30
sonst .....	25
Verlust von drei Fingern	
mit Einschluss des Daumens .....	40
II + III + IV .....	40
sonst .....	30
Verlust von vier Fingern	
mit Einschluss des Daumens .....	50
sonst .....	40
Verlust der Finger II bis V an beiden Händen .....	80
Verlust aller fünf Finger einer Hand .....	50
Verlust aller zehn Finger .....	100
Obige Sätze gelten für den Gesamtverlust der Finger bei reizlosen Stumpfverhältnissen. Bei Verlust einzelner Fingerglieder sind sie herabzusetzen, bei schlechten Stumpfverhältnissen zu erhöhen.	
Fingerstümpfe im Mittel- und Endgelenk können schmerzhaft Narbenbildung und ungünstige Weichteildeckung zeigen. Empfindungsstörungen an den Fingern, besonders an Daumen und Zeigefinger, können die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen.	

Liegen an den Fingern beider Hände mehrfache Schädigungsfolgen vor, ist der GdS in der Gesamtschau der Funktionsbeeinträchtigungen der Hände zu bestimmen. Von besonderer Bedeutung ist, dass beide Hände geschädigt sind (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2016 - L 13 VE 28/14 -).



**Nervenausfälle (vollständig)**

Armplexus .....	80
oberer Armplexus .....	50
unterer Armplexus .....	60
N. axillaris .....	30
N. thoracicus longus .....	20
N. musculocutaneus .....	20
N. radialis	

ganzer Nerv .....	30
mittlerer Bereich oder distal .....	20

**N. ulnaris**

proximal oder distal .....	30
----------------------------	----

**N. medianus**

proximal .....	40
distal .....	30

Nn. radialis und axillaris .....	50
Nn. radialis und ulnaris .....	50
Nn. radialis und medianus .....	50
Nn. ulnaris und medianus .....	50
Nn. radialis, ulnaris und medianus im Vorderarmbereich .....	60

Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen; Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.

Soweit in der 2. Voraufgabe eine Angleichung an die Bewertungsvorgaben in der gesetzlichen Unfallversicherung gefordert wurde, ist dies angesichts der Rechtsprechung des LSG NRW nicht mehr aufrecht zu erhalten (s. dazu (S. 385) die Anmerkung zu Teil B 18.13 VMG unter Abgrenzung zur Unfallversicherung).

### **18.14 Schäden der unteren Gliedmaßen**

Verlust beider Beine im Oberschenkel .....	100
Verlust eines Beines im Oberschenkel und eines Beines im Unterschenkel .....	100
Verlust eines Beines und Armes .....	100
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf .....	80
Unter einem sehr kurzen Oberschenkelstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funktionseinbuße wie der Verlust des Beines im Hüftgelenk bedingt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Trochanter minor liegt.	
Verlust eines Beines im Oberschenkel (einschließlich Absetzung nach Gritti) .....	70
Notwendigkeit der Entlastung des ganzen Beines (z.B. Sitzbeinabstützung) .....	70
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke .....	50
Notwendigkeit der Entlastung eines Unterschenkels (z.B. Schienbeinkopfabstützung) .....	50
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke .....	60
Verlust beider Beine im Unterschenkel .....	80
bei einseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen .....	90
bei beidseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen .....	100

#### **Teilverlust eines Fußes, Absetzung**

##### **nach Pirogow**

einseitig, guter Stumpf .....	40
beidseitig .....	70

Auf die Frage, ob bei einer Gesundheitsstörung „Verlust des rechten Fußes über dem Fersenbein (Pirogow-Stumpf)“ mit einer Beinlängendifferenz von 7,5 cm letztere stets im GdB/MdE-Wert für den Pirogow-Stumpf enthalten oder gesondert zu berücksichtigen sei, hat das BMA unter dem 25.09.2002 (Az IV c 5 - 65463 - 5 / 5) u.a. ausgeführt:

Bei einem Teilverlust des Fußes nach Pirogow sei die amputationsbedingte Verkürzung des Beines regelhaft in den in Nr. 26.18 AHP genannten GdB/MdE-Werten enthalten, ebenso wie die GdB/MdE-Werte für den Verlust eines Unter- oder Oberschenkels die noch wesentlich stärkere Beinverkürzung einschlossen. Die GdB/MdE-Werte bei einer Amputation nach

Pirogow entsprechen exakt den in der Verwaltungsvorschrift Nr. 5 zu § 30 BVG genannten Werten; weitere Verwaltungsvorschriften hierzu gäbe es nicht. Die niedrigere GdB/MdE-Bewertung eines Pirogow-Stumpfes im Vergleich zur Unterschenkelamputation ergebe sich aus der günstigeren Situation beim Pirogow-Stumpf. Die in den AHP genannten GdB/MdE-Werte bei Beinverkürzung gälten nur für Verkürzungen erhaltener Beine, z.B. bei Hüftluxationen, Perthes-Krankheit oder nach Traumen. Ein Ausgleich durch orthopädische Versorgung würde den durch den Schaden allein bedingten GdB/MdE-Grad nicht ändern.

**Teilverlust eines Fußes, Absetzung**

nach Chopart

einseitig, guter Stumpf .....	30
einseitig, mit Fußfehlstellung .....	30 - 50
beidseitig .....	60

nach Lisfranc oder im Bereich der Mittelfußknochen nach Sharp

einseitig, guter Stumpf .....	30
einseitig, mit Fußfehlstellung .....	30 - 40
beidseitig .....	60

Verlust einer Zehe .....	0
Verlust einer Großzehe .....	10
Verlust einer Großzehe mit Verlust des Köpfchens des I. Mittelfußknochens .....	20
Verlust der Zehen II bis V oder I bis III .....	10
Verlust aller Zehen an einem Fuß .....	20
Verlust aller Zehen an beiden Füßen .....	30

**Versteifung beider Hüftgelenke je nach Stellung ..... 80 - 100**

**Versteifung eines Hüftgelenks**

in günstiger Stellung .....	40
Die Versteifung eines Hüftgelenks in leichter Abspreizstellung von ca. 10°, mittlerer Drehstellung und leichter Beugstellung gilt als günstig.	
in ungünstiger Stellung .....	50 - 60
Ungünstig sind Hüftgelenkversteifungen in stärkerer Adduktions-, Abduktions- oder Beugstellung.	

<b>Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke</b>	
geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)	
einseitig .....	10 - 20
beidseitig .....	20 - 30
mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-30-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)	
einseitig .....	30
beidseitig .....	50
stärkeren Grades	
einseitig .....	40
beidseitig .....	60 - 100

Zur Messung der Beweglichkeit der Hüftgelenke ist auf die allgemeingültigen Anforderungen in Nr. 8 AHP 2008 - dort insbesondere Abs. 13 - (S. 582) zu verweisen.

Liegt neben den in den VMG genannten Beispielen für eine Bewegungseinschränkung der Beugefähigkeit noch eine wesentliche Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit vor, so ist ein höherer GdB anzusetzen (Beirat vom 23.04.1986: „MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“; Anhaltswerte bei Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke“).

Ebenso kommt bei degenerativen Gelenkveränderungen ein höherer GdB-Grad in Betracht, wenn - entsprechend den Vorgaben in Teil B 18.1 VMG - zusätzlich Schmerzen und Reizerscheinungen zu berücksichtigen sind (Beirat vom 23.04.1986: „MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“; Anhaltswerte bei Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke“).

<b>Hüftdysplasie (einschließlich sogenannte angeborene Hüftluxation)</b>	
für die Dauer der vollständigen Immobilisierung .....	100
danach bis zum Abschluss der Spreizbehandlung .....	50
Anschließend und bei unbehandelten Fällen richtet sich der GdS nach der Instabilität und der Funktionsbeeinträchtigung.	
<b>Hüftgelenksresektion je nach Funktionsstörung .....</b>	
	50 - 80
<b>Schnappende Hüfte .....</b>	0 - 10
<b>Beinverkürzung</b>	
bis 2,5 cm .....	0
über 2,5 cm bis 4 cm .....	10
über 4 cm bis 6 cm .....	20
über 6 cm wenigstens .....	30

Auf die Frage, ob bei einer Gesundheitsstörung „Verlust des rechten Fußes über dem Fersenbein (Pirogow-Stumpf)“ mit einer Beinlängendifferenz von 7,5 cm letztere stets im GdB/MdE-Wert für den Pirogow-Stumpf enthalten oder gesondert zu berücksichtigen sei, hat das BMA unter dem 25.09.2002 (Az IV c 5 - 65463 - 5 / 5) u.a. ausgeführt:

Bei einem Teilverlust des Fußes nach Pirogow sei die amputationsbedingte Verkürzung des Beines regelhaft in den in Nr. 26.18 AHP genannten GdB/MdE-Werten enthalten, ebenso wie die GdB/MdE-Werte für den Verlust eines Unter- oder Oberschenkels die noch wesentlich stärkere Beinverkürzung einschlossen. Die GdB/MdE-Werte bei einer Amputation nach Pirogow entsprächen exakt den in der Verwaltungsvorschrift Nr. 5 zu § 30 BVG genannten Werten; weitere Verwaltungsvorschriften hierzu gäbe es nicht. Die niedrigere GdB/MdE-Bewertung eines Pirogow-Stumpfes im Vergleich zur Unterschenkelamputation ergebe sich aus der günstigeren Situation beim Pirogow-Stumpf. Die in den AHP genannten GdB/MdE-Werte bei Beinverkürzung gälten nur für Verkürzungen erhaltener Beine, z.B. bei Hüftluxationen, Perthes-Krankheit oder nach Traumen. Ein Ausgleich durch orthopädische Versorgung würde den durch den Schaden allein bedingten GdB/MdE-Grad nicht ändern.

**Oberschenkel pseudarthrose**

straff .....	50
schlaff .....	70

Fasziennarbe (Muskelhernie) am Oberschenkel ..... 0 - 10

Versteifung beider Kniegelenke ..... 80

**Versteifung eines Kniegelenks**

in günstiger Stellung (Beugstellung von 10 - 15°) .....	30
in ungünstiger Stellung .....	40 - 60

Die AHP 1983 gingen von einer Versteifung eines Kniegelenks in günstiger Stellung bei einer Beugstellung von ca. 10 Grad aus. Seit den AHP 1996 ist eine Beugstellung von 10 bis 15 Grad vorgesehen.

Nach der nach dieser Änderung geäußerten Meinung einiger Orthopäden ist die konkrete Angabe eines Winkels, in dem das Kniegelenk versteift ist, für die Beurteilung der Funktionseinschränkung wenig hilfreich. Zu achten sei vielmehr auf das Gangbild.

Dementgegen hat der überwiegende Teil des SVBs die Auffassung vertreten, dass die Angaben zur Versteifung des Kniegelenks eine sachgerechte Beurteilung erlaubten. Eine Versteifung bei leicht gebeugtem Kniegelenk führe gegenüber einem gestreckten Kniegelenk nicht nur zu einer besseren Gehfähigkeit, sondern erleichtere auch das Setzen, Sitzen und Aufstehen (Beirat vom 18./19.11.1996: „GdB/MdE-Bewertung bei Versteifung eines Kniegelenks“).

<b>Lockerung des Kniebandapparates</b>	
muskulär kompensierbar .....	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit .....	20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung .....	30 - 50
<b>Kniescheibenbruch</b>	
nicht knöchern verheilt ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates .....	10
nicht knöchern verheilt mit Funktionseinschränkung des Streckapparates .....	20 - 40
<b>Habituelle Kniescheibenverrenkung</b>	
seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr) .....	0 - 10
häufiger .....	20
<b>Bewegungseinschränkung im Kniegelenk</b>	
geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90)	
einseitig .....	0 - 10
beidseitig .....	10 - 20
mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-10-90)	
einseitig .....	20
beidseitig .....	40
stärkeren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-30-90)	
einseitig .....	30
beidseitig .....	50
<b>Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig</b>	
ohne Bewegungseinschränkung .....	10 - 30
mit Bewegungseinschränkung .....	20 - 40

Bei der Bemessung des GdB bei Arthrosen sind zusätzlich zum GdB für die Bewegungseinschränkung auch Schmerzen und Reizerscheinungen zu berücksichtigen (Beirat vom 23. April 1986: „MdE-Tabelle der Anhaltspunkte; Anhaltswerte bei Bewegungseinschränkungen der Kniegelenke“).

Die Bewertung von Knorpelschäden sollte allerdings nicht zwingend an **anhaltende** Reizerscheinungen gekoppelt werden. Auch die sog. trockenen Kniegelenks-Arthrosen ohne anhaltende Reizerscheinungen können stark beeinträchtigen. Viele Betroffene haben einen starken Knorpelverschleiß z.B. mit Anlaufschmerzen und Ermüdungsbeschwerden, so dass auch sie in ihrem Alltagsleben deutlich be- bzw. gehindert sind (s. dazu LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29.01.2020 - L 11 S 257/17 -).

Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke sind meist mit erheblichen anhaltenden Reizerscheinungen (Kapselschwellungen, Schmerzen) verbunden. Deshalb ist nach Auffassung des SVBs in einem solchen Fall - auch ohne Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk - ein GdB von 30 durchaus berechtigt. Dies ergebe sich u.a. aus dem Vergleich zu einer Versteifung eines Kniegelenks (in günstiger Stellung), die in der Regel nicht mit Schmerzen verbunden sei (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Knorpelschäden der Kniegelenke“).

Unabhängig davon erfordert die Beurteilung der Auswirkungen von Knorpelschäden einen nicht unerheblichen Ermittlungsaufwand, da die meist wechselhaft auftretenden Beschwerden (Schmerzen und Reizerscheinungen - s.o.) nicht im Rahmen einer Begutachtung erfasst werden können. Zwar kann bei einer Begutachtung meist der Grad der Knorpelschädigung recht genau geklärt werden; die daraus alltäglich erwachsenden und zu berücksichtigenden (s.o.) Beschwerden sind aber wohl nur im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung festzustellen. Dazu sind zumindest ausführliche Beschreibungen des behandelnden Arztes (Befundberichte) erforderlich. Die Überlegung, ob zu dem Ausmaß der täglichen bzw. wechselnden Beschwerden auch sog. medizinische Laien als Zeugen zu hören sind, könnte letztlich zwar dazu führen, dass der Umfang der Ermittlungstätigkeit der Versorgungsverwaltung bzw. der Gerichte erheblich steigt (was indes kein Argument ist). Angesichts der Rechtsprechung (s. dazu BSG, Beschluss vom 07.04.2011 - B 9 SB 47/10 B -) wird sich aber nicht mehr vertreten lassen, dass dieses Beweismittel ungeeignet ist. Im Streitfall sollte hier deshalb von dem behinderten Menschen zu dem Ausmaß der Beeinträchtigungen Zeugenbeweis (z.B. Zeugnis des Ehepartners) angetreten werden. Ein Schmerztagebuch des behinderten Menschen kann ebenfalls zur sachgerechten Aufklärung beitragen.

Eher für die Bewertung ungeeignet sein soll nach Auffassung des LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.08.2011 - L 13 SB 161/10 - hingegen die (lediglich selbst veranlasste) Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente und Salben wie Ibuprofen und Voltaren zur Schmerzlinde- rung; gleiches soll hinsichtlich des Medikamentes Dona 200 (S) gelten, denn dieses diene der chondroprotektiven Therapie, mithin der Behandlung der Gelenkarthrosen mit knorpelschützenden und knorpelerhalten- den Arzneimitteln. Anders zu sehen ist dies indes bei der Einnahme verschreibungspflichtiger Schmerzmedikamente, hier ergibt sich aus der ärztlichen Verschreibung die Indikation, mithin kann hier der Schmerzmittel- konsum zumindest ein gewichtiges Indiz sein.

Auch psychisch bedingte Störungen können zu einem höheren GdB führen, als er für die Beeinträchtigung allein aufgrund der Bewegungseinschränkung vorgesehen ist. Rechtfertigen die Bewegungsmaße als Ausdruck der Bewegungseinschränkungen im Knie nur einen GdB von 20, kann nämlich dennoch ein höherer GdB in Betracht kommen, und zwar, wenn die tatsächlich vorhandenen körperlichen Störungen im Rahmen einer depressiven bzw. ängstlichen „Fehlverarbeitung“ subjektiv stärker empfunden werden, als dies aufgrund der objektivierbaren Befunde zu erwarten ist (SG Aachen, Urteil vom 14.06.2016 - S 12 SB 541/15 -). Dies gilt im Übrigen zumindest für alle Haltungs- und Bewegungsorgane, bei denen das Ausmaß der Beeinträchtigung vorrangig anhand der Bewegungsmaße zu bestimmen versucht wird.

<b>Schienbeinpseudarthrose</b>	
straff .....	20 - 30
schlaff .....	40 - 50
<b>Teilverlust oder Pseudarthrose des Wadenbeins .....</b>	
0 - 10	
<b>Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung</b>	
<b>(Plantarflexion um 5° bis 15°) .....</b>	
20	
<b>Versteifung des unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung</b>	
<b>(Mittelstellung) .....</b>	
10	
<b>Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks</b>	
in günstiger Stellung .....	30
in ungünstiger Stellung .....	40
<b>Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk</b>	
geringen Grades .....	0
mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30) .....	10
stärkeren Grades .....	20
<b>Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk .....</b>	
0 - 10	
<b>Klumpfuß je nach Funktionsstörung</b>	
einseitig .....	20 - 40
beidseitig .....	30 - 60
<b>Andere Fußdeformitäten</b>	
ohne wesentliche statische Auswirkungen	
(z.B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) .....	
0	
mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung	
geringen Grades .....	10
stärkeren Grades .....	20



Bei „rheumatischen Füßen“ kann die Belastbarkeit des Fußes nahezu aufgehoben sein. In diesem Fall stehen deshalb auch nicht die Bewertungsvorgaben zu den Fußdeformitäten im Vordergrund. Vielmehr sind für die Bemessung des GdB die allgemeinen Hinweise zur Beurteilung von degenerativen und chronisch-entzündlichen Gelenkveränderungen (s. (S. 358) Teil B 18.1 VMG) heranzuziehen (Beirat vom 23.04.1986: „MdE-Tabelle der Anhaltspunkte; Beurteilung der Fußdeformitäten“).

Für die Beurteilung von verheilten Mittelfußknochenbrüchen, Fersen- und Kahnbeinbrüchen sind nach Auffassung des SVBs keine gesonderten GdB-Vorgaben erforderlich. Die in den AHP / VMG genannten Eckwerte würden ohne weiteres eine Analogbewertung entsprechend den Ausführungen im Teil B 1 VMG (s. (S. 128) - früher Nr. 26.1 AHP ermöglichen (Beirat vom 25.10.1990: „Beurteilung des GdB nach Fußwurzel- und Mittelfußknochenbrüchen“).

<b>Versteifung aller Zehen eines Fußes</b>	
in günstiger Stellung .....	10
in ungünstiger Stellung .....	20
<b>Versteifungen oder Verkrümmungen von Zehen außer der Großzehe .... 0</b>	
<b>Versteifung der Großzehengelenke</b>	
in günstiger Stellung .....	0 - 10
in ungünstiger Stellung (z.B. Plantarflexion im Grundgelenk über 10°) .....	20
<b>Narben nach größeren Substanzverlusten an Ferse und Fußsohle</b>	
mit geringer Funktionsbehinderung .....	10
mit starker Funktionsbehinderung .....	20 - 30
<b>Nervenausfälle (vollständig)</b>	
Plexus lumbosacralis .....	80
N. glutaeus superior .....	20
N. glutaeus inferior .....	20
N. cutaneus femoralis lat. ....	10
N. femoralis .....	40
N. ischiadicus	
proximal .....	60
distal (Ausfall der Nn. peronaeus communis und tibialis) .....	50
N. peronaeus communis oder profundus .....	30
N. peronaeus superficialis .....	20
N. tibialis .....	30
Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen. Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.	
Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines .....	80

## Vorbemerkung zu Teil C VMG

Durch das „Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) sind überwiegend mit Geltung ab 01.01.2024 (s. dazu Artikel 60 SozERG) weitgehende Änderungen beschlossen worden. Mit Wirkung zum Tag nach der Verkündung (mithin zum 19.12.2019) ist hingegen Artikel 26 SozERG zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung in Kraft getreten. Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ heißt es u.a. dazu:

*„Nummer 2 fasst Teil C der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung neu. In Teil C werden die für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 4 Absatz 4 SGB XIV maßgebenden Grundsätze dargestellt. Die speziell bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung von Schädigungsfolgen zu berücksichtigenden Aspekte werden aufgeführt.*

*Die bisher im Sozialen Entschädigungsrecht festgelegten Kausalitätsgrundsätze werden mit dieser Verordnung nicht geändert. Die Erläuterungen hierzu in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen werden lediglich - insbesondere im Lichte des neuen SGB XIV - in Sprachgebrauch, Systematik und Struktur modernisiert. An den im Sozialen Entschädigungsrecht seit Jahrzehnten verankerten Grundlagen der Kausalität wird inhaltlich festgehalten: an der dreigliedrigen Kausalkette (nicht unterbrochener ursächlicher Zusammenhang), an den in diesem Zusammenhang bewährten Begriffen unter Anpassung an die neuen Begrifflichkeiten des SGB XIV und insbesondere am Bewertungsmaßstab der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs.“*

### Weitere Anmerkung:

Mit der Neuregelung des Teils C VMG wird wie bereits mit den zum 01.01.2009 geltenden VMG erneut der Teil C umgeschrieben; dies geht - wie nahezu bei allen „neuen“ Regelungen - zu Lasten der Verständlichkeit, zumal es sich hier faktisch um nichts anderes als den weiteren Versuch einer Kurz-Interpretation der seit Anfang 19ten Jahrhunderts zur Kriegsopferversorgung umfangreich ergangenen Rechtsprechung handelt. In dieser Ausarbeitung wurden deshalb die vor dem 19.12.2019 geltenden VMG bzw. AHP weitgehend mit eingearbeitet.

Einen u.E. umfassenderen, aber dennoch kurzen Überblick bietet das hier ebenfalls (aufs CD bzw. im Internet) angebotene Handbuch „Das Recht der Sozialen Entschädigung“, insbesondere in den Kapiteln IV. bis VII.

## **Teil C: Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht**

### **Teil C: 1 Grundsätze zur Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht**

Die Grundsätze, die im Sozialen Entschädigungsrecht zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung maßgebend sind, werden in diesem Teil der Versorgungsmedizinischen Grundsätze aufgestellt. Die Auswirkungen der als Schädigungsfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen werden mit einem Grad der Schädigungsfolgen bewertet.

Die ärztliche Bewertung der Auswirkungen der Schädigungsfolgen erfolgt nach Teil A und Teil B. Als Voraussetzung für die ärztliche Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs müssen alle Tatsachen festgestellt sein. Die Feststellung der Tatsachen erfolgt unabhängig von kausalen Erwägungen.

Es muss unterschieden werden zwischen ärztlicher Begutachtung im Rahmen der Tatsachenermittlung und der ärztlichen Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt (*bis 18.12.2019 „Teil C 1 Ursachenbe-griff“*).

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Abschnitt 1 skizziert die Bedeutung und Rolle des Teil C der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) und bettet die ärztliche Bewertung der Auswirkung der Schädigungsfolgen in die VMG ein. Überdies wird die notwendige Unterscheidung zwischen Tatsachenfeststellung und Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs deutlich gemacht und die jeweilige Rolle der ärztlichen Begutachtung im Kontext dieser Bereiche angesprochen:*

*Es wird verdeutlicht, dass bei der ärztlichen Begutachtung streng zwischen Gutachten zur Tatsachenermittlung (z. B. Glaubhaftigkeitsgutachten oder Gutachten zur Diagnosesicherung) einerseits und Gutachten zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs andererseits unterschieden werden muss.“*

## **Teil C: 2. Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs**

### **2.1 Tatsachen**

Vor der ärztlichen Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs müssen folgende Tatsachen festgestellt und voll bewiesen sein:

- a) das Ereignis, das bei nachgewiesenem ursächlichem Zusammenhang das schädigende Ereignis ist,
- b) die Gesundheitsstörung, die bei nachgewiesenem ursächlichem Zusammenhang die gesundheitliche Schädigung ist (primäre Gesundheitsstörung), und
- c) die Gesundheitsstörung, die bei nachgewiesenem ursächlichem Zusammenhang die Schädigungsfolge ist (sekundäre Gesundheitsstörung).

### **2.2 Ereignis**

Die in Betracht kommenden schädigenden Ereignisse unterscheiden sich je nach den Voraussetzungen der verschiedenen Gesetze des Sozialen Entschädigungsrechts. Ereignis in diesem Sinne kann sein:

- a) ein zeitlich begrenztes Ereignis,
- b) ein über einen längeren Zeitraum einwirkendes Ereignis (andauerndes Ereignis) oder
- c) wiederkehrende Ereignisse, die sich in ihrer Gesamtheit auswirken.

Es gibt aktiv einwirkende Ereignisse und passive Ereignisse durch Unterlassen.

### **2.3 Primäre Gesundheitsstörung**

Primäre Gesundheitsstörungen sind solche, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft durch ein unter 2.2 beschriebenes Ereignis hervorgerufen werden können und zeitlich als erste auftreten.

### **2.4 Sekundäre Gesundheitsstörung**

Sekundäre Gesundheitsstörungen sind solche, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft aus der primären Gesundheitsstörung entstehen können.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Durch eine klare Strukturierung des Textes mit Hervorhebung der drei Tatsachensäulen, die durch die ärztliche Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs verbunden werden müssen, werden die Grundlagen*

*des ursächlichen Zusammenhangs im Sozialen Entschädigungsrecht deutlicher als zuvor herausgearbeitet.*

*Es wird zunächst hervorgehoben, dass alle Tatsachen ermittelt sein müssen, bevor die Kausalbegutachtung erfolgen kann.*

*Klarer als zuvor und entsprechende Forderungen aufgreifend wird auch auf das Beweismaß hingewiesen, mit welchem die Tatsachen festgestellt sein müssen, bevor man in die Begutachtung und Beurteilung der ursächlichen Zusammenhänge eintreten kann: Die Feststellung der Tatsachen erfordert dabei grundsätzlich den Vollbeweis. Die Bedingungen, bei denen ausnahmsweise für die Tatsachenfeststellung die Glaubhaftmachung oder die eidesstattliche Versicherung ausreicht, sind in § 117 SGB XIV geregelt. § 117 SGB XIV ersetzt dabei § 15 (KOVVfG), welcher durch dieses Gesetz aufgehoben wird.*

*Bei der Ermittlung der Tatsachen sind alle verfügbaren Informationen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch soziologische und historische Erkenntnisse (z. B. die wissenschaftliche Aufarbeitung von Haftbedingungen in der ehemaligen DDR), Erkenntnisse aus Medizin, Naturwissenschaft und Psychologie (z. B. die Erkenntnis, dass bestimmte Lebensbedingungen Erkrankungen verursachen) sowie aus Kriminologie und Forensik (z. B. die Auswirkung von Waffen oder Kampfmitteln). Für die ärztliche Tatsachenermittlung bedeutet dies insbesondere, dass alle Gesundheitsstörungen nachgewiesen sein müssen. Dabei sind die Grundsätze der sozialmedizinischen Begutachtung ebenso wie das evidenzbasierte medizinische Fachwissen zu beachten.*

*Im Zusammenhang mit der Tatsachenfeststellung wird dabei auf die bekannten, gewohnten und bewährten kausalitätsbezogenen Begriffe wie schädigendes Ereignis, (gesundheitliche) Schädigung und Schädigungsfolge hingeführt: Da diese drei Begriffe jedoch einen ursächlichen Zusammenhang unterstellen, der an dieser Stelle gutachtlich noch nicht abschließend geprüft ist, werden in Abschnitt 2 die neutraleren Begriffe „Ereignis“, „primäre Gesundheitsstörung“ und „sekundäre Gesundheitsstörung“ verwandt. Diese sind in der Medizin gebräuchlich.“*

## **Teil C 2 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

### **„Teil C 2. Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs**

*a. Zu den Fakten, die vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs geklärt („voll bewiesen“) sein müssen, gehören der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung.*

- b. *Der schädigende Vorgang ist das Ereignis, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, wie z. B. die Detonation eines Sprengkörpers, ein Kraftfahrzeugunfall, die Übertragung von Krankheitserregern oder eine Vergewaltigung. Auch besondere Belastungen, wie sie z. B. im Fronteinsatz, in Kriegsgefangenschaft, bei Dienstverrichtungen in bestimmten Ausbildungsstufen der Bundeswehr oder in rechtsstaatswidriger Haft in der ehemaligen DDR gegeben sein können, zählen dazu. Relativ selten sind daneben Auswirkungen von außerhalb der Dienstverrichtungen liegenden diensteigentümlichen Verhältnissen in Betracht zu ziehen; diensteigentümliche Verhältnisse sind die besonderen, von den Verhältnissen des zivilen Lebens abweichenden und diesen in der Regel fremden Verhältnisse des Dienstes (z. B. das enge Zusammenleben in einer Kaserne). Unfall ist ein auf äußeren Einwirkungen beruhendes plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis.*
- c. *Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang, wie z. B. die Verwundung, die Verletzung durch Unfall, die Resistenzminderung durch Belastung. Die verbleibende Gesundheitsstörung ist die Schädigungsfolge (Wehrdienstbeschädigungsfolge [WDB-Folge], Zivildienstbeschädigungsfolge [ZDB-Folge] usw.).*
- d. *Zwischen dem schädigenden Vorgang und der Gesundheitsstörung muss eine nicht unterbrochene Kausalkette bestehen, die mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Erfahrungen im Einklang steht. Dabei sind Brückensymptome oft notwendige Bindeglieder. Fehlen Brückensymptome, so ist die Zusammenhangsfrage besonders sorgfältig zu prüfen und die Stellungnahme anhand eindeutiger objektiver Befunde überzeugend wissenschaftlich zu begründen.*
- e. *Für eine Reihe von Erkrankungen, für die eine traumatische Entstehung in Betracht kommt, muss auch eine lokale Beziehung zwischen dem Ort der traumatischen Einwirkung und dem Krankheitsherd vorliegen, z.B. bei Geschwülsten oder Osteomyelitis.*
- f. *Die Fakten, auf die sich die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs gründet, müssen voll bewiesen sein. Das bedeutet, dass sie belegt sein müssen oder dass - wenn Belege nicht zu beschaffen sind - zumindest nach den gegebenen Umständen (z. B. auch aufgrund einer Glaubhaftmachung) die Überzeugung zu gewinnen ist, dass es so und nicht anders gewesen ist.“*

**Beirat:** vom 23. April 1986: „Zur Relation Belastung und besondere Belastungen“, vom 21. März 1994: „Zur kausalen Bedeutung der Belastungen in bestimmten Ausbildungsstufen der Bundeswehr“, vom 28. April 1999: „Auswirkungen der Grundausbildung bei der Bundeswehr“

**Rechtsprechung:** BSG, Urteil vom 15.12.1999 - B 9 RVs 2/98 R -:

Im sozialen Entschädigungsrecht genügt auch zum Nachweis der haftbe-  
gründenden Kausalität Wahrscheinlichkeit.

BSG, Beschluss vom 08.08.2001 - B 9 V 23/01 B - :

Definition der drei Beweismaßstäbe im Sozialen Entschädigungsrecht:  
Vollbeweis - Wahrscheinlichkeit – Glaubhaftmachung

## **Teil C: 3 Ursächlicher Zusammenhang**

### **3.1 Allgemeines**

Nur wenn die unter 2.1 genannten Tatsachen ermittelt und im Sinne von 2.1 bewiesen sind, kann die ärztliche Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs erfolgen. Die Gesundheitsstörungen, die vor Eintritt des schädigenden Vorgangs bestanden haben oder bei Eintritt bestehen, sind von der primären und sekundären Gesundheitsstörung abzugrenzen.

### **3.2 Kausalkette**

Zwischen dem Ereignis, der primären und der sekundären Gesundheitsstörung muss ein nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht unterbrochener ursächlicher Zusammenhang bestehen. Die primäre Gesundheitsstörung muss durch das Ereignis verursacht sein und die sekundäre Gesundheitsstörung muss durch die primäre Gesundheitsstörung verursacht sein. Erst in diesem Fall ist der ursächliche Zusammenhang gegeben.

### **3.3 Schädigendes Ereignis, gesundheitliche Schädigung, Schädigungsfolge**

Ist der ursächliche Zusammenhang im Sinne von 3.2 zu bejahen, ist

- d) a) das Ereignis das schädigende Ereignis,
- e) b) die primäre Gesundheitsstörung die gesundheitliche Schädigung und
- f) c) die sekundäre Gesundheitsstörung die Gesundheitsstörung als Folge der Schädigung (Schädigungsfolge).

### **3.4 Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs**

**3.4.1** Für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs genügt entschädigungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit. Sie ist gegeben, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Es reicht für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, dass dieser nur möglich ist.



**3.4.2** Haben konkurrierende Ursachen zur primären Gesundheitsstörung beigetragen und kommt einem Ereignis gegenüber der Gesamtheit der anderen Ursachen eine mindestens gleichwertige Bedeutung zu, ist alleine jenes Ereignis schädigendes Ereignis und wesentliche Ursache im entschädigungsrechtlichen Sinn.

**3.4.3** 3.4.2 gilt entsprechend, wenn die sekundäre Gesundheitsstörung auf konkurrierenden Ursachen beruht.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Die Begrifflichkeiten des Teils C der Anlage zu § 2 VersMedV werden angepasst und überarbeitet; inhaltlich erfolgt dadurch keine Änderung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand. Insbesondere bleibt es bei dem Erfordernis, dass diejenigen Tatsachen, die der Kausalbewertung zu Grunde liegen - anders als der ursächliche Zusammenhang selbst - im Sinne des Vollbeweises festgestellt sein müssen, bevor eine Kausalbewertung erfolgen kann. Im Sozialen Entschädigungsrecht genügt für die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs die (einfache) Wahrscheinlichkeit. Es reicht insofern aus, wenn ärztlich-gutachtlich auf der Basis des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht. Umgekehrt reichen weder die reine Möglichkeit noch die theoretische Denkbarekeit aus, den ursächlichen Zusammenhang zu bejahen. Gleiches gilt für die fehlende Möglichkeit, den Vorgang als Ursache auszuschließen und für die subjektive Überzeugung des Antragstellers, ein ursächlicher Zusammenhang liege vor.*

*Unterschiedliche Kategorien von Wahrscheinlichkeit (z. B. bestärkte Wahrscheinlichkeit) sind gemäß dem aktuellen evidenzbasierten Stand der medizinischen Wissenschaft nicht erforderlich.*

*Wenn konkurrierende Ursachen zur primären Gesundheitsstörung beigetragen haben, muss geprüft werden, welche dieser Ursachen die notwendige Bedingung zum Erfolg darstellt. Kommt einem Ereignis eine überragende Bedeutung zu oder ist es im Verhältnis zu der Gesamtheit der anderen Ereignisse und Ursachen gleichwertig, so gilt dieses eine Ereignis als wesentliche Bedingung im versorgungsrechtlichen Sinn. Nur dieses Ereignis kann dann als schädigendes Ereignis festgestellt werden.*

*Bei der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs ist stets der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft zu Grunde zu legen. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs ist unter Anwendung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der für die Begutachtung im Entschädigungsrecht maßgeblichen Beweisanforderungen in der Regel auch dann möglich, wenn ein Ereignis oder eine primäre Gesundheitsstörung längere Zeit zurückliegt. Die neue Formulierung trägt der Erweiterung und Differenzierung der diagnostischen Möglichkeiten und den Erkenntnissen um Ätiologie und Verlauf von Erkrankungen Rechnung. Alle Gutachter und Gutachterinnen sind gehalten, diese kontinuierliche Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin in der Begutachtung umzusetzen. „*

*„Abschnitt 1 skizziert die Bedeutung und Rolle des Teil C der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) und bettet die ärztliche Bewertung der Auswirkung der Schädigungsfolgen in die VMG ein. Überdies wird die notwendige Unterscheidung zwischen Tatsachenfeststellung und Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs deutlich gemacht und die jeweilige Rolle der ärztlichen Begutachtung im Kontext dieser Bereiche angesprochen:*

*Es wird verdeutlicht, dass bei der ärztlichen Begutachtung streng zwischen Gutachten zur Tatsachenermittlung (z. B. Glaubhaftigkeitsgutachten oder Gutachten zur Diagnosesicherung) einerseits und Gutachten zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs andererseits unterschieden werden muss.“*

**Teil C 3 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C: 3. Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs**

- a. Für die Annahme, dass eine Gesundheitsstörung Folge einer Schädigung ist, genügt versorgungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Sie ist gegeben, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Mit besonderer Sorgfalt ist das Für und Wider abzuwägen. Auch bei schwierigen Zusammenhangsfragen soll man bemüht sein, im Gutachten zu einer verwertbaren Beurteilung zu kommen.*
- b. Grundlage für die medizinische Beurteilung sind die von der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung vertretenen Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese. Es genügt nicht, dass ein einzelner Wissenschaftler oder eine einzelne Wissenschaftlerin eine Arbeitshypothese aufgestellt oder einen Erklärungsversuch unternommen hat. Es kommt auch nicht allein auf die subjektive Auffassung der beurteilenden Person an.*

- c. *Vielfach lässt allein der große zeitliche Abstand ohne Brückensymptome den ursächlichen Zusammenhang unwahrscheinlich erscheinen. Die angemessene zeitliche Verbindung ist in der Regel eine Voraussetzung für die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Andererseits kann die zeitliche Verbindung zwischen einer Gesundheitsstörung und dem geleisteten Dienst für sich allein die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nicht begründen. Die Tatsache, dass z. B. ein Soldat beim Eintritt in den Dienst gesund war, dass er den Einflüssen des Dienstes ausgesetzt war und dass eine Krankheit während der Dienstzeit entstanden oder hervorgetreten ist, reicht für die Annahme einer Schädigungsfolge nicht aus. Es muss vielmehr der ungünstige Einfluss einer bestimmten Dienstverrichtung oder allgemeiner dienstlicher Verhältnisse auf die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit dargelegt werden, da Krankheiten aller Art, insbesondere innere Leiden, zu jeder Zeit auch ohne wesentliche Mitwirkung eines schädigenden Vorgangs entstehen können.*
- d. *Aus dem Umstand, dass der Zusammenhang der Gesundheitsstörung mit einem schädigenden Vorgang nach wissenschaftlicher Erkenntnis nicht ausgeschlossen werden kann, lässt sich nicht folgern, dass er darum wahrscheinlich sei. Ebenso wenig kann das Vorliegen einer Schädigungsfolge bejaht werden, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist.“*

**Weitere Anmerkung:** Es kann weitgehend auf das Recht der Unfallversicherung (SGB VII) zurückgegriffen werden. Danach liegt eine wesentliche **Mitursache** dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung zu Ätiologie und Pathogenese den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt (Bayerisches LSG, Urteil vom 08.07.2014 - L 2 U 414/13 -).

Ist bei der Frage, ob Versorgung (hier nach dem BVG) zu gewähren ist, der Ursachenzusammenhang streitig, und sind dazu bereits bestandskräftige Entscheidungen ergangen, ist ein Wiederaufgreifen über § 44 SGB X in der Regel nicht möglich. Nur bei eindeutigen Indizien für eine grobe Fehlbeurteilung kann das Verwaltungsverfahren zu Gunsten des Betroffenen noch einmal aufgegriffen werden kann Sächsisches LSG, Urteil vom 21.12.2005 - L 6 V 3/05 -).

## **Teil C: 4 Kann-Versorgung**

**4.1** Im Sozialen Entschädigungsrecht muss anhand des Sachverhaltes in jedem Einzelfall stets zuerst geprüft werden, ob nach 3.4 der ursächliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann. Lässt sich dabei die Frage des ursächlichen Zusammenhangs bereits in ihrer Gesamtheit bejahen oder verneinen, ist die entsprechende Prüfung abgeschlossen und eine Kann-Versorgung kommt nicht in Betracht.

**4.2** Lässt sich die Frage des ursächlichen Zusammenhangs im Sinne von 3.4 nicht bejahen oder verneinen, kann in Ausnahmefällen eine Gesundheitsstörung im Sinne der Kann-Versorgung als Schädigungsfolge anerkannt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache der festgestellten Gesundheitsstörung in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht.

**4.3** Eine Kann-Versorgung kommt nur dann in Betracht, wenn die einer Gesundheitsstörung zugrundeliegende Ursache (Ätiologie) nicht durch den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gesichert ist und wenn fundierte wissenschaftliche Arbeitshypothesen einen ursächlichen Zusammenhang begründen. Eine von dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft abweichende subjektive Auffassung eines einzelnen Wissenschaftlers oder einer einzelnen Wissenschaftlerin ist nicht mit Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft gleichzusetzen.

**4.4** Eine Kann-Versorgung rechtfertigen nicht:

- a) Zweifel über den Zeitpunkt der Entstehung der Gesundheitsstörung,
- b) mangelnde diagnostische Klärung,
- c) unzureichende Sachverhaltsaufklärung oder
- d) sonstige Ungewissheiten im Sachverhalt.

**4.5** Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nur für einen Teil einer Gesundheitsstörung gegeben, so ist zu prüfen, ob für den verbleibenden Teil der Gesundheitsstörung die Voraussetzungen für eine Kann-Versorgung vorliegen.

Die vorstehende Fassung der Regelung Teil C 4 VMG wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt. Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Der neue Abschnitt 4 fasst die Regelungen der bisherigen Nummer 4 von Teil C der VMG zusammen.“*

**Teil C 4 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:****„Teil C: 4. Kannversorgung**

- a. Abweichend von den oben erläuterten Grundsätzen kann nach § 1 Abs. 3 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) eine Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht (Kannversorgung). Eine gleichlautende Bestimmung enthalten auch alle weiteren Gesetze des sozialen Entschädigungsrechts.
- b. Folgende medizinische Voraussetzungen müssen erfüllt sein:
- aa) Über die Ätiologie und Pathogenese des Leidens darf keine durch Forschung und Erfahrung genügend gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Auffassung herrschen. Eine von der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung abweichende persönliche Ansicht einer sachverständigen Person erfüllt nicht den Tatbestand einer Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft.
  - bb) Wegen mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen darf die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen oder Schädigungsfolgen für die Entstehung und den Verlauf des Leidens nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können. Ein ursächlicher Einfluss der im Einzelfall vorliegenden Umstände muss in den wissenschaftlichen Arbeitshypothesen als theoretisch begründet in Erwägung gezogen werden. Ist die ursächliche Bedeutung bestimmter Einflüsse trotz mangelnder Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese wissenschaftlich nicht umstritten, so muss gutachterlich beurteilt werden, ob der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist.
  - cc) Zwischen der Einwirkung der wissenschaftlich in ihrer ursächlichen Bedeutung umstrittenen Umstände und der Manifestation des Leidens oder der Verschlimmerung des Krankheitsbildes muss eine zeitliche Verbindung gewahrt sein, die mit den allgemeinen Erfahrungen über biologische Verläufe und den in den wissenschaftlichen Theorien vertretenen Auffassungen über Art und Wesen des Leidens in Einklang steht.
- c. Ungewissheiten im Sachverhalt, die von der Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft über die Ursachen des Leidens unabhängig sind, rechtfertigen die Anwendung der Kannvorschrift nicht; dies ist insbesondere der Fall, wenn rechtserhebliche Zweifel über den Zeitpunkt des Leidensbeginns bestehen, weil die geltend gemachten Erstsymptome mehrdeutig sind, oder wenn das Leiden diagnostisch nicht ausreichend geklärt ist.

- d. Ist bei einem Leiden eine Kannversorgung generell in Betracht zu ziehen, muss trotzdem anhand des Sachverhaltes des Einzelfalles stets zuerst geprüft werden, ob der ursächliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit zu beurteilen ist. Lässt sich dabei die Frage des ursächlichen Zusammenhangs bereits in ihrer Gesamtheit entscheiden, so entfällt eine Kannversorgung. Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nur für einen Teil des Gesamtleidens gegeben, so ist zu prüfen, ob für den verbleibenden Teil des Leidens die Voraussetzungen für eine Kannversorgung erfüllt sind.*
- e. Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einem als Schädigungsfolge anerkannten Leiden und einem neuen Leiden nicht gegeben, weil über die Ursache des neuen Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, so ist eine Kannversorgung nur dann gerechtfertigt, wenn das als Ursache in Betracht kommende Leiden aus heutiger Sicht zu Recht anerkannt worden ist. Das heißt bei der Überprüfung der früheren Entscheidung müsste unter Berücksichtigung jeweils neuester medizinischer Erkenntnisse das anerkannte Leiden erneut als Schädigungsfolge anerkannt werden. Kommt bei einem Leiden, für das bereits teilweise eine Versorgung als Rechtsanspruch besteht, über diesen Anteil hinaus eine Kannversorgung in Betracht, so kann diese nur gewährt werden, wenn der als Schädigungsfolge anerkannte Teil des Leidens, der als mögliche Ursache für eine weitergehende Versorgung erörtert wird, zu Recht anerkannt worden ist, oder wenn für den als Schädigungsfolge anerkannten Teil des Leidens die Voraussetzungen für eine Kannversorgung erfüllt sind.*
- f. Kann die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen oder von zu Recht als Schädigungsfolge anerkannten Leiden für die Verschlimmerung eines schädigungsunabhängig entstandenen Leidens wegen der insoweit in der medizinischen Wissenschaft bestehenden Ungewissheit nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, so sind bei der Bemessung des Verschlimmerungsanteils das Ausmaß des Vorschadens, die Art des Leidens, die ihm innewohnende Entwicklungstendenz und der weitere Leidensverlauf zu berücksichtigen. Bei klar abgrenzbaren Verschlimmerungsanteilen ist der GdS in der auch sonst üblichen Weise zu bilden; bei späteren, erneut abgrenzbaren (z. B. schubartigen) Verschlechterungen des Leidens ist dann zu prüfen, ob diese nun mehr mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können (z. B. nach langem, schubfreiem Intervall oder bei Einwirkung von neuen, in ihrer ursächlichen Bedeutung bekannten Faktoren). Bei nicht klar abgrenzbaren Verschlimmerungen - wenn also die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen auch für den weiteren Verlauf nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann (z. B. bei chronischprogredienten Verlaufsformen) - kann je*

*nach Ausmaß des Vorschadens und der hieraus ableitbaren Entwicklungstendenz des Leidens ein Bruchteil des jeweiligen Gesamtleidens oder auch der gesamte Leidenszustand in die Kannversorgung einbezogen werden.“*

### **Weitere Anmerkungen:**

Die VMG i.d.F. ab 18.12.2019 lassen **§ 1 Abs 3 Satz 2 BVG** außer Betracht, der weiter gilt und normiert:

„Wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewißheit besteht, **kann mit Zustimmung des Bundesministeriums** für Arbeit und Soziales die Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung **anerkannt werden; die Zustimmung kann allgemein erteilt werden.“**

Dazu hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Dezember **2008** zunächst verlauten lassen, dass sich auch mit in Krafttreten der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 die allgemeine Zustimmung des BMAS nach § 1 Absatz 3 Satz 2 BVG weiterhin nach dem Rundschreiben des BMA vom 12. Dezember 1996 - Aktenzeichen VI 5 - 554270 - 2 richtet.

In dem Rundschreiben des BMA vom 12. Dezember 1996 - Aktenzeichen VI 5 - 554270 - wurde die allgemeine Zustimmung zur Anerkennung zu diversen Gesundheitsstörungen (nämlich Arteriosklerotische Komplikationen, Endangiitis obliterans, Sarkoidose, Multiple Sklerose, Amyotrophische Lateralsklerose, Spastische Spinalparalyse, Spinale progressive Muskelatrophie, Syringomyelie, Progressive Muskeldystrophie, Malignome, Neoplasien der Hämatopoese, Myelodysplastische Syndrome, Chronische Polyarthritiden, Spondylarthritiden, Reiter-Krankheit, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis - Colitis ulcerosa) sowie Schizophrene Psychosen) unter im einzelnen aufgeführten Voraussetzungen erteilt.

Es verbleiben im Wesentlichen folgende weitere Krankheiten, für die eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen war (, die dann jedoch der nach dem BVG vorgesehenen Zustimmung im Einzelfall bedurfte):

Myasthenie (Nr. 65 AHP), Idiopathische Polyneuropathie (Nr. 67 AHP), Periphlebitis retinae (Nr. 81 AHP), Hörsturz (Nr. 86 AHP), Meniere-Krankheit Nr. 86 AHP), Panarteriitis nodosa, andere Immunangiopathien (Nr. 93 AHP), Infrarenales Bauchortenaneurysma (Nr. 94 AHP), Primäre dilatative Kardiomyopathie (Nr. 100 AHP), Autoimmungastritis (Nr. 106 AHP), MALT-Lymphom (Nr. 106 AHP), Autoimmunhepatitis (Nr. 108 AHP), Primäre biliäre Zirrhose (Nr. 108 AHP), Primäre sklerosierende Cholangitis (Nr. 108 AHP), Primär chronische Glomerulonephritis (Nr. 111 AHP), Diabetes mellitus [Typ I] (Nr. 120 AHP), Hautkrankheiten (Nr. 123 AHP), Aseptische Knochen- und Knorpelnekrosen (Nr. 132 AHP), Kollagenosen

(Nr. 140 AHP), Vaskulitiden (Nr. 140 AHP), Schäden durch ionisierende Strahlen (Nr. 143 AHP).

Mit Rundschreiben Soziale Entschädigung vom **7.11.2016** - Va - 2 -55070 - 2 - hat der BMAS die 1996 erteilte allgemeine Zustimmung aufgehoben:

**„Anerkennung nach § 1 Absatz 3 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz;  
Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung  
VI 5 - 55470 vom 12. Dezember 1996**

*Mein Rundschreiben vom 12. Dezember 1996, AZ VI 5 55470 wird mit sofortiger Wirkung vollständig und ersatzlos aufgehoben.*

*Begründung:*

*Gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) kann eine Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht („Kannversorgung“). Die Zustimmung des BMAS kann allgemein erteilt werden. Dies ist für die Anerkennung im Sinne der Entstehung für einige Fallkonstellationen mit dem o.g. Rundschreiben geschehen.*

*Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim BMAS empfahl in seiner Sitzung vom 11. Mai 2016, das o.g. Rundschreiben wegen der nicht mehr gegebenen Aktualität der medizinisch wissenschaftlichen Inhalte vollständig aufzuheben. Die Begutachungskriterien zu den im Rundschreiben genannten Erkrankungen seien veraltet und die Gutachterinnen/Gutachter seien ohnehin verpflichtet, evidenzbasierte Kriterien anzuwenden, so dass das Rundschreiben nicht mehr zur Anwendung kommen könne.*

*Auf meine Abfrage vom 23. Juni 2016 bei den Ländern zur aktuell noch bestehenden Anwendungsbreite des Rundschreibens wurde lediglich ein Anwendungsfall in einem Bundesland in den vergangenen drei Kalenderjahren gemeldet. Einwände seitens der Länder gegen die Aufhebung des Rundschreibens wurden nicht geltend gemacht.*

*Demnach wird das Rundschreiben nunmehr wegen überalterter medizinischer Inhalte aufgehoben. Das hat folgende Konsequenzen:*

*Künftig ist im Rahmen der Begutachtung auf Grundlage evidenzbasierten medizinischen Wissens und unter Anwendung von Teil C der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu prüfen, ob die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs vorliegt. Wenn dabei in einem Einzelfall diese Wahrscheinlichkeit deswegen verneint werden muss, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, ist der Einzelfall dem BMAS mit der Bitte um*



*Entscheidung gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 BVG vorzulegen. Von einer durch das BMAS generell erteilten Zustimmung für einzelne Fallkonstellationen kann künftig nicht mehr ausgegangen werden.“*

Seitdem ist entsprechend dem letzten Absatz des Rundschreibens vom 7.11.2016 zu verfahren. Die verweigerte Zustimmung des BMAS kann im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung inzidenter überprüft und bei Rechtswidrigkeit ersetzt werden. Siehe dazu das Urteil des BSG vom 12.12.1969 - 8 RV 469/67 -: „Zwar kann nach § 89 Abs. 2 BVG aF bzw. § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG nF Versorgung nur mit Zustimmung des BMA gewährt werden. Die Zustimmung der Beigeladenen zur Gewährung einer Kannversorgung soll lediglich eine einheitliche Handhabung des § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG sicherstellen. Sie ist also ein verwaltungsinterner Vorgang. Im sozialgerichtlichen Verfahren kann der Kläger demnach nur die Versagung durch das Versorgungsamt des Landes angreifen, weil allein diese ihm gegenüber eine rechtliche Regelung darstellt. Im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle muß zugleich die Versagung der Zustimmung, an die das beklagte Land gebunden ist, auf ihre Rechtmäßigkeit geprüft werden. Kommt das Gericht zu dem Ergebnis, die Ablehnung des begehrten Verwaltungsaktes und der Zustimmung sei rechtswidrig, und ist die Sache spruchreif, so verurteilt es die Behörde, die den Verwaltungsakt zu erlassen hat, im vorliegenden Fall also das beklagte Land.“

**Beirat:** Beirat vom 26. Oktober 1988: „Kausalitätsbeurteilung bei der Crohn Krankheit“, Beirat vom 31. Oktober 1989: „Richtlinien zur Kannversorgung unter Berücksichtigung der 21. versorgungsmedizinischen Fortbildungstagung über Begutachtungsfragen“, Beirat vom 31. Oktober 1989: „Nachweis der Erstsymptome im Rahmen der Kannversorgung“  
 Beirat vom 10. November 1992: „Richtlinien zur Anerkennung nach § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG im Sinne der Verschlimmerung“, Beirat vom 18. November 1996: „Kannversorgung bei in der Nr. 39 der „Anhaltspunkte“ nicht genannten Leiden“

**Rechtsprechung:**

LSG NW, Urteil vom 29.01.2002 - L 6 V 63/97 -:

Voraussetzungen zur Anerkennung einer Morbus-Crohn-Krankheit als Wehrdienstbeschädigungsfolge

Bayerisches LSG - Urteil vom 05.04.2005 - L 15 VJ 3/02 -:

Bis heute existiert keine hinreichend gesicherte Lehrmeinung zur Ätiologie und Pathogenese des Landau-Kleffner-Syndroms. Ebenso wenig gibt es Erkenntnisse über einen generellen Zusammenhang zwischen Impfungen (speziell gegen Masern, Röteln, Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Poliomyelitis) und dem Landau-Kleffner-Syndrom. Dessen Anerkennung als Impfschaden scheidet damit unter allen rechtlichen Gesichtspunkten aus.

**Anmerkung:**

LSG NRW Beschluss vom 30.03.2009 - L 6 VJ 41/08 -:

Wenn die Anhaltspunkte einen zeitlichen Zusammenhang zwischen einer Schädigung und dem Auftreten von Multiple Sklerose (MS) auch noch bis zu 8 Monaten nach der Schädigung annehmen, so gilt dies ausdrücklich nur für das Auftreten einer MS nach körperlichen Belastungen oder Witterungseinflüssen, die geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen, Krankheiten, bei denen eine toxische Schädigung oder eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt und Elektrotraumen. Für den Fall, dass eine Impfreaktion als ursächlich für das Auftreten einer MS in Betracht kommt, fordern auch die Anhaltspunkte eine enge zeitliche Verbindung. Eine Kannversorgung kommt auch nicht in Betracht; denn es fehlt auch an einer medizinischen Lehrmeinung, die einen Ursachenzusammenhang zwischen einer Tetanusimpfung und dem Auftreten einer MS über vier Monate nach der Impfung) annimmt.

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.12.2012 - L 6 VJ 1702/12 -:

Voraussetzung für eine Kann-Versorgung ist, dass über die Ätiologie und Pathogenese des als Schädigungsfolge geltend gemachten Leidens keine durch Forschung und Erfahrung genügend gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Auffassung herrscht und dementsprechend die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen für die Entstehung oder den Verlauf des Leidens nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann. In diesen Fällen ist Kann-Versorgung zu gewähren, wenn ein ursächlicher Einfluss des geltend gemachten schädigenden Tatbestandes in den wissenschaftlichen Arbeitshypothesen als theoretisch begründet in Erwägung gezogen wird. Dabei reicht die allein theoretische Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht aus. Es genügt nicht, wenn ein Arzt oder auch mehrere Ärzte einen Ursachenzusammenhang nur behaupten. Vielmehr ist es erforderlich, dass diese Behauptung medizinisch-biologisch nachvollziehbar begründet und durch wissenschaftliche Fakten, in der Regel statistische Erhebungen untermauert ist. Die Fakten müssen - in Abgrenzung zu den Voraussetzungen der Pflichtversorgung - zwar (noch) nicht so beschaffen sein, dass sie bereits die überwiegende medizinische Fachwelt überzeugen. Die niedrigere Schwelle zur Kann-Versorgung ist daher bereits dann überschritten, wenn die vorgelegte Begründung einschließlich der diese belegenden Fakten mehr als die einfache Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs belegt und damit zumindest einen eingeschränkten Personenkreis der Fachmediziner überzeugt („Mindermeinung“). In seiner ständigen Rechtsprechung hat das BSG diesen Maßstab auf die „gute Möglichkeit“ eingeschränkt.

## **Teil C: 5. Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung und Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung**

### **5.1 Allgemeines**

Bei Vorliegen des ursächlichen Zusammenhangs ist auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft zu beurteilen, ob das schädigende Ereignis zur Entstehung oder zur Verschlimmerung der Gesundheitsstörung geführt hat.

### **5.2 Anerkennung im Sinne der Entstehung**

Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung setzt voraus, dass keine medizinischen Tatsachen festzustellen sind, die rückblickend nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft belegen, dass die Gesundheitsstörung zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Ereignisses bereits bestand.

### **5.3 Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung**

Wenn medizinische Tatsachen festzustellen sind, die rückblickend nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft belegen, dass die Gesundheitsstörung zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Ereignisses bereits - auch unbemerkt - bestand, kommt nur eine Anerkennung der Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung in Betracht. Eine solche Anerkennung setzt voraus, dass das schädigende Ereignis dazu führt,

- a) dass der Zeitpunkt vorverlegt wird, an dem die Gesundheitsstörung sonst in Erscheinung getreten wäre, oder
- b) dass die Gesundheitsstörung in stärkerer Ausprägung auftritt, als es sonst zu erwarten wäre.

### **5.4 Zunahme der Ausprägung der Gesundheitsstörung**

Bei jeder weiteren Zunahme der Ausprägung der als Schädigungsfolge anerkannten Gesundheitsstörung ist zu prüfen, ob auch diese Zunahme noch ursächlich auf das schädigende Ereignis zurückzuführen ist. Bei jeder weiteren Zunahme der Ausprägung der Gesundheitsstörung muss der ursächliche Zusammenhang dieser Weiterentwicklung beurteilt werden.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Die Neuformulierung des bisherigen Versorgungsmedizinischen Grundsatzes Nummer 7 in Teil C der VMG verdeutlicht, dass bei der Feststellung der Art der Anerkennung ausschließlich auf die zu beurteilende Schädigungsfolge Bezug genommen wird.*

*Zur Klarstellung kann folgendes Beispiel dienen: Bei vorbestehender Verengung des Wirbelsäulenkanals besteht nach einem Sturz eine komplette Lähmung beider Beine. Falls zuvor keine Schwäche der Muskulatur (Teil-Lähmung) auf Grund der Verengung des Wirbelsäulenkanals bestand, kommt ausschließlich eine Anerkennung im Sinne der Entstehung in Betracht. Falls zuvor eine Teil-Lähmung auf Grund der Verengung des Wirbelsäulenkanals bestand, kommt ausschließlich eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung in Betracht.“*

**Teil C 7 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C: 7. Anerkennung im Sinne der Entstehung und Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung**

- a. *Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Sinne der Entstehung setzt voraus, dass zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges noch kein dieser Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches physisches oder psychisches Geschehen vorhanden war. Dies gilt auch, wenn auf eine Disposition zu der Gesundheitsstörung geschlossen werden kann. Sofern zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges bereits ein einer Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches physisches oder psychisches Geschehen, wenn auch noch nicht bemerkt, vorhanden war, kommt nur eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung in Frage, falls die äußere Einwirkung entweder den Zeitpunkt vorverlegt hat, an dem das Leiden sonst in Erscheinung getreten wäre, oder das Leiden in schwererer Form aufgetreten ist, als es sonst zu erwarten gewesen wäre. Von diesem Begriff der Verschlimmerung ist der Begriff der Verschlimmerung im Sinne einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse zu unterscheiden.*
- b. *Bei weiterer Verschlechterung sowohl im Sinne der Entstehung als auch im Sinne der Verschlimmerung anerkannter Gesundheitsstörungen ist jeweils zu prüfen, ob die Leidenszunahme noch auf eine Schädigung ursächlich zurückzuführen ist.*
- c. *Bei der ärztlichen Begutachtung muss abgewogen werden, ob nur die eigengesetzliche Entwicklung eines Leidens vorliegt oder ob dienstliche oder außerdienstliche Einwirkungen als wesentliche Bedingung einen Einfluss auf die Stärke der Krankheitserscheinungen und auf die Schnelligkeit des Fortschreitens hatten.“*

Von Interesse, zumindest im Sinne einer weiteren Erläuterung, ist aber auch Teil C 8 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung:

**„Teil C: 8. Arten der Verschlimmerung**

*Medizinisch gesehen unterscheidet man verschiedene Arten der Verschlimmerung. Ein schädigender Vorgang kann nur vorübergehend zu einer Zunahme des Krankheitswertes und damit zu keiner oder nicht zu einem bleibenden schädigungsbedingten GdS führen; er kann anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen und damit zu einem gleichbleibenden schädigungsbedingten GdS führen, er kann aber auch den weiteren Krankheitsverlauf richtungsgebend bestimmen und damit Anlass zu einem ansteigenden schädigungsbedingten GdS sein. Häufig wird erst nach längerer Beobachtung des Verlaufs zu beurteilen sein, wie weit der Einfluss des schädigenden Vorgangs reicht. Das Ausmaß der Verschlimmerung ist für die Festsetzung des GdS von wesentlicher Bedeutung. Hierbei müssen in jedem Fall die durch die Gesundheitsstörung bewirkte Gesamt-GdS sowie der GdS für den Verschlimmerungsanteil durch Schädigungsfolgen und das Ausmaß des Vorschadens angegeben werden. Unabhängig von der medizinischen Beurteilung der Art der Verschlimmerung muss bei jeder weiteren Zunahme des Krankheitswertes der ursächliche Zusammenhang dieser Weiterentwicklung neu beurteilt werden.“*

**Beirat** vom 26. April 1989: „Beurteilung des GdB bei psychischen Störungen“, Beirat vom 12. November 1997: „Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung beim Auftreten eines weiteren Schubes einer multiplen Sklerose während der Heilungsbewährung?“

**Weitere Anmerkung:**

Von dem Begriff der Verschlimmerung ist der Begriff der Verschlimmerung im Sinne einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse zu unterscheiden“: s. dazu (S. 98) Teil A 7 VMG - Wesentliche Änderung der Verhältnisse VMG nebst Anmerkung -.

## **Teil C: 6 Bestimmung des Grades der Schädigungsfolgen**

### **6.1 Vorübergehende Gesundheitsstörungen**

Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind bei der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von bis zu sechs Monaten.

### **6.2 Bereits bestehende Gesundheitsstörungen**

**6.2.1** Vor der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen ist zu prüfen, ob vor dem schädigenden Ereignis bereits eine Teilhabebeeinträchtigung durch eine nicht schädigungsbedingte Gesundheitsstörung (bereits bestehende Gesundheitsstörung) vorlag. Diese Teilhabebeeinträchtigung muss festgestellt werden. Auch für die Gesamtauswirkung der vorhandenen Gesundheitsstörungen ist ein Grad der Behinderung anzugeben. Der Grad der Schädigungsfolgen gibt allein das Ausmaß der Auswirkungen der Schädigungsfolgen wieder.

**6.2.2** Befinden sich die bereits bestehende Gesundheitsstörung und die Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen und beeinflussen sich nicht gegenseitig, hat die bereits bestehende Gesundheitsstörung keine Auswirkung auf den Grad der Schädigungsfolgen.

**6.2.3** Hat die Schädigung eine Gliedmaße oder ein Organ mit bereits bestehender Gesundheitsstörung betroffen, muss der Grad der Schädigungsfolgen niedriger sein als der Grad der Behinderung, der sich aus der nun bestehenden gesamten Gesundheitsstörung ergeben würde. Der Grad der Schädigungsfolgen lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass die Teilhabebeeinträchtigung der bereits bestehenden Gesundheitsstörung vom Grad der Behinderung der gesamten Gesundheitsstörung abgezogen wird. Maßgeblich ist vielmehr, zu welchen zusätzlichen Auswirkungen die Schädigung geführt hat. Wenn jedoch die bereits bestehende Gesundheitsstörung nach ihrem Umfang oder nach ihrer Art keine wesentliche Bedeutung für die gesamte Gesundheitsstörung hat, ist der Grad der Schädigungsfolgen genauso hoch wie der Grad der Behinderung, der sich aus der nun bestehenden gesamten Gesundheitsstörung ergibt.

**6.2.4** Sind durch die bereits bestehende schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung und durch die Schädigungsfolge verschiedene Organe, Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt die bereits bestehende schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung die Auswirkungen der schädigungsbedingten Funktionsstörung, ist der Grad der Schädigungsfolgen höher zu bewerten als bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge.

### **6.3 Veränderung des Grades der Schädigungsfolgen**

**6.3.1** Ein schädigendes Ereignis kann zu einer zeitlich begrenzten Zunahme der Ausprägung einer Gesundheitsstörung führen und damit zu keinem oder nur zeitlich begrenzt zu einem Grad der Schädigungsfolgen.

**6.3.2** Ein schädigendes Ereignis kann anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Verlauf der Gesundheitsstörung beeinflussen und damit zu einem gleichbleibenden Grad der Schädigungsfolgen führen.

**6.3.3** Ein schädigendes Ereignis kann aber auch den weiteren Verlauf der Gesundheitsstörung richtunggebend bestimmen und damit Anlass für einen ansteigenden Grad der Schädigungsfolgen sein.

### **6.4 Nachfolgende Gesundheitsstörung**

Eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigungsfolge eingetreten ist und nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Schädigung steht, wird bei der Bewertung des Grades der Schädigungsfolgen nicht berücksichtigt.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Abschnitt 6 enthält ergänzende Bestimmungen, wie sich bestimmte Gesundheitsstörungen auf den GdS auswirken beziehungsweise auswirken können und wie sie daher im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden müssen.*

*Im Sozialen Entschädigungsrecht können vorübergehende Gesundheitsstörungen oder andauernde Gesundheitsstörungen, die keine messbare Teilhabebeeinträchtigung bedingen, Schädigungsfolge sein. Beispiele dafür sind etwa funktionell bedeutungslose Narben oder der Verlust von Zähnen. Für solche Schädigungsfolgen ist allerdings kein GdS anzunehmen.*

*Abschnitt 6.2 regelt inhaltlich die Materie, die bislang unter Nummer 12 Buchstabe a als sogenannter „Vorschaden“ beschrieben war. Wie bei Abschnitt 6.4 erfolgt in Abschnitt 6.2 eine Abkehr vom Schadensbegriff, da es sich entschädigungsrechtlich in der Sache und rechtssystematisch nicht um einen Schaden im versorgungsrechtlichen Sinn handelt. Entsprechend wird hierfür in der Neufassung dieses Verordnungsteils der Begriff der bereits bestehenden Gesundheitsstörung eingeführt und auf den in der bisherigen Fassung von Teil C verwandten Begriff „Vorschaden“ als Bezeichnung für eine Gesundheitsstörung, die bereits vor Eintritt des schädigenden Vorgangs aufgetreten ist, verzichtet.*

*Die bereits bestehende Gesundheitsstörung ist klar von der primären und sekundären Gesundheitsstörung bzw. von der durch den schädigenden Vorgang entstandenen Schädigung und der Schädigungsfolge abzugrenzen. Wenn sich erst in der ärztlichen Kausalbegutachtung zeigt, dass eine Gesundheitsstörung bereits vor Eintritt des schädigenden Ereignisses vorlag, aber noch nicht diagnostiziert worden war oder Befunde hierzu nicht vorliegen, muss der Gutachter bzw. die Gutachterin dies evidenzbasiert unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischwissenschaftlichen Erkenntnisse nachvollziehbar darlegen. Erst dann kann die durch diese Gesundheitsstörung bedingte, vor Eintritt des schädigenden Ereignisses vorgelegene Teilhabebeeinträchtigung gutachterlich retrospektiv ermittelt und festgestellt werden.*

*Auch auf den Begriff des „Nachschadens“, der in Nummer 12 Buchstabe b der bisherigen VMG verwandt worden war, wurde im neuen Teil C der VMG verzichtet. Grund dafür ist, dass dieser Begriff missverständlich ist, da es sich in der Sache ebenfalls nicht um einen Schaden im entschädigungsrechtlichen Sinn handelt, sondern um eine schädigungsunabhängige, hinzukommende Gesundheitsstörung. Daher führt Abschnitt 6.4 hierfür den neuen Begriff der „nachfolgenden Gesundheitsstörung“ ein und ersetzt damit den Begriff des „Nachschadens“.*

**Teil C 12 Buchstaben a und b VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lauteten:**

**„Teil C: 12. Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden**

a. *Ein Vorschaden ist eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei Eintritt der Schädigung bereits nachweisbar bestanden hat. Beim Vorliegen eines Vorschadens ist bei der Bemessung des schädigungsbedingten GdS Folgendes zu beachten:*

*aa) Wenn sich Vorschaden und Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen befinden und sich gegenseitig nicht beeinflussen, so ist der Vorschaden ohne Bedeutung.*

*bb) Hat die Schädigung eine vorgeschädigte Gliedmaße oder ein vorgeschädigtes Organ betroffen, muss der schädigungsbedingte GdS niedriger sein als der GdS, der sich aus dem nun bestehenden Gesamtschaden ergibt, es sei denn, dass der Vorschaden nach seinem Umfang oder nach seiner Art keine wesentliche Bedeutung für die gesamte Gesundheitsstörung hat. Der schädigungsbedingte GdS lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass der GdS des Vorschadens rein rechnerisch von dem GdS des Gesamtschadens abgezogen wird; maßgeblich ist, zu welchem zusätzlichen anatomischen und funktionellen Verlust die Schädigung geführt hat.*



*cc) Sind durch Vorschaden und Schädigungsfolge verschiedene Organe oder Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt der Vorschaden die schädigungsbedingte Funktionsstörung, so ist der schädigungsbedingte GdS unter Umständen höher zu bewerten, als es bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge zu geschehen hätte.*

- b. *Ein Nachschaden ist eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigung eingetreten ist und nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Schädigung steht. Eine solche Gesundheitsstörung kann bei der Feststellung des GdS nach § 30 Absatz 1 Bundesversorgungsgesetz nicht berücksichtigt werden, auch dann nicht, wenn sie zusammen mit Schädigungsfolgen zu besonderen Auswirkungen führt, bei denen die Schädigungsfolgen eine gleichwertige oder überwiegende Bedeutung haben.“*

#### **Weitere Anmerkung:**

Die ursprüngliche Regelung der Nr. 47 AHP gab deutlich mehr Hinweise zur Behandlung von Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden (s. dazu (S. 430) Anmerkung zu Teil C 12 a.F. - Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden).

### **Teil C: 7 Folgeschaden**

Tritt nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung ein und kommt der Schädigung oder deren Folgen für die Entstehung dieser Gesundheitsstörung eine mindestens gleichwertige Bedeutung gegenüber der Gesamtheit der anderen Ursachen zu, handelt es sich um einen Folgeschaden. Dieser ist bei der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen zu berücksichtigen. In diesem Falle ist stets zu prüfen, ob die anerkannte Schädigungsfolge auch gemäß dem gegenwärtig aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannt würde.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Da der sogenannte Folgeschaden, der bislang (auch in seiner besonderen Gestalt des sogenannten Spätschadens) in Nummer 12 Buchstabe c in Teil C der VMG geregelt war, systematisch ein Schaden im versorgungsrechtlichen Sinne ist, wurde der Begriff des „Folgeschadens“ aus der bisherigen Regelung übernommen.*

*Schädigungsfolgen können unmittelbar verursacht worden sein. Das ist dann anzunehmen, wenn die Gesundheitsstörung direkt durch die gesundheitliche Schädigung verursacht wurde. Schädigungsfolgen können aber auch mittelbar verursacht worden sein, wenn eine weitere Gesundheitsstörung erst durch eine schädigungsbedingte Gesundheitsstörung verursacht wurde.*

*Erfolgt bei einer bereits anerkannten Schädigungsfolge eine erneute Begutachtung zur Feststellung von Folgeschäden, so ist die Prüfung erforderlich, ob die ursprüngliche Anerkennung auch gemäß dem zum Zeitpunkt der erneuten Begutachtung aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gerechtfertigt gewesen wäre. Grund dafür ist, dass sich hieraus Rechtsfolgen ergeben können, insbesondere im Hinblick auf Ansprüche, die über die bisher erbrachten Leistungen hinausgehen. Das gilt nicht im Fall des Todes durch eine anerkannte Schädigungsfolge (siehe neuen Abschnitt 10 in Teil C der VMG).“*

**Teil C 12 Buchstabe c VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C: 12. .... Folgeschaden**

*c. Wenn demgegenüber nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung eintritt, bei der - vor allem nach ihrer Art - wahrscheinlich ist, dass die Schädigung oder deren Folgen bei der Entstehung dieser Gesundheitsstörung wesentlich mitgewirkt haben, so handelt es sich um einen Folgeschaden, der eine weitere Schädigungsfolge darstellt und daher mit seinem gesamtem GdS zu berücksichtigen ist. Wenn ein solcher Folgeschaden erst viele Jahre nach der Schädigung in Erscheinung tritt, spricht man auch von einem Spätschaden.“*

**Weitere Anmerkung:**

Die ursprüngliche Regelung der Nr. 47 AHP gab deutlich mehr Hinweise zur Behandlung von Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden (s. dazu (S. 430) Anmerkung zu Teil C 12 a.F. - Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden).

**Teil C: 8 Folgen von medizinischen Maßnahmen**

Haben diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die wegen Schädigungsfolgen durchgeführt werden, nachteilige gesundheitliche Folgen, so sind auch diese gesundheitlichen Folgen Schädigungsfolgen. Auch das Unterlassen einer medizinisch gebotenen Maßnahme kann zu einer gesundheitlichen Schädigung und damit zu einer Schädigungsfolge führen.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt

*„Der neue Abschnitt 8 fasst die Regelungen der bisherigen Nummern 9 und 10 von Teil C zusammen.“*

**Teil C 9 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C 9. Fehlen einer fachgerechten Behandlung**

*Gesundheitsstörungen, bei deren Auftreten schädigende Einwirkungen nicht mitgewirkt haben, können in ihrem Verlauf in einen ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen kommen, wenn durch dienst- oder haft-eigentümliche Verhältnisse oder Schädigungsfolgen eine fachgerechte und wahrscheinlich erfolgreiche Behandlung nicht oder zu spät durchgeführt wird.“*

**Teil C 10 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C 10. Folgen von diagnostischen Eingriffen, vorbeugenden und therapeutischen Maßnahmen**

*Die Folgen von diagnostischen Eingriffen, Operationen oder anderen Behandlungsmaßnahmen, die wegen Schädigungsfolgen durchgeführt werden, sind Schädigungsfolgen.*

*Wenn derartige Maßnahmen wegen schädigungsunabhängiger Gesundheitsstörungen vorgenommen werden, kommt eine Annahme nachteiliger Folgen als Schädigungsfolge in Betracht, wenn*

- aa) eine Duldungspflicht von Maßnahmen zur Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bestand,*
- bb) die Behandlung auf den Dienst oder die dem Dienst (oder einer Haft) eigentümlichen Verhältnisse zurückzuführen war.*

*Für die Annahme nachteiliger gesundheitlicher Folgen einer Behandlung sind in jedem Fall ein Ursachenzusammenhang zwischen der Behandlung und einer gesundheitlichen Schädigung sowie die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen dieser Schädigung und ihren gesundheitlichen Folgen erforderlich. Der Dienst oder dienst-(bzw. haft-)eigentümliche Verhältnisse sind dann nicht wesentliche Bedingung für nachteilige gesundheitliche Folgen einer Behandlung, wenn andere Umstände eine überwiegende Bedeutung erlangt haben. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn eine Behandlung wegen eines tatsächlich oder vermeintlich lebensbedrohlichen Zustands durchgeführt wurde und nachteilige gesundheitliche Folgen nicht auf eine unsachgemäße Behandlung zurückzuführen sind. Der Umstand, dass eine Behandlung in einem Lazarett bzw. Bundeswehrkrankenhaus vorgenommen wurde, bietet allein noch keinen Grund, weitere Folgen der*

*Krankheit als Schädigung bzw. Schädigungsfolgen anzusehen. Nachteilige gesundheitliche Folgen sind solche, die außerhalb des mit der Behandlung angestrebten Heilerfolges liegen. Die Unterlassung einer gebotenen Maßnahme steht hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen ihrer Vornahme gleich.*

### **Sachverständigenbeirat:**

Beirat vom 06. November 1984: „Zur Frage einer Wehrdienstbeschädigung infolge **unzureichender Diagnostik und Behandlung**“

Beirat vom 13. November 1991: „Frage der **vitalen Indikation** im Sinne des Operationserlasses“

Beirat vom 24. November 1993: „Beurteilung von **nachteiligen Folgen einer ärztlichen Behandlung** von Soldaten als WDB - OP-Erlass“

Beirat vom 24. November 1993: „**Operationserlass** und Kannversorgung“

### **Rechtsprechung:**

LSG NW, Urteil vom 19.12.2001, L 10 VS 42/98:

„Als Ausgleich für den Zwang, sich **truppenärztlicher Behandlung** zu unterziehen, reicht es für den versorgungsrechtlichen Schutz gegen die Risiken einer solchen Behandlung aus, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei freier Arztwahl die konkret eingetretene Schädigung in dieser Form nicht eingetreten wäre, das Krankheitsgeschehen damit keinen unabänderlichen, schicksalhaften Verlauf genommen hat.“

Dazu das Revisionsurteil:

BSG, Urteil vom 25.03.2004 - B 9 VS 1/02 R:

Sinn und Zweck des **Versorgungsschutzes bei truppenärztlicher Behandlung** erfordern ein erweitertes Verständnis des Schädigungsbegriffs. Es sollen grundsätzlich alle Risiken abgedeckt werden, die sich bei freier Arztwahl hätten vermeiden lassen. Zu fordern ist allerdings, dass ein anderer Arzt (mit anderer Behandlungsmethode) wahrscheinlich einen besseren Heilerfolg erzielt hätte.

LSG NRW, Urteil vom 22.05.2001 - L 6 VS 8/00:

Die Folgen einer verfehlten stationären Behandlung einer Gesundheitsstörung sind keine - mittelbaren - Schädigungsfolgen, wenn der Beklagte die behandelten **Gesundheitsstörungen irrtümlich als Schädigungsfolge** angesehen - aber nicht anerkannt - und die Kosten der Behandlung in einem Versorgungskrankenhaus übernommen hat. Allein die irrtümliche Annahme des Beklagten reicht für die zu fordernde wesentliche sachliche Verknüpfung nicht aus. Das BSG hat die gegen dieses Urteil des LSG NRW gerichtete Revision als unzulässig verworfen, da der Revisionsführer dieses nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffen hat (BSG, Urteil vom 24.07.2002 - B 9 VS 5/01 R).

## **Teil C: 9 Absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörungen**

Eine von der antragstellenden Person absichtlich herbeigeführte Schädigung führt entschädigungsrechtlich nicht zu einer Schädigungsfolge. Eine Selbsttötung, die Folgen eines Selbsttötungsversuchs oder eine absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörung können nur dann Schädigungsfolge sein, wenn eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch entschädigungsrechtlich geschützte Tatbestände wahrscheinlich ist.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Die bislang in Teil C Nummer 6 der VMG verankerte Regelung zu absichtlich herbeigeführten Gesundheitsstörungen wird inhaltsgleich in den neuen Abschnitt 9 überführt.“*

**Teil C 11 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

### **„Teil C: 6. Absichtlich herbeigeführte Schädigungen**

*Eine von der beschädigten Person absichtlich herbeigeführte Schädigung gilt nicht als Schädigung im Sinne der Versorgungsgesetze. Absichtlich herbeigeführt ist sie dann, wenn sie von der beschädigten Person erstrebt war. Selbsttötung und die Folgen eines Selbsttötungsversuches oder einer Selbstverletzung sind nicht absichtlich herbeigeführt, wenn eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch versorgungsrechtlich geschützte Tatbestände wahrscheinlich ist.“*

### **Weitere Anmerkung:**

Zur Selbsttötung bzw. zum Selbsttötungsversuch auch Nr. 74 AHP und die dortigen Anmerkungen.

## **Teil C: 10 Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod**

10.1 Hat eine als Schädigungsfolge anerkannte Gesundheitsstörung den Tod verursacht und liegt zum Zeitpunkt des Todes eine Anerkennung der Gesundheitsstörung vor, gilt der Tod als Schädigungsfolge. Eine erneute Begutachtung der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges ist nicht erforderlich, es sei denn, die bisherige Anerkennung ist aus heutiger Sicht zweifelsfrei unrichtig.

10.2 Stirbt eine geschädigte Person an einer im Sinne der Verschlimmerung anerkannten Gesundheitsstörung, so gilt der Tod als Schädigungsfolge, wenn die schädigungsbedingte Verschlimmerung für den Tod ursächlich gewesen ist.

10.3 Haben mehrere Gesundheitsstörungen zum Tod beigetragen und sind nicht alle diese Gesundheitsstörungen auch Schädigungsfolgen, ist zu prüfen, ob die Schädigungsfolgen eine mindestens gleichwertige Bedeutung für den Eintritt des Todes hatten. In diesem Fall gilt der Tod als Schädigungsfolge.

10.4 In Ausnahmefällen kann bei der Prüfung nach 10.2 auch der Zeitpunkt des Todes eine wichtige Rolle spielen, wenn neben den Schädigungsfolgen eine schwere, schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung vorgelegen hat, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ohne die Schädigungsfolgen noch nicht zu diesem Zeitpunkt, jedoch in absehbarer Zeit für sich allein zum Tode geführt hätte. In diesem Fall gilt der Tod als Schädigungsfolge, wenn die geschädigte Person ohne die Schädigungsfolgen wahrscheinlich mindestens ein Jahr länger gelebt hätte als mit den Schädigungsfolgen.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (SozERG) vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50) mit Geltung ab 19.12.2019 eingeführt.

Die Bundesregierung hat dazu im „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ (Deutscher Bundestag Drucksache 19/13824) ausgeführt:

*„Der neue Abschnitt 10 fasst die Regelungen der bisherigen Nummer 11 von Teil C der VMG zusammen.“*

**Teil C 11 VMG in der bis zum 18.12.2019 geltenden Fassung lautete:**

**„Teil C: 11. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod**

*a. Der Tod ist die Folge einer Schädigung, wenn er durch sie verursacht worden ist.*

- b. *Wenn eine beschädigte Person an einem Leiden stirbt, das als Folge einer Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war, das heißt, wenn die anerkannte Gesundheitsstörung den Tod verursacht hat, gilt der Tod stets als Schädigungsfolge (Rechtsvermutung). Diese Rechtsvermutung erlaubt es, im Gutachten die Stellungnahme auf die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tod und anerkannter Schädigungsfolge zu beschränken. Eine nochmalige Stellungnahme zur Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Dienst und anerkannter Schädigungsfolge erübrigt sich daher, es sei denn, dass Umstände bekannt werden, die auf eine zweifelsfreie Unrichtigkeit des bisherigen Anerkenntnisses hinweisen.*
- c. *Stirbt eine beschädigte Person an einem im Sinne der Verschlimmerung anerkannten Leiden, so trifft die Rechtsvermutung zu, wenn die schädigungsbedingte Verschlimmerung für den Tod ursächlich gewesen ist. Ob dies der Fall war, bedarf einer Prüfung unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles und unter Wertung der mitwirkenden, nicht schädigungsbedingten Umstände. Die Höhe des für den Verschlimmerungsanteil anerkannten GdS gibt dabei nicht den Ausschlag, vielmehr sind die tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Todes für die Beurteilung maßgebend.*
- d. *Haben zum Tod mehrere Leiden beigetragen, die nicht alle Schädigungsfolgen sind, dann ist unter Anwendung des versorgungsrechtlichen Ursachenbegriffs zu prüfen, ob die Schädigungsfolgen zumindest eine annähernd gleichwertige Bedeutung für den Eintritt des Todes hatten. In seltenen Fällen kann bei dieser Beurteilung auch der Zeitpunkt des Todes eine wichtige Rolle spielen, und zwar dann, wenn neben den Schädigungsfolgen ein schweres schädigungsunabhängiges Leiden vorgelegen hat, das nach ärztlicher Erfahrung ohne die Schädigungsfolgen noch nicht zu diesem Zeitpunkt, jedoch in einem späteren Stadium in absehbarer Zeit für sich allein zum Tode geführt hätte. In einem solchen Fall ist der Tod dann als Schädigungsfolge anzusehen, wenn die beschädigte Person ohne die Schädigungsfolgen wahrscheinlich mindestens ein Jahr länger gelebt hätte. Der ärztlichen Beurteilung sind hierbei Grenzen gesetzt; eine besonders sorgfältige Abwägung aller Umstände ist geboten.*
- e. *Eine aus dienstlichen Gründen oder wegen Schädigungsfolgen unterbliebene rechtzeitige oder richtige Behandlung kann Ursache des Todes sein.*
- f. *Häufig kann der ursächliche Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod ohne Leichenöffnung nicht zutreffend beurteilt werden.“*

### Weitere Anmerkungen:

Zu Teil C 10.1 und 10.2 VMG: Eine zweifelsfreie Unrichtigkeit der bisherigen Anerkennung einer Gesundheitsstörung ist nach den Regelungen des § 45 SGB X festzustellen (s. dazu (S. 122) Anmerkung zu Teil A 7 VMG - Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakte -).

Zum „Ursachenbegriff“ in Teil C 10 wird auf Teil C 10.3 VMG und Nr. 36 AHP verwiesen.

#### **„Nr. 36 AHP 2008 - Ursachenbegriff**

- (1) Der versorgungsrechtliche Ursachenbegriff ist nicht identisch mit dem medizinischen. Der Gutachter muss die unterschiedliche Begriffsbestimmung kennen und beachten, damit er sein Gutachten entsprechend formuliert und eine unrichtige Auslegung verhindert.*
- (2) Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze ist die Bedingung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, sind sie versorgungsrechtlich nur dann nebeneinander stehende Mitursachen (und wie Ursachen zu werten), wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind. Kommt einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, ist dieser Umstand allein Ursache im Sinne des Versorgungsrechts.*

*Die Ursache braucht nicht zeitlich eng begrenzt zu sein. Es können auch dauernde oder wiederkehrende kleinere äußere Einwirkungen in ihrer Gesamtheit eine Gesundheitsstörung verursachen.*

*Gelegenheits-„Ursachen“, letzter Anstoß, Anlass sind begrifflich keine wesentlichen Bedingungen. Eine „Gelegenheitsursache“ kann nur dann angenommen werden, wenn der Gesundheitsschaden mit Wahrscheinlichkeit auch ohne das angeschuldigte Ereignis durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd derselben Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß eingetreten wäre. So wird bei konstitutionsbedingten Leiden oft ein unwesentlicher äußerer Anlass vom Antragsteller als Ursache verantwortlich gemacht, z.B. Heben von leichten Gegenständen für das Auftreten von Hernien. In solchen Fällen hat die äußere Einwirkung bei der Entstehung der Krankheit nicht wesentlich mitgeholfen, sondern sie hat nur innerhalb einer bereits bestehenden Störung einem besonders charakteristischen Krankheitssymptom zum Durchbruch verholfen. Das Wort „Auslösung“ ist bei der Erörterung zu vermeiden, der Begriff ist zu unbestimmt. Bei der Beurteilung ist klarzustellen, welcher der zur Diskussion stehenden ätiologischen Faktoren die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Erfolges und damit Ursache im versorgungsrechtlichen Sinne ist.*



*(3) Der Ursachenbegriff spielt eine Rolle bei der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen schädigendem Vorgang und Gesundheitsstörung oder Tod, des besonderen beruflichen Betroffenseins, der Hilflosigkeit, der Voraussetzungen für den Pauschbetrag für den Kleider- oder Wäscheverschleiß sowie im Bereich der Kriegspferfürsorge und der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen.“*

Eine aus dienstlichen Gründen oder wegen Schädigungsfolgen unterbliebene rechtzeitige oder richtige Behandlung kann Ursache des Todes sein (s.o. (S. 422) Teil C 11 e VMG a.F.). Hinsichtlich einer „unterbliebenen rechtzeitigen oder richtigen Behandlung“ wir auf Teil C 10.8 VMG (Folgen von medizinischen Maßnahmen) und Nr. 44 AHP („Nr. 44 AHP 2008 - Fehlen einer fachgerechten Behandlung: (1) Gesundheitsstörungen, bei deren Auftreten schädigende Einwirkungen nicht mitgewirkt haben, können in ihrem Verlauf in einen ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen kommen, wenn durch dienst- oder hafteigentümliche Verhältnisse oder Schädigungsfolgen eine fachgerechte und wahrscheinlich erfolgreiche Behandlung nicht oder zu spät durchgeführt wird. (2) Der Gutachter muss über die therapeutischen Maßnahmen, ihre Wirkungen und Erfolge, die Heilungswahrscheinlichkeit, die Überlebenszeit informiert sein, um ein Urteil über die Wahrscheinlichkeit eines andersgearteten Verlaufes abgeben zu können.“) Bezug genommen.

### **Rechtsprechung:**

Bayerisches LSG, Urteil vom 03.02.2009 - L 15 V 15/07 -:

Auch wenn aufgrund permanent vorhandener Stumpfbeschwerden keine Möglichkeit besteht, mit ausgleichender Bewegungsintensität Risikofaktoren wie Übergewicht, Hochdruck und Diabetes mellitus zu beeinflussen, bestehen sowohl bei einer koronaren Herzerkrankung als auch bei einem Bluthochdruck zahlreiche weitere beeinflussbare und nicht beeinflussbare Risikofaktoren, so dass die körperliche Inaktivität nur eine von vielen Faktoren für die Entwicklung dieser Erkrankungen ist. Deshalb kann nicht mit Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die koronare Herzerkrankung des verstorbenen Versorgungsberechtigten ohne die Schädigungsfolgen einen wesentlich anderen Verlauf genommen hätte.

**Teil C: 11. mit Wirkung zum 19.12.2019 gestrichen**

**Teil C: 12. mit Wirkung zum 19.12.2019 gestrichen**

(Art. 26 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019)

(Gestrichen wurde: „Teil C: 11. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod“ – **nun Teil C: 10** und „Teil C: 12. Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden“)

Die ursprüngliche Regelung der **Nr. 47 AHP** gab deutlich mehr Hinweise zur Behandlung von Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden:

**„Nr. 47 AHP 2008 Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden**

*(1) Ein Vorschaden ist eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei Eintritt der Schädigung bereits nachweisbar bestanden hat. Beim Vorliegen eines Vorschadens ist bei der Bemessung der schädigungsbedingten MdE folgendes zu beachten:*

*a) Wenn sich Vorschaden und Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen befinden und sich gegenseitig nicht beeinflussen, so ist der Vorschaden ohne Bedeutung.*

*Beispiel:*

*Vorschaden: Verlust eines Auges; MdE 30 v.H.,  
Schädigungsfolge: Leberzirrhose mit einer MdE um 80 v.H.  
Die MdE für den Augenverlust bleibt unberücksichtigt;  
MdE durch Schädigungsfolge 80 v.H.*

*b) Hat die Schädigung eine vorgeschädigte Gliedmaße oder ein vorgeschädigtes Organ betroffen, muss die schädigungsbedingte MdE niedriger sein als die MdE, die sich aus dem nun bestehenden Gesamtschaden ergibt, es sei denn, dass der Vorschaden nach seinem Umfang oder nach seiner Art keine wesentliche Bedeutung für die gesamte Gesundheitsstörung hat. Die schädigungsbedingte MdE lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass die MdE des Vorschadens rein rechnerisch von der MdE des Gesamtschadens abgezogen wird; maßgeblich ist, zu welchem zusätzlichen anatomischen und funktionellen Verlust die Schädigung geführt hat.*

*Beispiele:*

*aa) Vorschaden: Verlust des rechten Unterschenkels; MdE 50 v.H.  
Schädigungsfolge: Verlust des rechten Beines im Oberschenkel.  
MdE nunmehr 70 v.H.  
MdE durch Schädigungsfolge 40 v.H.*

*bb) Vorschaden: Rippenfellschwarte mit einer MdE um 20 v.H.  
Schädigungsfolge: Ausgedehnte kavernöse Lungentuberkulose mit einer MdE um 100 v.H.  
Der Vorschaden ist nach Art und Umfang in der Relation zur Schädigungsfolge ohne wesentliche Bedeutung;  
MdE durch Schädigungsfolge 100 v.H. „*

**Anmerkung:** Siehe dazu auch Beirat vom 18. März 1993: „Beurteilung der MdE beim Zusammentreffen von Vorschaden und Schädigungsfolgen“

c) Sind durch Vorschaden und Schädigungsfolge verschiedene Organe oder Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt der Vorschaden die schädigungsbedingte Funktionsstörung, so ist die schädigungsbedingte MdE unter Umständen höher zu bewerten, als es bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge zu geschehen hätte.

Beispiele:

aa) Vorschaden: Versteifung des rechten Ellenbogengelenkes; MdE 40 v.H.  
Schädigungsfolge: Verlust der linken Hand.

MdE für den Verlust der Hand an sich 50 v.H.;

wegen des Vorschadens MdE durch Schädigungsfolge 60 v.H.

bb) Vorschaden: Mittelgradige Schwerhörigkeit links; MdE 10 v.H.

Schädigungsfolge: Taubheit rechts

MdE für die Taubheit rechts an sich 20 v.H.;

wegen des Vorschadens MdE durch Schädigungsfolge 30 v.H.

(2) Ein Nachschaden ist eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigung eingetreten ist und nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Schädigung steht. Eine solche Gesundheitsstörung kann bei der Feststellung der MdE nach § 30 Absatz 1 BVG - anders als bei der Beurteilung des besonderen beruflichen Betroffenseins (siehe Nr. 48 Absatz 1) und der Voraussetzungen für die Pflegezulage (siehe Nummer 50 Absatz 3 <nunmehr Teil C 13 Buchst. b VMG>) - nicht berücksichtigt werden, auch dann nicht, wenn sie zusammen mit Schädigungsfolgen zu besonderen Auswirkungen führt, bei denen die Schädigungsfolgen eine gleichwertige oder überwiegende Bedeutung haben.

Beispiel:

Verlust des rechten Auges durch Verwundung; Verlust des linken Auges später schädigungsunabhängig.

**Anmerkung:** Siehe dazu auch Beirat vom 24. April 1985: „Abgrenzung von Folgeschäden und Nachschäden; Bedeutung der besonderen Auswirkungen in der Nr. 47 Abs. 2 der Anhaltspunkte“

(3) Wenn demgegenüber nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung eintritt, bei der - vor allem nach ihrer Art - wahrscheinlich ist, dass die Schädigung oder deren Folgen bei der Entstehung dieser Gesundheitsstörung wesentlich mitgewirkt haben (siehe Nummer 36), so handelt es sich um einen Folgeschaden, der eine weitere Schädigungsfolge darstellt und daher mit seiner gesamten MdE zu berücksichtigen ist. Wenn ein solcher Folgeschaden erst viele Jahre nach der Schädigung in Erscheinung tritt, spricht man auch von einem Spätschaden.

Beispiele:

Cor pulmonale bei sekundärem Lungenemphysem nach Schwartenbildung der Lunge. Amyloidose nach chronischer Osteomyelitis. Kniegelenksarthrose nach in Fehlstellung verheilte Unterschenkelfraktur. Herzinsuffizienz nach langjährigem Bestehen eines Herzklappenfehlers.

### **Teil C: 13. Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen**

- a) Pflegezulage wird bewilligt, solange Beschädigte infolge der Schädigung so hilflos sind, dass sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.
- b) Die Hilflosigkeit muss durch die Folgen der Schädigung verursacht sein. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie ausschließlich oder überwiegend auf eine Schädigungsfolge zurückzuführen ist. Es genügt, dass für den Eintritt der Hilflosigkeit - oder auch für eine Erhöhung des Pflegebedürfnisses - die Schädigungsfolge eine annähernd gleichwertige Bedeutung gegenüber anderen Gesundheitsstörungen hat.
- c) Die Pflegezulage wird in sechs Stufen bewilligt. Für dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege sind die Stufen II bis VI vorgesehen.
- d) Ein dauerndes außergewöhnliches Pflegebedürfnis liegt vor, wenn der Aufwand an Pflege etwa in gleichem Umfang wie bei dauerndem Krankenlager einer beschädigten Person notwendig ist. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass man das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
- e) Bei Doppelamputierten ohne weitere Gesundheitsstörungen - ausgenommen Doppel-Unterschenkelamputierten - ist im allgemeinen eine Pflegezulage nach Stufe I angemessen, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um paarige oder nichtpaarige Gliedverluste (Oberarm, Unterarm, ganze Hand, Oberschenkel, Unterschenkel, ganzer Fuß) handelt. Sofern nicht besondere Umstände eine höhere Einstufung rechtfertigen sind folgende Stufen der Pflegezulage angemessen:
  - 1. Bei Verlust beider Beine im Oberschenkel: Stufe II
  - 2. Bei Verlust beider Hände oder Unterarme: Stufe III
  - 3. Bei Verlust beider Arme im Oberarm oder dreier Gliedmaßen: Stufe IV.
- f) Die Pflegezulage nach Stufe V kommt in Betracht, wenn ein außergewöhnlicher Leidenszustand vorliegt und die Pflege besonders hohe Aufwendungen erfordert. Dies trifft immer zu bei
  - 1. Querschnittgelähmten mit Blasen- und Mastdarmlähmung,
  - 2. Hirnbeschädigten mit schweren psychischen und physischen Störungen,
  - 3. Ohnhändern mit Verlust beider Beine im Oberschenkel,

4. blinden Doppel-Oberschenkelamputierten,
  5. Blinden mit völligem Verlust einer oberen und einer unteren Gliedmaße.
- g) Besonders schwer betroffene Beschädigte erhalten eine Pflegezulage nach Stufe VI. Es handelt sich dabei um
1. Blinde mit völligem Gehörverlust,
  2. blinde Ohnhänder,
  3. Beschädigte mit Verlust beider Arme im Oberarm und beider Beine im Oberschenkel,
  4. Beschädigte, bei denen neben einem Leidenszustand, der bereits die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe V rechtfertigt, noch eine weitere Gesundheitsstörung vorliegt, die das Pflegebedürfnis wesentlich erhöht (z. B. erhebliche Gebrauchsbehinderung beider Arme bei vollständiger Lähmung beider Beine mit Blasen- und Mastdarmlähmung), sowie
  5. andere Beschädigte, deren außergewöhnlicher Leidenszustand und deren Pflegebedürfnis denen der vorgenannten Beschädigten vergleichbar sind.
- h) Bei Säuglingen und Kleinkindern ist - auch hinsichtlich der Pflegezulagestufe - nur der Teil der Hilflosigkeit zu berücksichtigen, der den Umfang des Hilfsbedürfnisses eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet.
- i) Erwerbsunfähige Hirnbeschädigte erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I, wenn die Hirnbeschädigung allein die Erwerbsunfähigkeit bedingt. Ob bei erwerbsunfähigen Hirnbeschädigten eine höhere Pflegezulage als Stufe I in Betracht kommt, ist im Einzelfall nach den Auswirkungen der Krankheitserscheinungen zu entscheiden. Der Grad der psychischen Störungen und die Art und Häufigkeit von Anfällen sind dabei besonders zu berücksichtigen.
- j) Bei Beschädigten mit schweren geistigen oder seelischen Störungen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen (z. B. erethische Kinder), sind die Voraussetzungen für eine Pflegezulage mindestens nach Stufe III gegeben.
- k) Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Treten bei Blinden weitere Gesundheitsstörungen, vor allem Störungen der Ausgleichsfunktion hinzu, die unter Beachtung von Buchstabe b bei der gebotenen Gesamtbetrachtung das Pflegebedürfnis über den tatsächlichen Bedarf der Stufe III hinaus erhöhen, so ist die Pflegezulage nach Stufe IV zu bewilligen, wenn nicht nach Buchstabe f oder g die Pflegezulage nach Stufe V oder VI zusteht. Hochgradig Sehbehinderte erfüllen grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe I.

**Anmerkung:** Zur Hilflosigkeit siehe (S. 60) Teil A 4 VMG – Hilflosigkeit nebst Anmerkungen. (C 13 entfällt mit Wirkung zum Jahr 2022 - Art. 27 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019)

## Teil D: Merkzeichen

### **Vorbemerkung zu Teil D - Merkzeichen**

#### **I. Entwicklung der Rechtsgrundlagen:**

1. Mit Inkrafttreten der VMG kam die Frage auf, ob dem Verordnungsgeber hinsichtlich des Teils D VMG die Normsetzungsbefugnis zusteht. Dagegen sprach, dass die Rechtsgrundlage für die Feststellung von Nachteilsausgleichen (bis zum 31.12.2017 durchgehend § 69 Abs. 4 SGB IX: „Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.“) allein auf § 69 Abs. 1 SGB IX (in der bis zum 14.01.2015 geltenden Fassung) und damit ausschließlich auf das schwerbehindertenrechtliche Feststellungsverfahren und die Maßstäbe des BVG zur Beurteilung der Hilflosigkeit verwies (Dau in jurisPR-SozR 4/2009 Anm. 4).

In der Rechtsprechung wurde diese Frage zunächst offengelassen bzw. mit der Begründung dahingestellt, dass die VMG die Bewertungsgrundsätze zu den Merkzeichen aus den bis zum 31.12.2008 geltenden AHP übernommen haben und dass damit weiterhin eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB möglich sei (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 14.08.2009 - L 8 SB 1691/08 -).

Nachfolgend hat aber u.a. das LSG Baden-Württemberg ausdrücklich festgestellt, dass nach seiner Auffassung die Regelungen der VMG zum Merkzeichen „aG“ (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.07.2010 - L 8 SB 3119/08 - und Beschluss vom 02.10.2012 - L 8 SB 1914/10 -) sowie zum Merkzeichen „G“ (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.09.2014 - L 8 SB 5215/13 -) mangels ausreichender Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig und unwirksam sind. Rechtliche Konsequenzen hatte dies allerdings auch nicht. Denn unabhängig davon galten die rechtlichen Grundlagen für die Nachteilsausgleiche wie z.B. die §§ 145 und 146 SGB IX a.F. (Merkzeichen „G“ und „B“), § 6 Straßenverkehrsgesetz i.V.m der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 Straßenverkehrsordnung (Merkzeichen „aG“), § 33b Abs. 2 Buchst. b EStG (Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit) weiter und wurde in der Feststellungspraxis auch die dazu ergangene Rechtsprechung, die letztlich in die Formulierung des Teils D VMG eingeflossen ist, weiter herangezogen (so dann im Ergebnis auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.07.2010 a.a.O. und Beschluss vom 02.10.2012 a.a.O.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.10.2013 - L 10 SB 154/12 -, abweichend nunmehr LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.09.2014 - L 8 SB 5215/13 -, das hinsichtlich des Merkzeichens „G“ die

Vorgaben der VMG als unbeachtlich erachtet (s. (§. 438) dazu auch Anmerkung zu Teil D 1 - Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr <Merkzeichen G>)).

2. Schließlich wurde mit Artikel 1a des Gesetzes zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG (SozGivG) vom 07.01.2015 (BGBl. 2015 II S. 15) mit Wirkung ab 15.01.2015 eine **Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch** beschlossen, die eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage beinhalten und damit Zweifel auszuräumen soll, ob die derzeitige Ermächtigungsgrundlage für die Versorgungsmedizin-Verordnung in § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes auch Regelungen abdeckt, die sich auf die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen beziehen (so Plenarprotokoll 18/66 Deutscher Bundestag vom 13.11.2014):

a. *§ 69 Absatz 1 Satz 5 (Anmerkung: „Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung gelten entsprechend.“) wird aufgehoben.*

b. *§ 70 wird wie folgt geändert:*

a) *Der bisherige Text wird zu Absatz 1.*

b) *Es wird folgender Absatz 2 angefügt: „(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind.“*

c. *Dem § 159 wird folgender Absatz 7 angefügt:*

*„(7) Soweit noch keine Verordnung nach § 70 Absatz 2 erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.“*

Die Amtliche Begründung (Bt-Drs. 18/3190 S. 5) dazu lautet:

*Zu Nummer 1: Folgeänderung zum neuen § 70 Absatz 2 SGB IX.*

*Zu Nummer 2: Es sind Zweifel aufgetreten, inwieweit die derzeitige Ermächtigungsgrundlage für die Versorgungsmedizin-Verordnung in § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes auch Regelungen abdeckt, die sich auf die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung beziehen. Um diese Zweifel auszuräumen, wird eine ausdrückliche Ermächti-*

*gungsgrundlage auch im SGB IX verankert. Da mit kann die Versorgungsmedizinverordnung künftig auf beide Ermächtigungsnormen gestützt werden.*

*Zu Nummer 3: Der neue § 159 Absatz 7 SGB IX stellt sicher, dass in der Übergangszeit das derzeitige Recht weiter Anwendung findet, soweit eine Neuregelung in der Versorgungsmedizinverordnung noch nicht getroffen ist.*

3. Nunmehr hat die Rechtsprechung diese Vorgaben übernommen und dazu ausgeführt, dass der Gesetzgeber mit der o.a. Übergangsregelung des § 159 Abs. 7 SGB IX ab dem 15.01.2015 wirksam und mit hinreichend bestimmtem Gesetzeswortlaut eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Feststellung des Nachteilsausgleichs „aG“ geschaffen habe. Da diese Rechtsgrundlage jedoch keine Rückwirkung entfalte, sondern erst ab dem Inkrafttreten am 15.01.2015 wirksam sei, sei für die Zeit bis zum 14.01.2015 auf die von der Rechtsprechung für die Feststellung - hier des Nachteilsausgleichs „aG“ - entwickelten Kriterien abzustellen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.05.2015 - L 8 SB 70/13 -).

## **II. Derzeitige Rechtslage:**

1. Für Sachverhalte bis zum 31.12.2008 gelten die Vorgaben der AHP.
2. Für die Zeit vom 01.01.2009 bis zum 14.01.2015 ist auf die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (s.o.) abzustellen, die indes in den AHP / VMG geregelten Kriterien weitgehend entsprechen.
3. Für Sachverhalte ab 15.01.2015 gelten die Vorgaben der VMG.  
Anzumerken ist nochmals, dass die Frage nach der jeweils heranzuziehenden Rechtsgrundlage dogmatischer Natur ist; Auswirkungen auf die Feststellungspraxis hat dies nicht.
4. Durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23.12.2016, BGBl. I S. 3234, wurde mit Wirkung ab 30.12.2016:
  - dem § 146 SGB IX der Absatz 3 angefügt, der nunmehr die gesetzlichen Grundlagen des Nachteilsausgleichs „aG“ (s. dazu (S. 475) die Anmerkung zu Teil D 3 VMG - Außergewöhnliche Gehbehinderung) enthält (Art. 2 Nr. 13 BTHG)  
und
  - gleichzeitig bestimmt, dass Teil D Nr. 3 VMG (s. dazu die Anmerkung zu Teil D 3 VMG - Außergewöhnliche Gehbehinderung) aufgehoben wird (Art. 18 Abs. 4 BTHG).
  - Zudem wurde das Merkzeichen „TBl“ (s. (S. 534) „Anmerkung zum Merkzeichen TBl (Taubblind)“) eingeführt.



5. Mit Wirkung zum 01.01.2018 (s. S. 557) wurden u.v.a.

§ 70 Abs. 2 SGB IX zu § 153 Abs. 2 SGB IX,

§ 146 SGB IX zu § 229 SGB IX,

§ 159 Abs. 7 SGB IX zu § 241 Abs. 5 SGB IX.

6. **Mithin:**

Die Rechtslage scheint hinsichtlich der Nachteilsausgleiche konfus bzw. zumindest unübersichtlich. Es ist nicht begreiflich, aus welchen Gründen der Gesetzgeber nicht in der Lage ist, die rechtlichen Grundlagen zusammenfassend übersichtlich zu regeln.

## **Teil D: 1. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)**

- a) Nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist zu beurteilen, ob ein behinderter Mensch infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Hilflose und Gehörlose haben stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- b) In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein - d. h. altersunabhängig von nicht behinderten Menschen - noch zu Fuß zurückgelegt werden. Als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne gilt eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.
- c) Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- d) Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüftgelenks, Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung

entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen.

- e) Bei hirnorganischen Anfällen ist die Beurteilung von der Art und Häufigkeit der Anfälle sowie von der Tageszeit des Auftretens abhängig. Im Allgemeinen ist auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit erst ab einer mittleren Anfallshäufigkeit mit einem GdS von wenigstens 70 zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten. Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks.
- f) Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen. Bei Hörbehinderungen ist die Annahme solcher Störungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt. Bei geistig behinderten Menschen sind entsprechende Störungen der Orientierungsfähigkeit vorauszusetzen, wenn die behinderten Menschen sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in den meisten Fällen zu bejahen. Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht.

1. Das SchwbG in der Fassung vom 01.10.1979 bis zum 31.03.1984 enthielt die gesetzliche Vermutung, dass Schwerbehinderte, die in ihrer Erwerbsfähigkeit (heute GdB) nicht nur vorübergehend um wenigstens 80 % gemindert waren, regelhaft auch in ihrer Bewegungsfähigkeit im

Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt waren. Diese gesetzliche Vermutung wurde zu Lasten all dieser behinderten Menschen durch das Haushaltsbegleitgesetz vom 22.12.1983 beendet. Die Mitteilung über diese Änderung der Rechtslage stellte keinen Verwaltungsakt dar, eine Anhörung konnte entfallen (BSG, Urteile vom 24.04.1985 - 9a RVs 11/84 - und 9a RVs 13/85); der Nachteilsausgleich entfiel kraft Gesetzes.

Seit 01.04.1984 ist damit bei schwerbehinderten Menschen **im Einzelfall zu prüfen**, ob eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr auch objektiv vorliegt. Dies ist nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB IX (bis zum 31.12.2017 § 146 SGB IX, zuvor ( § 59 Abs. 1 SchwbG) der Fall, wenn der behinderte Mensch infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit, nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

2. Nach dem Wortlaut des § 228 Abs. 1 Satz SGB IX (bis zum 31.12.2017 § 145 Abs. 1 SGB IX haben **nur schwerbehinderte Menschen**, also Behinderte mit einem Gesamt-GdB von mindestens 50 (vgl. § 2 Abs. 2 SGB IX), Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (so auch schon BSG, Urteile vom 11.11.1987 - 9a RVs 6/86 - und vom 13.07.1988 - 9/9a RVs 14/87 -). Die VMG selbst, die in Teil D 1 d unter bestimmten Umständen eine erhebliche Gehbehinderung auch bei sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 40 vorsehen, können hingegen weder einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung noch auf Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ begründen. Erst recht kann ein behinderter Mensch mit einem Gesamt-GdB von unter 50, auch wenn er tatsächlich gehbehindert ist, daraus keinen Anspruch auf Feststellung des Nachteilsausgleichs herleiten (a.A. siehe 2. Voraufgabe). Die AHP enthalten nämlich lediglich die Vorgaben, unter denen die **gesundheitlichen** Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich erfüllt sind. Davon zu unterscheiden ist die Frage, unter welchen **rechtlichen** Voraussetzungen (also die Schwerbehinderteneigenschaft) entsprechende Feststellungen zu treffen sind.
3. Nach Teil D 1 a Satz 2 VMG haben **Hilflose** und **Gehörlose** stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr. Bei diesen Personen wird jedoch der Nachteilsausgleich „G“ nicht im Ausweis vermerkt, es sei denn, sie haben unabhängig von ihrer Hilflosig- oder Gehörlosigkeit auch Anspruch auf „G“.

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

Gehörlos sind nicht nur Hörbehinderte, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sondern auch Hörbehinderte mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen. Das sind in der Regel Hörbehinderte, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist (s. Teil D 4 VMG (S. 507)).

An **Taubheit grenzende Schwerhörigkeit** im Sinne von Teil D 4 VMG - Gehörlosigkeit (Merkzeichen GI) liegt vor, wenn der Hörverlust beiderseits mindestens 80 % beträgt (siehe Tabelle D in Teil B 5.2.4 VMG (S. 205)). Die hier zusätzlich geforderten schweren **Sprachstörungen** können nicht nur bei angeborener oder in der Kindheit erworbener an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit, sondern z.B. auch bei Kehlkopf- und Kehlkopfteilverlust (vgl. Teil B 7.8 VMG (S. 218)), Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten (Teil B 7.6 VMG (S. 216)) und schweren Stottererkrankungen (Teil B 7.11 VMG (S. 220)) vorliegen. Bei Taubheit dagegen müssen zusätzliche schwere Sprachstörungen nicht vorliegen. Auch ist nicht zwischen (Geburts-)Gehörlosen und Spätertaubten zu unterscheiden.

Zum Nachteilsausgleich „G“ bei Taubheit siehe ansonsten unten Anmerkung Nr. 9 (S. 450) Urteil vom 10.12.2002 - B 9 SB 7/01 R -.

Im Rahmen der Erörterungen über die Einbeziehung der Gehörlosen in die Sondergruppe der im Nahverkehr unentgeltlich zu Befördernden wurde auch geprüft, ob nicht auch andere Personen einzubeziehen zu seien, die den Gehörlosen im Hinblick auf ihren außergewöhnlichen Mobilitätsbedarf ggf. gleichgestellt werden könnten. Der SVB hat keine Möglichkeit gesehen, für solche Personen - in Betracht gezogen wurden Sprech- und Sprachgestörte, Krebskranke, psychisch Kranke, Drogen- und Alkoholkranke, Dialysepatienten und Eltern für ihre behinderten Kinder - klare Abgrenzungsregeln zu finden; er hat darauf verwiesen, dass viele der genannten Personen bereits aufgrund ihrer Erkrankungen erheblich in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sein dürften (Beirat vom 06.11.1984: „Abgrenzung eines Personenkreises, der den Gehörlosen im Hinblick auf deren außergewöhnlichen Mobilitätsbedarf infolge Kommunikationsstörungen gleichgestellt werden kann“).

#### 4. „Ortsübliche Wegstrecken“

Welche gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erfüllt sein müssen, versuchen die VMG in Teil D 1 Buchst. b bis f zu erläutern.

Das BSG (Urteil vom 10.12.1987 - 9a RVs 11/87 -) hat zunächst auf „Wegstrecken im Ortsverkehr, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden können“ abgestellt und diese als **Wegstrecken von 2 km Länge bei einer Gehdauer von etwa einer halben Stunde** definiert. Dabei hat das BSG darauf hingewiesen, dass besondere Verhältnisse am jeweiligen Ort des einzelnen schwerbehinderten Menschen keine Berücksichtigung finden (so auch LSG Berlin, Urteil vom 04.09.1990 - L 13 Vs 63/88 -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.04.2015 - L 13 SB 210/12 -). Entscheidend sei vielmehr eine ebenerdige Wegstrecke von 2 km unter normalen Witterungsbedingungen. Es komme auch nicht darauf an, ob der behinderte Mensch im Bereich einer Haltestelle des öffentlichen Nahverkehrs, im Stadtzentrum oder weit außerhalb wohne (BSG a.a.O.).

Hinsichtlich des Zeitfaktors sei zu berücksichtigen, dass ein gesunder Mensch fünf bis sechs km pro Stunde zurücklegen könne. Zu den Vergleichspersonen gehörten aber auch langsam Gehende, die noch nicht so erheblich behindert seien, wie die Schwerbehinderten, denen das Recht auf unentgeltliche Beförderung zukomme. Damit sei insgesamt eine „übliche“ Gehzeit von etwa 30 Min für 2.000 m anzusetzen. Bei einer darüber liegenden Gehzeit komme der Nachteilsausgleich „G“ in Betracht (BSG a.a.O.).

Diese Rechtsprechung haben die AHP in Nr. 30 Abs. 2 bzw. die VMG in Teil D 1 b übernommen.

In der Praxis bereitet die wortgetreue Umsetzung der „2-km-Regelung“ allerdings erhebliche Probleme. Ob nämlich jemand 2 km in 30 Minuten zurücklegen kann, lässt sich gutachterlich meist nur schwerlich begründen. Ob tatsächlich derartige Wegstrecken zurückgelegt werden können, hängt zudem auch von dem Trainingszustand und dem Willen der Betroffenen, die den Nachteilsausgleich begehren, ab. Des Weiteren ist offen geblieben, um welche Zeit die übliche Wegzeit von 30 Minuten überschritten werden muss, um eine erhebliche Gehbehinderung festzustellen. So hat z.B. das LSG NRW (Urteil vom 09.05.1995 - L 6 Vs 121/93 -) nachfolgend angenommen, dass derjenige, der statt „etwa 30 Minuten“ „ca. 40 Minuten“ benötigt, allenfalls ein wenig gehbehindert sei. Eine fast noch im Rahmen der Schwankungsbreite liegende, derart

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

geringe Abweichung von der Norm vermöge schon nach dem Wortsinn den Begriff der „erheblichen“ Gehbehinderung nicht auszufüllen.

Das BSG (Urteil vom 13.08.1997 - 9 RVs 1/96 -) ist dann auch davon abgewichen, eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr von der konkreten Frage abhängig zu machen, welche Wegstrecken zu Fuß zurückgelegt werden können. Diese Rechtsprechung ist zu begrüßen; denn das BSG hat zutreffend erkannt, dass die Feststellung des Nachteilsausgleiches „G“ z.B. nicht von der Einschätzung des begutachtenden Arztes abhängig gemacht werden kann. In diesem Zusammenhang hat der SVB ergänzend die Auffassung vertreten, dass Gehtests, bei denen der Sachverständige mit dem Probanden versuche, eine bestimmte Wegstrecke zu Fuß zurückzulegen, zur Beurteilung des Nachteilsausgleichs ebenfalls völlig ungeeignet seien (so dann auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteile vom 14.12.2004 - L 13 SB 44/04 - und vom 21.10.2011 - L 13 SB 91/11 -). Es sei auch nicht sinnvoll, den behandelnden Arzt dazu zu befragen, ob sein Patient noch in der Lage ist, Wegstrecken von 2000 m in 30 bis 40 Minuten zu Fuß zurückzulegen; sachgerechte Ergebnisse seien hier nicht zu erwarten (Beirat vom 25.04.1990: „Gehleistungstest für die Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr?“).

Als objektive Kriterien zur Abgrenzung des berechtigten vom nicht berechtigten Personenkreis sind deshalb am ehesten die unter Teil D 1 d ff VMG aufgeführten Regelbeispiele (S. 438) heranzuziehen. Mit deren Hilfe ist der für die Feststellung tatsächlich in Betracht kommende Personenkreis praxisgerecht von den Personen abzugrenzen, die lediglich behaupten, ortsübliche Wegstrecken nicht mehr zu Fuß zurücklegen zu können, oder die aus nicht behinderungsbedingten Gründen (wie z.B. mangelnder Trainingszustand oder fehlender Antrieb) ortsübliche Wegstrecken nicht zurücklegen (so auch BSG, Urteil vom 13.08.1997 - 9 RVs 1/96 -). Von all diesen Faktoren filtern die Regelbeispiele diejenigen heraus, die außer Betracht zu bleiben haben, weil sie die Bewegungsfähigkeit des behinderten Menschen nicht infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens pp, sondern möglicherweise aus anderen Gründen erheblich beeinträchtigen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.01.2014 - L 13 SB 121/11 -). **Entscheidend ist damit, ob ein Regelbeispiel i.S.d. Teils D 1 d ff VMG vorliegt oder ob die vorhandene Behinderung mit einem solchen Regelbeispiel vergleichbar ist** (BSG a.a.O.; LSG NRW, Urteil vom 11.01.2019 - L 21 SB 224/16 -). Liegt kein aufgeführter Regelfall vor, müssen die festgestellten Einschränkungen vergleichbar mit den genannten Regelbeispielen sein (LSG NRW, Urteil vom 11.01.2019 - L 21 SB 224/16 -; a.A. wohl LSG NRW, Urteil vom

25.08.1998 - L 6 SB 122/97 -, das auch bei einer Muskelschwäche der unteren Extremitäten (Myasthenia gravis) mit einem GdB von weniger als 40 die Voraussetzungen für „G“ als erfüllt ansieht). Die Begründungslast für die Vergleichbarkeit steigt, je weiter der gutachterlich festgestellte GdB von den Regelbeispielen entfernt ist. Für eine Vergleichbarkeit trägt der behinderte Mensch die materielle (objektive) Beweislast (LSG NRW, Urteil vom 11.01.2019 - L 21 SB 224/16 -).

Demgegenüber führen die Ausführungen des LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.09.2014 - L 8 SB 5215/13 - nicht weiter, dass die in Teil D Nr. 1 VMG enthaltenen Regelungen zum Merkzeichen „G“ mangels Rechtsgrundlage (Art. 80 GG) unwirksam seien, somit für die Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr allein auf die Tatbestände der §§ 145 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 146 SGB IX (ab 01.01.2018 §§ 228, 229 SGB IX) und damit nur auf die Frage abgestellt werden müsse, ob infolge einer Einschränkung des Gehvermögens die betreffende Person üblicherweise im Ortsverkehr noch zu Fuß zurückgelegte Wegstrecken ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere zurückzulegen vermag. Diese Auffassung greift zu kurz. Es geht nämlich nicht um die Frage der Rechtsgrundlage, das sind die §§ 145 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 146 SGB IX (bzw. ab 01.01.2018 §§ 228, 229 SGB IX). Es geht vielmehr darum, mit welchen Erfahrungssätzen die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Rechtsgrundlage „ausgefüllt“ werden können, das sind die in den VMG enthaltenen Wertungen, wann aufgrund ärztlichen Erfahrungswissens davon ausgegangen werden kann, dass ein behinderter Mensch übliche Wegstrecken nicht mehr zu Fuß zurückgelegt werden kann (so sinngemäß auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.11.2014 - L 13 SB 73/13 -). Die VMG geben in Teil D Nr. 1 d) - f) mithin die Regelfälle an, bei denen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ als erfüllt anzusehen sind und die bei der Beurteilung einer dort nicht erwähnten Behinderung als Vergleichsmaßstab dienen können (eingehend LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.10.2014 - L 11 SB 255/13 - und vom 28.11.2014 a.a.O.); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.10.2013 - L 10 SB 154/12 -; s. nunmehr auch die Anmerkung zu Teil D - Merkzeichen zur Rechtslage ab 15.01.2015, nach der die VMG in vollem Umfang Anwendung finden).

Die konkrete Frage, ob Wegstrecken von 2 km in 30 Minuten zurückgelegt werden können, ist im Übrigen durchaus in ihrem Wortsinn vollends von Bedeutung, wenn eine Kombination von verschiedenartigen Behinderungen vorliegt (z.B. Gesundheitsstörungen auf internistischem und orthopädischem Bereich, siehe dazu unten Anmerkung Nr. 6).



Die „2-Km-Regelung“ ist allerdings weiterhin auch in den VMG als Bewertungsmaßstab aufgeführt. Damit könnte Einiges dafür sprechen, dass ein Anspruch auf Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ auch dann besteht, wenn zwar weder ein Regelbeispiel i.S.d. Teils D 1 d ff VMG vorliegt noch die vorhandene Behinderung mit einem solchen Regelbeispiel vergleichbar ist, der behinderte Mensch aber gleichwohl infolge einer Einschränkung des Gehvermögens nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Allerdings hat das LSG Saarland dazu berechtigt ausgeführt: In dem Fall, in dem ein Sachverständiger einerseits angebe, eine im Ortsverkehr üblicherweise zurückzulegende Wegstrecke von zwei Kilometern in 30 Gehminuten könne nicht bewältigt werden, er aber andererseits die sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 30 beurteilt, sei sein Gutachten nicht schlüssig. Denn die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ seien bei Gesundheitsstörungen der unteren Gliedmaßen, die mit einem GdB von 30 bewertet sind, nicht erfüllt (LSG Saarland, Urteil vom 05.10.2004 - L 5 SB 18/03 -).

## 5. Regelbeispiele

Bei der Prüfung, ob eines der Regelbeispiele nach Teil D 1 d ff VMG bzw. eine vergleichbare Konstellation (nochmals: bereits der Begriff „Regelbeispiele“ - s. dazu o. Ziff. 4 - besagt, dass die Aufzählung der VMG insoweit nicht abschließend ist; s. auch Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 09.12.2014 - L 2 SB 15/13 --; LSG NRW, Urteil vom 11.01.2019 - L 21 SB 224/16 -) vorliegt, ist zu beachten, dass es sich bei Nachteilsausgleichen um selbständige prozessuale Ansprüche handelt, d.h., die Voraussetzungen für die Feststellung des Nachteilsausgleichs sind eigenständig zu prüfen und können nicht aus einem festgestellten Gesamt- oder Einzel-GdB abgeleitet werden. Hat die Verwaltung z.B. in der internen ärztlichen Stellungnahme einen GdB von 40 für eine arterielle Verschlusskrankheit festgestellt, der nach Teils D 1 d VMG die Feststellung von „G“ rechtfertigen würde, so entsteht hieraus nicht automatisch ein Anspruch auf den Nachteilsausgleich Bayerisches LSG, Urteil vom 28.01.1998 - L 18 SB 112/96 -). Im Beispielsfall könnte also die Verwaltung - ohne Beachtung der §§ 45 und 48 SGB X - einen Antrag auf „G“ mit der Begründung ablehnen, der GdB für die arterielle Verschlusskrankheit sei zu hoch angesetzt worden.

Nach Teil D 1 d VMG sind die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „G“ grundsätzlich erfüllt, wenn

***Behinderungen der unteren Gliedmaßen inklusive der Lendenwirbelsäule bestehen, die - unter Berücksichtigung der Grundsätze zur Bildung des Gesamt-GdB (Teil A 3 VMG) - einen GdB von 50 bedingen.***

Danach wäre der Nachteilsausgleich „G“ beispielsweise zu gewähren bei Einzelgraden der Behinderung von 30 für ein Knieleiden, 20 für ein Hüftleiden und 20 für ein Leiden der Lendenwirbelsäule, sofern die Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen zu einem Gesamtausmaß der Beeinträchtigung von 50 führen. Zu beachten ist hierbei, dass viele Sachverständige in die Bewertung sämtliche Wirbelsäulenschäden einbeziehen und damit bei der Frage nach einer erheblichen Gehbehinderung vielfach zu einem zu hohen Gesamt-GdB i.S.d. Teils D 1 VMG gelangen. Bei der Bewertung des Gesamt-GdB für die sich auf die Gehfähigkeiten auswirkenden Gesundheitsstörungen sind jedoch nur die Schäden der Lendenwirbelsäule zu berücksichtigen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.12.2011 - L 13 SB 12/08 -). Der Katalog der Regelfälle ist insoweit abschließend und lässt die Einbeziehung von Gesundheitsstörungen, die nicht unmittelbar zu einer Einschränkung des Gehvermögens führen - wie z.B. ein bei jeder Bewegung äußerst schmerzhaftes Halswirbelsäulensyndrom -, auch nicht im Wege einer Analogbewertung zu (s. dazu auch unten unter „psychisch erkrankte Personen“). Die Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs „G“ sind nach Teils D 1 d VMG auch dann erfüllt,

***wenn bestimmte Behinderungen mit einem GdB von „nur“ 40 vorliegen, die sich auf die Gehfähigkeit ganz besonders auswirken.***

Neben den in Teil D 1 d VMG aufgeführten Beispielen können auch Fußfehlbildungen mit einem GdB von 40 oder Muskel- sowie Nervenerkrankungen der unteren Gliedmaßen mit einem GdB von 40 die geforderten Voraussetzungen erfüllen. Behinderungen, die einen GdB von 40 bedingen, sich jedoch nicht besonders auf die Gehfähigkeit auswirken, reichen allerdings für die Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ nicht aus. Z.B. erfüllen eine Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 30 und eine Erkrankung der Hüftgelenke mit einem Einzel-GdB von 20, die zusammen einen GdB von 40 bedingen, die Voraussetzungen in der Regel nicht.

Nach Nr. 30 Abs. 3 AHP ist der Nachteilsausgleich „G“ **zwingend** zu gewähren, wenn eines der aufgeführten Regelbeispiele vorliegt. Eine darüber hinausgehende Prüfung, ob Wegstrecken von 2 km im Ortsverkehr binnen 30 Minuten zurückgelegt werden können, ist nicht mehr erforderlich. Der Nachteilsausgleich ist also auch dann zu gewähren, wenn

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

der Behinderte tatsächlich in der Lage ist, ortsübliche Wegstrecken zu Fuß zurückzulegen. Dies wird z.B. häufig bei einseitig Unterschenkelamputierten der Fall sein (GdB 50); denn bei gutem Prothesensitz und ausreichendem Trainingszustand sind aufgrund der Fortschritte in der Prothesentechnik mit dieser Behinderung vielfach durchaus ortsübliche Wegstrecken zu Fuß zurückzulegen.

Weitere Regelbeispiele betreffen die **inneren Leiden**.

So ist z.B. eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei Herz- und Atembehinderungen näher bestimmten Ausmaßes festzustellen: Bei **Herzerkrankungen** muss eine Beeinträchtigung der Herzleistung nach Gruppe 3 entsprechend des Teils B 9.1.1 VMG vorliegen. Die Voraussetzungen sind also erfüllt bei Herzerkrankungen, bei denen es bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen mit einer Geschwindigkeit von 3 bis 4 km, beim Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, bei leichter körperlicher Arbeit) zu Beschwerden kommt, und wenn darüber hinaus pathologische Messdaten bei einer Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) auftreten. Dieser Leistungsbeeinträchtigung können die Auswirkungen einer hypohidrotischer ektodermalen Dysplasie (Christ-Siemens-Touraine-Syndrom) vergleichbar sein (Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 09.12.2014 - L 2 SB 15/13 -). Bei **Atembehinderungen** mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion sind die Voraussetzungen erfüllt, wenn eine Einschränkung der Lungenfunktion mindestens mittleren Grades vorliegt (vgl. (S. 225) Teil B 8.3 VMG). Das ist der Fall bei Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung (Voraussetzungen wie bei der Herzerkrankung zuvor) und statischen und dynamischen Messwerten der Lungenfunktionsprüfung, die bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte liegen. Eine vergleichbare Leistungsbeeinträchtigung liegt auch bei einer **Niereninsuffizienz** mit ausgeprägter Anämie (nach Teil 12.1.3 VMG bei einem Hb -Wert unter 8 g/dl) vor.

6. Schwierig zu beurteilen sind die Fälle, in denen das Gehvermögen durch eine **Kombination von verschiedenartigen Gesundheitsstörungen** (z.B. inneren und orthopädischen Leiden) beeinträchtigt wird. Teil D 1 VMG ist nicht dahingehend zu verstehen, dass ein Gesamt-GdB von 50 für eine Kombination z.B. von inneren und orthopädischen Leiden regelmäßig die Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr rechtfertigt. Die Kombination eines Herzleidens mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung (GdB 30) mit einem Kniegelenksleiden (GdB 20) und einem Leiden an der Lendenwirbelsäule (GdB 20) kann zwar ggf. - unter Berücksichtigung der Vorgaben des Teils A 3 VMG - einen Gesamt-GdB von 50 ergeben;

ebenso können sich auch alle drei Gesundheitsstörungen auf die Bewegungsfähigkeit auswirken. Es spricht aber Vieles dafür, dass die Voraussetzungen für eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr dennoch nicht erfüllt sind, weil die Bewegungsfähigkeit auch durch die Kombination aller Leiden nicht in dem geforderten Ausmaß eingeschränkt ist. Wer nämlich z.B. wegen des Lendenwirbelsäulenschadens noch nicht erheblich gehbehindert ist (GdB 30), wird dies in der Regel auch nicht sein, wenn eine mäßige Herzerkrankung die Gehfähigkeit auf eine Wegzeit von einer Stunde beschränkt oder wenn nach derselben Zeit zusätzlich noch Knieprobleme auftreten.

Allerdings ist nicht schematisch zu verfahren, sondern in jedem Einzelfall individuell zu prüfen, ob ortsübliche Wegstrecken noch zu Fuß zurückgelegt werden können. Es kommt stets darauf an, wie sich die Behinderungen auf die Gehfähigkeit auswirken und ob und inwieweit sie sich gegenseitig beeinflussen. So kann - so der SVB - z.B. die Funktionseinschränkung einer unteren Gliedmaße infolge eines größeren Energieaufwandes beim Gehen das Herz-Kreislaufsystem vermehrt belasten. Andererseits gäbe es aber auch Fälle, bei denen sich infolge einer Schädigung einer unteren Extremität eine bestehende Herzleistungsminderung gar nicht zusätzlich auswirke, weil der Betreffende entsprechend langsamer gehe (Beirat vom 25.04.1990: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beim Zusammenreffen von inneren Leiden mit Behinderungen an den unteren Gliedmaßen und / oder an der Lendenwirbelsäule“).

Liegt ein „gegenseitiges Verstärken“ von internistischen und orthopädischen Krankheiten vor, so kann dies den Nachteilsausgleich begründen (Bayerisches LSG, Urteil vom 28.01.1998 - L 18 SB 112/96 -).

Zur Überprüfung des gewonnenen Begutachtungsergebnisses bietet sich wegen der bereits o.a. Schwierigkeiten bei der Vergleichsbetrachtung zu den ausdrücklich genannten Regelfällen die - an sich obsolete - Kontrollfrage an, ob der behinderte Mensch infolge einer Einschränkung des Gehvermögens noch bzw. nicht mehr in der Lage ist, ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere 2 km Wegstrecken im Ortsverkehr innerhalb von 30 Minuten zurückzulegen. Wird diese Frage ebenso wie die Frage, ob ein einem Regelfall gleich zu achtender Zustand vorliegt, einheitlich beantwortet, dürfte das Gesamt-Ergebnis zutreffend sein.

- 7. Hirnorganische Anfälle** (Teil D 1 e VMG) bedingen in der Regel nur dann eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr, wenn eine mittlere Anfallshäufigkeit, die nach Teil B 3.1.2 VMG einen GdB von mindestens 60 bedingt, vorliegt und wenn die Anfälle

überwiegend am Tage auftreten, also nicht nur nachts oder morgens in der ersten Stunde nach dem Erwachen, sondern überwiegend in der Zeit, in der ortsübliche Wegstrecken in der Regel zurückzulegen sind.

Allerdings hat der SVB empfohlen, in Teil D 1e VMG hinter „mittlere Anfallshäufigkeit“ die Worte „mit einem GdS von wenigstens 70“ einzufügen, so dass danach ein GdB von 60 nicht mehr ausreicht (Beirat vom 06.-07.11.2008: „Anfallsleiden“). Der entsprechende Änderungsvorschlag („In Nummer 1 Buchstabe e werden nach dem Wort „Anfallshäufigkeit“ die Wörter „mit einem GdS von wenigstens 70“ eingefügt.“) wurde mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01.03.2010 mit der Begründung umgesetzt: „Nach Teil D Nummer 1 Buchstabe e liegt bei zerebralen Anfallsleiden eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vor, wenn die Anfälle mit mittlerer Häufigkeit und überwiegend am Tag auftreten. Dies bedingt bei richtiger Anwendung von Teil B Nummer 3.1 unter Berücksichtigung der tageszeitlichen Verteilung der Anfälle einen Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 70. Die Textänderung dient der Klarstellung.“

Entsprechendes gilt beim **Diabetes mellitus** (Teil B 15.1 VMG). Damit ist der Nachteilsausgleich „G“ bei häufigen hypoglykämischen Schocks nur dann festzustellen, wenn diese überwiegend am Tage auftreten. Zudem müsste ein GdB von mindestens 60 (bzw. 70) allein wegen des Diabetes (inklusive zusätzlich zu berücksichtigender - häufigeren - Hypoglykämien) vorliegen.

Sowohl hinsichtlich der hirnanorganischen Anfälle als auch des Diabetes mellitus gilt ebenfalls, dass eine Kombination von geringer ausgeprägten Auswirkungen dieser Erkrankungen mit leichten orthopädischen oder internistischen Gesundheitsstörungen nicht ausreichend sein dürfte, den Nachteilsausgleich „G“ zu rechtfertigen. Ein Herzleiden mit nur geringer Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Herzens (GdB 20) und ein Leiden der Kniegelenke (GdB 20) kombiniert mit einem Diabetes mellitus, der nur zu gelegentlichen Hypoglykämien führt (GdB wohl 50), reichen für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „G“ wohl nicht aus, auch wenn hier diese Leiden insgesamt einen GdB von mehr als 50 bedingen können.

8. **Sehbehinderungen** mit einem GdB von 70 bedingen nach Teil D 1 f VMG grundsätzlich den Nachteilsausgleich „G“, auch wenn die Sehschärfe allein den GdB von 70 nicht begründet (ein GdB von 70 wäre z.B. zu vergeben bei einer Sehschärfe rechts von 0,16 und links von 0,05 - s. Teil B 4.3 VMG (S. 188)). Es reicht vielmehr aus, wenn andere Erkrankungen der Augen vorliegen (z.B. Gesichtsfeldeinengungen oder Linsenverluste) und diese alleine oder zusammen mit der Einschränkung der Sehschärfe einen (Gesamt-)GdB von 70 bedingen.

Bei Sehbehinderten mit einem (Gesamt-)GdB von 50 oder 60 für die Sehbehinderung ist der Nachteilsausgleich „G“ nur dann zu gewähren, wenn eine **Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion** vorliegt. Beispielhaft werden hier eine hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits oder eine geistige Behinderung genannt. Nach der Tabelle D in Teil B 5.2.4 VMG ist für eine hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits ein GdB von 50 vorgesehen. Der Nachteilsausgleich „G“ wäre also zu gewähren, wenn ein GdB von 50 für eine Sehbehinderung und ein weiterer GdB von 50 für eine Schwerhörigkeit festzustellen sind. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Kombination einer Sehbehinderung mit einem GdB von 50 mit einer geistigen Behinderung, die ebenfalls einen GdB von 50 bedingt - s. dazu Teil B 3 VMG -, den Nachteilsausgleich „G“ rechtfertigt. Dementsprechend hat auch der SVB eine geistige Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50 als erhebliche Störung der Ausgleichsfunktion angesehen (Beirat vom 04.11.1987: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Gehörlosen“).

9. **Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit** (Teil D 1 e VMG) bedingen dagegen nur **im Kindesalter** eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (siehe aber zur unentgeltlichen Beförderung von Gehörlosen oben Anmerkung Nr. 3), **im Erwachsenenalter** wiederum nur in Verbindung mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion. Bei erwachsenen Gehörlosen wirken sich nämlich die Störungen der Kommunikationsfähigkeit nicht auf ihre Orientierungs- und damit auf ihre Gehfähigkeit aus. Die tiefgreifenden Kommunikationsstörungen, an der Gehörlose typischerweise leiden, erschweren zwar die Ausbildung, weil Wahrnehmung, Erkenntnis und Lernen durch die Sprache vermittelt und gesteuert werden. Für das Zurücklegen von Wegen gilt dies aber nicht im gleichen Umfang, da für die gewöhnlichen und eingeübten Wege, welche nach der allgemeinen Lebenserfahrung die Mehrzahl der zurückzulegenden Wegstrecken ausmachen, eine Kommunikation nur im Ausnahmefall erforderlich ist (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 19.02.2014 - L 7 SB 72/12 -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.11.2014 - L 13 SB 268/10 -). Da die VMG im Zusammenhang mit der Taubheit das Ausmaß der

Störungen der Ausgleichsfunktion nicht wie zuvor bei der Kombination von Sehbehinderungen mit Hörbehinderungen beschreiben, ist davon auszugehen, dass auch hier eine Sehbehinderung bzw. geistige Behinderung mindestens im Ausmaß eines GdB von 50 vorliegen muss. Andernfalls wären die Regelungen in Teil D 1 f VMG nicht kongruent. Taubheit in Kombination mit einer Sehbehinderung mit einem GdB von 40 reicht demnach für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „G“ nicht aus; dies gilt erst recht bei einer Sehbehinderung mit einem GdB von 10 (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 27.09.2018 - L 13 SB 113/15 -). Die gegenteilige Auffassung des SVBs, nach der eine erhebliche Störung der Ausgleichsfunktion bei Gehörlosen vorliegt, wenn die Sehbehinderung einen GdB von wenigstens 30 bedingt (Beirat vom 04.11.1987: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Gehörlosen“), dürfte nach der Neufassung der AHP 1996 dogmatisch nicht haltbar sein (a.A.: Rohr/Strässer zu Nr. 30 Anm. 3.4). Allerdings hat der SVB 2004 an seiner Auffassung festgehalten und ausgeführt, dass bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Erwachsenenalter das gleichzeitige Vorliegen einer Sehbehinderung mit einem GdB von 30 genügt, um eine erhebliche Störung der Ausgleichsfunktion und damit Störung der Orientierungsfähigkeit anzunehmen (Beirat vom 10.11.2004: „Nachteilsausgleich G bei tauben Erwachsenen“). Diese Ausführungen geben zwar zu einer Änderung der diesseitigen rechtlichen Einschätzung (s.o.) keinen Anlass; die Auffassung des SVBs sollte aber bei der Beurteilung der Frage, ob der Nachteilsausgleich „G“ festzustellen ist, schon im Interesse der Betroffenen zu Grunde gelegt werden.

Leiden erwachsene Taube zusätzlich an **Artikulationsstörungen**, führen diese in der Regel nicht zur Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „G“ (differenzierend zur 2. Voraufgabe). Sprachstörungen beeinträchtigen nämlich die Orientierungsfähigkeit des Gehörlosen nicht zusätzlich. So kann, worauf bereits der SVB hingewiesen hat, auch ein Gehörloser mit sehr geringer Entwicklung des Sprachvermögens („Taubstummer“) zum Führen eines Kraftfahrzeugs geeignet sein. Allerdings schließt dies nicht aus, dass im Einzelfall noch andere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die auf andere Weise eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bedingen, wie z.B. Gleichgewichtsstörungen (Beirat vom 04.04.1984: „Störungen der Ausgleichsfunktion bei Taubheit“). Zudem ist zu beachten: wenn dem Gehörlosen eine Kommunikation durch Sprache nicht möglich ist und er sich auch auf andere Weise, z.B. schriftlich oder durch Gesten, nicht hinreichend verständlich machen kann, spricht Vieles dafür, dass zusätzlich zerebrale Störungen bestehen, die dann zusammen mit der Taubheit die ge-

sundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ erfüllen (Beirat vom 30.10.1985: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei beiderseitiger Taubheit“).

Einem **vor Spracherwerb Ertaubten**, der die Gehörlosenschule abgeschlossen und das 16. Lebensjahr vollendet hat, steht im Regelfall kein Anspruch auf die Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ zu, da von ihm erwartet werden kann, dass er sich im Straßenverkehr ohne Gefahren für sich oder andere fortbewegen kann (BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 5/95 -). Anders als in Teil A 5 d eeVMG vorgesehen, sind die Nachteilsausgleiche auch für die Dauer einer späteren Ausbildung nicht mehr zu gewähren (BSG, a.a.O.; BSG, Urteil vom 10.12.2003 - B 9 SB 4/02 R -).

Der früher verwandte Begriff „Gehörlosenschule“ wird dem heutigen, gegliederten und häufig integrativem Schulsystem nicht mehr gerecht. Medizinisch kommt es nicht auf den besuchten Schultyp, sondern auf die Fähigkeit, Ausgleichsfunktionen zu nutzen, an. Dafür sind das Lebensalter und die allgemeine Reife, nicht der besuchte Schultyp entscheidend. Der SVB hat daher 2002 empfohlen, in Nr. 30 Abs. 5 Satz 2 AHP die Worte „Beendigung der Gehörlosenschule“ hinter „... in der Regel bis zum 16. Lebensjahr“ zu streichen. Dies wurde zunächst mit Rundschreiben des BMGS vom 03.11.2003 - Az. 435-65463-5 - (veröffentlicht im Bundearbeitsblatt 12/2003) und dann mit den AHP 2004 umgesetzt (Beirat vom 13.11.2002: „Zum Begriff Gehörlosenschule in Nr. 30 Abs. 5“).

**Wichtig ist:** Die Aufzählung der Funktionsbeeinträchtigungen in § 229 Abs. 1 Satz1 SGB XI (bis 31.12.2017 § 146 SGB IX, zuvor § 59 Abs. 1 SchwbG), nämlich hirnrorganische Anfälle und Störung der Orientierungsfähigkeit, die die Annahme einer erheblichen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr rechtfertigen, ohne dass die Gehfähigkeit tatsächlich betroffen ist, ist **abschließend** (BSG, Beschluss vom 10.05.1994 - 9 BVs 45/93 -).

Als **nicht** in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt gelten **psychisch erkrankte Personen**, deren Leiden nur mit sonstigen Beeinträchtigungen oder Störungen einhergeht, z.B. mit Verstimmungen, Antriebsminderung und Angstzuständen, ohne dass relevante Störungen der Orientierungsfähigkeit bestehen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.04.2015 - L 6 SB 3121/14 -). Diese Beeinträchtigungen sind auch nicht „Anfällen“ gleichzusetzen (dazu insgesamt LSG NRW, Urteil vom 27.08.2008 - L 10 SB 112/04 -; a.A. SG Augsburg, Urteil vom 31.07.2014 - S 8 SB 301/13 - bei einer Angststörung mit Panikattacken). Mit „Anfällen“ sind ausnahmslos hirnrorganische Anfälle, insbesondere epileptische Anfälle, aber auch hypoglykämische Schocks bei



## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

Zuckerkranken erfasst, d.h. Anfälle, die mit Bewusstseinsverlust und Sturzgefahr verbunden sind, nicht aber Antriebsstörungen aufgrund psychischer Leiden. Dementsprechend begründen auch sonstige **phobische Störungen** aufgrund multipler Faktoren und Stressoren (z.B. Geräusche, Stressbelastung am Arbeitsplatz), die zu Angstzuständen und Panikattacken führen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.09.2010 - L 11 SB 77/07 -), ebenso wenig den Nachteilsausgleich „G“ wie eine Zwangs- und Somatisierungsstörung (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 12.10.2011 - L 6 SB 3032/11 -) oder eine affektive Psychose (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 08.05.2013 - L 3 SB 5383/12 -).

Besteht aber eine Einschränkung des Gehvermögens, die auf psychosomatischen Störungen mit gravierenden Ganzkörperschmerzen und massivem Schmerzerleben beruht, so kommt das Merkzeichen „G“ durchaus in Betracht (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.10.2013 - L 10 SB 154/12 -). Gleiches gilt bei psychotisch bedingten Orientierungsstörungen mit Selbstgefährdung (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 27.11.2015 - L 13 SB 82/15 -) oder bei einem sog. psychogenen Schwindel (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25.02.2015 - L 13 SB 103/12 -) sowie bei psychischen Beeinträchtigungen, die sich spezifisch auf das Gehvermögen auswirken, wie das BSG für den Fall angenommen hat, dass der behinderte Mensch auf seine körperlichen Einschränkungen fixiert ist und seine Schmerzwahrnehmung durch psychogene Prozesse deutlich verstärkt wird (BSG, Urteil vom 11.08.2015 - B 9 SB 1/14 R -). In diesem Zusammenhang hat das BSG a.a.O. dem Ordnungsgeber anheim gestellt, zukünftig die Voraussetzungen des Merkzeichens „G“ dahin einzuschränken, dass für Fälle psychischer Gehbehinderungen ein Einzel-GdB von z.B. 70 verlangt wird. Zur Rechtsprechung des BSG hat Wagner, jurisPR-SozR 7/2017 Anm. 3, zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich hier nur um sorgfältig zu prüfende Ausnahmefälle handeln könne. Der Ordnungsgeber habe nämlich mit Aufnahme von hirnorganischen Anfällen und Störungen der Orientierungsfähigkeit bereits die Gesundheitsstörungen abschließend benannt, die, ohne dass das Gehvermögen im eigentlichen Sinne betroffen sei, die Bewegungsfähigkeit gleichwohl einschränkten. Deshalb bedürfe es bei darüber hinaus gehenden psychischen Erkrankungen des sicheren Nachweises, dass die psychische Erkrankung zu einer im Rahmen des Nachteilsausgleichs G beachtlichen Gehstörung führe.

10. Mit dem Merkzeichen G kann der schwerbehinderte Mensch als Nachteilsausgleich

- a) das **Beiblatt mit Wertmarke** zur kostenlosen Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln in der Regel gegen Zahlung eines Eigenanteils **oder**
- b) eine **Ermäßigung bei der Kraftfahrzeugsteuer** um 50 % (§ 3a Abs. 2 Satz 1 Kraftfahrzeugsteuergesetz) beantragen.

Nach § 228 Abs. 1 SGB IX (bis 31.12.2017 § 145 SGB IX) sind schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen G) oder hilflos (Merkzeichen H) oder gehörlos (Merkzeichen GI) sind, von Unternehmern, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines durch einen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichneten Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX (bis 31.12.2017 § 69 Abs. 5 SGB IX) und eines mit einer gültigen Wertmarke versehenen Beiblattes im Nahverkehr im Sinne des § 230 Abs. 1 SGB IX (bis 31.12.2017 § 147 Abs. 1 SGB IX) unentgeltlich zu befördern. Das Beiblatt mit Wertmarke wird auf Antrag gegen Entrichtung des Eigenbeteiligungsbetrages von 80,00 € für ein Jahr oder 40,00 € (2018) für ein halbes Jahr ausgegeben (§ 228 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Die früher (bis zum 31.12.2012 geltenden) differenzierenderen Regelungen zur Erstattung der Eigenbeteiligung bei vorzeitiger Rückgabe der Wertmarke sind zwischenzeitlich „vereinfacht“ worden. Nunmehr wird nur noch eine Erstattung gewährt, wenn die für ein Jahr ausgegebene Wertmarke vor Ablauf eines halben Jahres ihrer Gültigkeitsdauer zurückgegeben wird (§ 228 Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Auf Antrag wird dann die Hälfte der Gebühr erstattet. Entsprechendes gilt für den Fall, dass der schwerbehinderte Mensch vor Ablauf eines halben Jahres der Gültigkeitsdauer der für ein Jahr ausgegebenen Wertmarke verstirbt (§ 228 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Die Wertmarke gilt ab dem Kalendermonat, der auf ihr eingetragen ist. Diesen Monat kann der schwerbehinderte Mensch bestimmen. Spätestens mit Ablauf der auf der Wertmarke eingetragenen Gültigkeitsdauer wird das Beiblatt ungültig.

Ausnahmen von der Entrichtung des Eigenbeteiligungsbetrages regelt § 228 Abs. 4 SGB IX). So können z.B. schwerbehinderte Menschen von der Zahlung der Eigenbeteiligung befreit werden, wenn sie **Leistungen für den Lebensunterhalt** i.S.d. § 228 Abs. 4 Nr. 2 SGB IX (bzw. bis zum 31.12.2017 i.S.d. § 145 Abs. 1 Satz 9 Nr. 2 SGB IX) erhalten.

Darunter fällt allerdings nicht die **Kraftfahrzeughilfe** als laufende Leistung nach § 27d BVG (BSG, Urteil vom 25.10.2012 - B 9 SB 1/12 R -).

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

Auch Personen, die ausschließlich Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, sind nicht nach § 228 Abs. 4 SGB IX, insbesondere auch nicht nach dessen Nr. 2, anspruchsberechtigt. Eine entsprechende Anwendung der Vorschrift auf diese Personen ist nicht möglich. Sie erhalten schon keine Leistungen in entsprechender Anwendung des Dritten und Vierten Kapitels des SGB XII. Sie stehen (solchen) Sozialhilfeempfänger auch nicht im Wesentlichen gleich, da sie keine Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes erhalten, sondern lediglich Hilfeleistungen zur Sicherstellung ihres Pflegebedarfs (Bayerisches LSG, Beschluss vom 29.01.2019 - L 18 SB 176/18 NZB -).

Ein schwerbehinderter Mensch, der über bedarfsdeckendes Einkommen verfügt, erhält auch dann keine **Leistungen der Sozialhilfe** i.S.d. § 145 SGB IX bzw. entsprechend des ab 01.01.2018 geltenden § 228 SGB IX, wenn der seinen eigenen Bedarf übersteigende Teil des Einkommens bei den Sozialhilfeleistungen des Ehegatten angerechnet wird. Er hat deshalb keinen Anspruch auf eine **Wertmarke für die kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs** (BSG, Urteil vom 17.07.2008 - B 9/9a SB 11/06 R -).

### 11. Einzelfälle und Rechtsprechung

- **Adipositas**

S. dazu die Anmerkung zu Teil B 15.3 (S. 330) - Adipositas.

- **Agnosie**

Bei einer kompletten visuellen Agnosie liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Nachteilsausgleiche „G“, „B“ und „H“ vor (Beirat vom 25.04.1990: „Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei visueller Agnosie“).

- **Alkoholkrankheit**

Eine Alkoholkrankheit, die einen GdB von 50 bedingt, kann die Zuerkennung von „G“ nicht begründen (LSG Niedersachsen, Beschluss vom 20.12.1996 - L 8 Vs 186/96 -).

- **Anämie**

Bei der Frage, ob eine Anämie zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr führt, ist analog der Beurteilung bei Dialysepatienten (s.u. unter Nierenerkrankung) zu verfahren. Danach ist eine solche Einschränkung im Allgemeinen bei einer chronischen Anämie mit einem Hb-Wert unter 8g/dl anzunehmen (Beirat vom 21./22. März 1994: „Gesundheitliche Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Anämien bzw. Leukämien“).

- **Analphabetismus und Gehörlosigkeit**

Bei angeborener Gehörlosigkeit sind auch im Erwachsenenalter die Voraussetzungen u.a. für den Nachteilsausgleich „G“ erfüllt, wenn keine Gehörlosenschule besucht wurde und der Betroffene damit Analphabet geblieben ist. Dies gilt zumindest solange, wie nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Änderung der Situation erreicht wird. Beirat vom 24.04.1985: „Hilflosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten“).

- **Anfallsleiden**

Bei einem Anfallsleiden kommt „G“ nur in Betracht, wenn aufgrund hoher Anfallsfrequenz die konkrete Gefahr besteht, dass Anfälle im Freien auftreten (LSG NW, Urteil vom 31.05.1994 - L 6 Vs 111/93 -). Es genügt nicht, dass der Behinderte jederzeit mit der Möglichkeit einer gravierenden Einschränkung der Bewegungsfähigkeit durch das Auftreten eines entsprechenden akuten Zustandes rechnen muss. Vielmehr ist die tatsächliche Feststellung einer dauerhaften Einschränkung und nicht nur die theoretische oder gegebenenfalls sogar wenig wahrscheinliche Möglichkeit ihres jederzeitigen Eintretens in Form eines Notfalles erforderlich. Deshalb muss bei einem Anfallsleiden aufgrund der hohen Anfallsfrequenz die abstrakte Gefahr zu einer konkreten geworden sein, deren Eintritt aufgrund objektiver Kriterien, z.B. wegen der Anfallshäufigkeit oder wegen früheren Auftretens zahlreicher Anfälle überwiegend im Freien, jederzeit gut möglich erscheinen (Bayerisches LSG, Urteil vom 28.07.2014 - L 3 SB 195/13 -). Das ein- bis zweimalige wöchentliche Auftreten einer Fallneigung mit der Notwendigkeit vorübergehenden Haltesuchens und Hinsetzens begründet keinen Anspruch auf Feststellung einer erheblichen Gehbehinderung (LSG NRW, Beschluss vom 29.10.2002 - L 7 SB 97/01 -).

Bei einem Schwerbehinderten mit psychischen und neurologischen Behinderungen kommt der Nachteilsausgleich „G“ erst ab einem GdB von 70 in Betracht, weil erst bei dieser Höhe des GdB eine Gleichstellung mit epileptischen Anfällen mittlerer Häufigkeit geboten ist (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21.03.1996 - L 4 Vs 69/95).

- **Aphasiker**

Bei Aphasikern sind, soweit es sich um schwere, z.B. totale oder fast totale gemischte Aphasien handelt, neben einem GdB von 100 in aller Regel auch die Nachteilsausgleiche „H“, „G“ und „B“ festzustellen. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keinen GdB von 100 rechtfertigen, muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Voraussetzungen für die entsprechenden Nachteilsausgleiche vorliegen. Dabei kommt es vor allem darauf an, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und eventuell auch Gliedmaßenlähmungen vorliegen. Eine vollständige rein sensorische Aphasie und

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente rechtfertigen die Zuerkennung der Nachteilsausgleiche „G“ und „B“, wenn der entsprechende GdB mindestens 70 beträgt (Beirat vom 30.10.1985: „Hilflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern“).

### • **Armverlust**

Der Verlust eines Armes im Schultergelenk bedingt für sich allein noch nicht eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Beirat vom 18.-19.03.1992: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Verlust eines Armes im Schultergelenk“). Allerdings können in Verbindung mit Behinderungen der unteren Gliedmaßen die Voraussetzungen für „G“ erfüllt sein; denn die straßenverkehrsrechtlichen Regelungen - § 6 Straßenverkehrsgesetz i.V.m der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 Straßenverkehrsordnung) ziehen den Verlust eines Armes als Kriterium bei der Bewertung der Einschränkung der Bewegungsfähigkeit ein. Ein Kniegelenksleiden mit einem Einzel-GdB von 30 und der Verlust eines Armes im Schultergelenk dürften daher durchaus den Nachteilsausgleich „G“ begründen können.

### • **Arterielle Verschlusskrankheiten**

Ist die schmerzfreie Gehstrecke bei arteriellen Verschlusskrankheiten auf ca. 500 Meter beschränkt, so kann daraus noch nicht geschlossen werden, dass die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „G“ erfüllt sind. Bei den arteriellen Verschlusskrankheiten ist nämlich nicht die maximal zurücklegbare Gehstrecke (mit Pausen) maßgebend, sondern die Gehstrecke, nach der eine Pause durch Auftreten von Schmerzen erzwungen wird. Wer also beispielsweise alle 500 Meter eine Pause einlegen muss, kann - so der SVB - durchaus noch ortsübliche Wegstrecken (mit Pausen) zu Fuß zurücklegen (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung des GdB und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei chronischen arteriellen Verschlusskrankheiten (AHP 1983)“).

Nach Teil D 1 d VMG ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei arteriellen Verschlusskrankheiten, die für sich allein einen GdB von 40 zu bedingen, allerdings regelhaft festzustellen (sofern ansonsten der Gesamt-GdB 50 beträgt).

### • **dauernd**

Für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „G“ bedarf es keiner dauernd vorliegenden Einschränkung der Bewegungsfähigkeit. Es reicht aus, wenn der Behinderte in 40 % der Fälle in seiner Gehfähigkeit oder Orientierungsfähigkeit entsprechend eingeschränkt ist (LSG Hessen, Urteil vom 17.02.1998 - L 4 SB 1351/95 -; SG Düsseldorf Urteil vom 30.10.2000 - S 31

(38) SB 238/99 -).

Für den Nachteilsausgleich „G“ ist es nicht ausreichend, wenn - beispielsweise durch Nervenwurzelreizerscheinungen - jederzeit mit der Möglichkeit einer Einschränkung der Bewegungsfähigkeit gerechnet werden muss (LSG NRW, Urteil vom 09.05.1995 - L 6 Vs 121/93 -).

- **Fibromyalgie**

Auch wenn sich die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht allein auf eine behinderungsbedingte orthopädische Einschränkung des Gehvermögens gründen lässt, da keine sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen, kommt das Merkzeichen „G“ gleichwohl in Betracht, wenn vergleichbare andere Behinderungen vorliegen, die sich auf die Gehfähigkeit auswirken. Dies kann auch eine somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer Fibromyalgie sein, die sich insoweit auf die Gehfähigkeit auswirkt, als sie Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule und Kniegelenke weiter verstärkt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.02.2014 - L 13 SB 19/13 -).

- **Herzkrankheit**

**Herzleiden**, die mit einem GdB von 50 zu bewerten sind, rechtfertigen nicht immer allein aufgrund dieses GdB die Zuerkennung des Merkzeichens „G“. Entscheidend ist vielmehr, ob eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Herzleistung entsprechend der Gruppe 3 des Teils B 9.1.1 VMG mit einem allein daraus resultierenden GdB von wenigstens 50 vorliegt (Beirat vom 30.10.1985: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Herzleiden“).

Die Funktionseinschränkung einer unteren Gliedmaße kann infolge eines größeren Energieaufwandes beim Gehen das Herz-Kreislaufsystem vermehrt belasten. Für die Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ ist aber eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Herzleistung zu fordern. Diese liegt jedenfalls nicht vor, wenn der behinderte Mensch bei Ergometrie über drei Minuten bis 75 Watt belastet werden kann (LSG Berlin, Urteil vom 18.05.2004 - L 13 SB 12/03).

Nach **Herztransplantationen** kann der Nachteilsausgleich „G“ auch dann in Betracht kommen, wenn die Herzleistung nicht entsprechend den Anforderungen der AHP eingeschränkt ist, der Betreffende aber ortsübliche Wegstrecken deswegen nicht zu Fuß zurücklegen kann, weil er jeglichen Kontakt mit anderen Menschen aus Gründen der Ansteckungsgefahr vermeiden muss. In diesen Fällen kommt auch der Nachteilsausgleich „RF“ in Betracht (Beirat vom 22.10.1986 *(incl. vom 23.04.1986)*: „Erneut: Erheblich“).

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

che Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Herztransplantierten - s. TOP 6.3 der Sitzung vom 23.4.1986“).

Zur Überbrückung der Zeit bis zu einer Herztransplantation werden Herzranke häufig mit einem **Linksherzunterstützungssystem** (Kunstherz) versorgt. Auch wenn in dieser Zeit eine zufriedenstellende Ventrikelfunktion vorliegt, sind aufgrund der eingeschränkten Herzleistung die Voraussetzungen für die Nachteilsausgleiche „G“, „B“ und „RF“ erfüllt (Beirat vom 28.-29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Implantation eines Linksherzunterstützungssystems“).

### • **HIV-Infektion**

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei HIV-Infektionen können nicht generell, sondern nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der tatsächlichen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen beurteilt werden (Beirat vom 25./26.03.1987 und vom 02.10.1990: „Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei HIV-Infektion“).

### • **Homonyme Hemianopsie**

Bei einer homonymen Hemianopsie (GdB 40) liegen nicht bereits derart relevante Orientierungsstörungen vor, dass die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt wäre. Die Auswirkungen bei einer homonymen Hemianopsie sind - so der SVB - weit weniger gravierend als z.B. bei einer Sehbehinderung mit einer Sehschärfe an 0,2 auf dem einen und Blindheit auf dem anderen Auge (GdB 70). Eine homonyme Hemianopsie könne nämlich - im Gegensatz zu der beschriebenen Einschränkung der Sehschärfe - durch Kopfwendungen weitgehend kompensiert werden (Beirat vom 21.-22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) bei homonymer Hemianopsie“).

### • **Hüftgelenke**

Bei einer mit einem GdB von 40 zu beurteilenden Versteifung des Hüftgelenks in günstiger Stellung ist, wie in Teils D 1 d VMG ausdrücklich ausgeführt, stets eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr festzustellen. Es ist nicht zu prüfen, ob die damit regelhaft verbundenen Begleiterscheinungen an der Wirbelsäule auch tatsächlich vorliegen. Lediglich bei der GdB-Beurteilung sind Hüftgelenks- und Wirbelsäulenschaden gesondert zu beurteilen (Beirat vom 15.-16.04.1997: „Verschiedenes - Hüftgelenksschaden“).

- **Kehlkopflöse**

Kehlkopflöse sind nicht grundsätzlich in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt. Nur wenn besondere Auswirkungen im Bereich der Atmungsorgane vorliegen und die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr dadurch erheblich herabgesetzt wird, kann der Nachteilsausgleich „G“ zuerkannt werden. Besondere Auswirkungen liegen vor, wenn eine Funktionsbeeinträchtigung entsprechend den in Teil B 8.3 VMG genannten Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades besteht (Beirat vom 23.11.1983 und vom 04.04.1984: „Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopfverlust“).

Allein von einer Lungenfunktionsprüfung kann das Ergebnis der Beurteilung nicht abhängig gemacht werden. Eine Lungenfunktionsprüfung könne - so der SVB - immer nur zusätzliche Beurteilungshinweise liefern (Beirat vom 30.10.1985: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopflösen“).

- **Kinder**

Bei der Beurteilung der Auswirkungen von Gesundheitsstörungen von Kleinkindern ist es bei den mit der Fortbewegung zusammenhängenden Nachteilsausgleichen „G“ und „B“ gerechtfertigt, nicht auf die Fähigkeiten gleichaltriger gesunder Kinder abzustellen, sondern auf die Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsstörungen bei Erwachsenen. Ein Kind mit einem insulinpflichtigen Diabetes hat damit nur unter den gleichen Bedingungen Anspruch auf den Nachteilsausgleich „G“ wie ein Erwachsener, d.h. es müssen tagsüber häufige hypoglykämische Schockzustände nachgewiesen sein (LSG NRW, Urteil vom 28.05.1998 - L 7 SB 140/97 -). Dies sieht der SVB allerdings anders: Bei der Prüfung, ob bei Kleinkindern die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Vergünstigungsmerkmale „G“ und „B“ wegen einer Behinderung gegeben sind, sei stets zu beachten, dass als Behinderung immer nur die Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand anzusehen sei (Beirat vom 24.04.1985: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Säuglingen und Kleinkindern“). Allerdings befindet sich das LSG NRW mit seiner o.a. Entscheidung (LSG NRW a.a.O.) auf gesicherter Grundlage; denn auch das BSG hat ausgeführt: „Die Voraussetzungen dieser Nachteilsausgleiche“ - „G“, „B“ und „aG“ - „können auch bei behinderten Säuglingen und Kleinkindern vorliegen, und zwar selbst dann, wenn deren Behinderungen nicht zu Nachteilen gegenüber gleichaltrigen gesunden Kindern führen. Denn Maßstab für diese Merkzeichen ist ausnahmsweise nicht der Vergleich mit gleichaltrigen Nichtbehinderten. Vielmehr kommt es darauf an, ob die festgestellten



Gesundheitsstörungen bei Erwachsenen die Zuerkennung der genannten Nachteilsausgleiche rechtfertigen würde.“ (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 1/95 -; Bayerisches LSG, Urteil vom 28.07.2014 - L 3 SB 195/13 -).

- **Kniegelenke**

Der Ersatz beider Kniegelenke durch Endoprothesen war nach Teil B 18.12 VMG mit einem GdB von 50 zu bewerten. Damit lagen stets die Voraussetzungen für die Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vor (Beirat vom 21./22.03.2001: „Gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) bei doppelseitiger Kniegelenksendoprothese“). Dies ist indes aufgrund der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 nicht mehr der Fall. Nach der Neufassung des Teils B Nr. 18.12 VMG führt eine beidseitige Knieendoprothese nur noch zu einem Mindest-GdB von 30 (s. auch insbesondere zur Frage einer Absenkung des GdB pp die Anmerkung zu Teil B 18.12 - Endoprothesen (S. 380)).

- **Lebertransplantation**

Die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ und „RF“ nach Lebertransplantation sind - ebenso wie nach Herztransplantation (siehe oben unter Herzkrankheit) - stets im Einzelfall zu prüfen (Beirat vom 25.04.1990: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nach Lebertransplantation“).

- **Leukämie**

Bei Leukämiekranken nach durchgeführter Knochenmarktransplantation ist die Beurteilung hinsichtlich der Merkzeichen „G“ und „RF“ - wie bei anderen Organtransplantationen - vor allem vom Ausmaß der Immunsuppression abhängig (Beirat vom 21.-22.März 1994: „Gesundheitliche Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Anämien bzw. Leukämien“).

- **Mehrbedarf**

Für die Gewährung eines Mehrbedarfs i.S.d. § 30 Abs. 1 SGB XII wegen Zuerkennung des Merkzeichens „G“ ist nicht der Zeitpunkt maßgeblich, zu dem die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens nach den Feststellungen des Versorgungsamts vorliegen, sondern der Zeitpunkt des Feststellungsbescheids als Nachweis gegenüber dem Sozialhilfeträger für das Vorliegen des Nachteilsausgleichs (BSG, Urteil vom - B 8 SO 25/16 R - Urteil vom 25.04.2018 -).

- **Neurogenes Hinken**

Der Nachteilsausgleich „G“ kommt bei neurogenem Hinken in Betracht, wenn die Gehstrecke so eingeschränkt ist, dass ortsübliche Wegstrecken auch dann nicht mehr zurückgelegt werden können, wenn häufiger Pausen gemacht werden müssen (Beirat vom 31.10.1989: „Beurteilung des GdB bei bandscheibenbedingten Erkrankungen - einschließlich Merkzeichen G“; s. auch W. Vogelberg in „Der medizinische Sachverständige“, Heft 4/1989, Zur gutachtlichen Beurteilung bandscheibenbedingter Erkrankungen im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht; s. auch die Anmerkung zu Teil B 18.9 - neurogenes Hinken (S. 376)).

- **Nierenerkrankung**

Ein behinderter Mensch mit einer chronischen Niereninsuffizienz, der durch eine kontinuierliche ambulante **Peritonealdialyse** (CAPD) behandelt wird, ist allein wegen der mit der technischen Durchführung der CAPD verbundenen Umstände in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht erheblich eingeschränkt (Beirat vom 10.04.1991: „Merkzeichen „G“ bei Notwendigkeit ambulanter Peritonealdialyse“).

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei **Dialysepatienten** sind aber stets dann als erfüllt anzusehen, wenn der Hb-Wert 8 g/dl oder weniger beträgt (Beirat vom 26.10.1998: „Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Dialysepatienten“; s. auch Lange in „Der medizinische Sachverständige“, Januar 1988).

- **Ohnarmer / Ohnhänder**

Bei **Ohnarmern** (Verlust beider Arme- im Oberarm) ist schon wegen der Schwierigkeiten, beim Gehen das Gleichgewicht zu halten, eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen. Bei **Ohnhändern** (Verlust beider Hände, Amputation im Unterarm) bestehen solche Gleichgewichtsprobleme in der Regel nicht, dennoch ist auch bei ihnen regelhaft wegen der vielzähligen Schwierigkeiten bei der Bewegung im Straßenverkehr, insbesondere der Unfähigkeit sich festzuhalten und zu sichern, der Nachteilsausgleich festzustellen (Beirat vom 23.11.1983: „Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Ohnhändern“).

- **Orientierungsfähigkeit**

Eine Störung der Orientierungsfähigkeit aufgrund einer **Hirnleistungseinschränkung** kann den Nachteilsausgleich „G“ auch dann begründen, wenn eine wesentliche Einschränkung der Gehfähigkeit nicht vorliegt. Dem steht nicht entgegen, dass sich der Behinderte in einer ihm vertrauten Umgebung (Wohnort) zurechtfindet, da nicht auf die Verhältnisse am

## 1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

Wohnort des Behinderten abzustellen ist (LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 46/96). Der Nachteilsausgleich „G“ setzt bei **geistig behinderten** Menschen Störungen der Orientierungsfähigkeit dergestalt voraus, dass die behinderten Menschen sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. „G“ ist bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in den meisten Fällen zu bejahen. Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht. Ein solcher Fall ist anzunehmen bei einem Einzel-GdB von 70 für eine Demenz, die zu erheblichen Gedächtnisstörungen (Störung des Alt- und Neugedächtnisses) führt, die sich in Orientierungsstörungen mit der Folge manifestierten, dass Wegstrecken nicht zielgerichtet zu Fuß zurücklegen werden können (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.02.2017 - L 13 SB 10/15 -).

### • **Schmerzen**

Liegen ausgeprägte Schmerzzustände an den unteren Extremitäten vor - z.B. Knorpelschäden der Kniegelenke mit Schmerzen bzw. eine sehr schmerzhaft Arthrose -, kann bei der Beurteilung des GdB bzw. der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „G“ auch auf die Vorgaben der Anhaltspunkte zu arteriellen Verschlusskrankheiten zurückgegriffen werden (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.03.2008 - L 13 SB 85/06 -).

Indes genügen Schmerzen allein nicht. Auch wenn der behinderte Mensch beim Gehen Schmerzen, phasenweise auch starke Schmerzen hat, steht ihm der Nachteilsausgleich „Erhebliche Gehbehinderung“ nämlich nicht zu, wenn diese Schmerzen weder zu einer großen Verzögerung im Fortkommen noch gar zu einem Abbruch der Laufleistung führen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 01.07.2015 - L 13 SB 68/13 -).

### • **Stomaträger**

Stomaträgern kann der Nachteilsausgleich „G“ nicht regelhaft zuerkannt werden. Allerdings muss bei behinderten Menschen mit Ileostoma oder Urostoma, bei denen ein ausreichender Verschluss nicht gelingt, eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr angenommen werden. Gleiches gilt, wenn häufige entzündliche Hautveränderungen im Genitalbereich zu erheblichen Schmerzen beim Gehen führen (Beirat vom 06.11.1984: „Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Stomaträgern“; Beirat vom 25.-26.03.1987: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Urinalträgern“). Auch wenn bei Stomaträgern Bauchdecken- und Narbenbrüche vorliegen, die mit erheblichen Schmerzen beim Gehen verbunden sind, ist häufig der Nachteilsausgleich „G“ gerechtfertigt (Beirat vom 06.11.1984, a.a.O.).

- **Trainingsmangel**

Behinderungsbedingter Trainingsmangel, kann, wenn die Bewegungsfähigkeit dadurch entsprechend herabgesetzt wird, den Nachteilsausgleich „G“ begründen (LSG Hamburg - IV VSBf 17/93-).

- **Verschiedenes**

Die Frage der Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit ist eine rein medizinische Fachfrage. Einem Beweisantrag auf **Anhörung medizinischer Laien** muss das Gericht nicht folgen (LSG Berlin, Urteil vom 12.05.1992 - L 13 Vs 72/89 -).

Wird der Eintritt einer Schwerbehinderung und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) erst **„verspätet“ rückwirkend festgestellt**, stehen dem Antragsteller wegen der Unmöglichkeit, rückwirkend für denselben Zeitraum noch unentgeltliche Personenbeförderung in Anspruch zu nehmen, keine Ausgleichsansprüche in Geld zu. Nach derzeitiger Rechtslage hat der schwerbehinderte Mensch, der die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ beantragt hat, zur Vermeidung oder Begrenzung der wirtschaftlichen Nachteile, die ihm durch die Dauer des Feststellungsverfahrens drohen, nur die Möglichkeit, die Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens - notfalls mit dem in § 88 SGG vorgesehenen Rechtsbehelf (Untätigkeitsklage) - zu betreiben oder einen Antrag auf **einstweilige Anordnung** zu stellen (so BSG, Urteil vom 07.11.2001 - B 9 SB 3/01 R -). Indes soll es Antragstellern in Verfahren nach dem SGB IX in der Regel zuzumuten sein, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens abzuwarten (u.v.a. LSG Berlin-Brandenburg, Beschlüsse vom 27.08.2012 - L 13 SB 129/12 B ER und L 13 SB 159/12 B ER -; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23.11.2012 - L 8 SB 3897/12 ER-B -). Das gilt aber zumindest dann nicht, wenn die Gewährung eines sozialhilferechtlichen Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII zur Sicherung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums von der Feststellung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ abhängt und die Erfolgsaussicht der Hauptsacheklage im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nicht beurteilbar ist. Dann ist im Rahmen der Interessenabwägung der Nachteilsausgleich - vorläufig - festzustellen (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23.11.2012 a.a.O.).

Wird der auf Feststellung des Nachteilsausgleichs „B“ gerichtete Antrag eines behinderten Menschen, dem bereits zuvor schon der Nachteilsausgleich „G“ zuerkannt worden war, von der Versorgungsverwaltung abgelehnt, und legt der behinderte Mensch gegen die Ablehnung Widerspruch ein, wird von diesem Widerspruch auch ein späterer Bescheid erfasst, mit dem die Versorgungsverwaltung den Nachteilsausgleich „G“ entzieht - ein gesonderter Widerspruch ist nicht erforderlich. Es liegen zwar nicht die Voraussetzungen des § 86 Abs. 1 SGG vor, jedoch wirkt sich die Entziehung

1. ... Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

des Merkzeichens „G“ so stark auf den Anspruch auf Zuerkennung des Merkzeichens „B“ aus, dass § 86 SGG analog anzuwenden ist - **Verzahnung der Vergünstigungsmerkmale** (BSG, Beschluss vom 10.12.2003 - B 9 SB 15/03 B -).

Stellt sich in einem Rechtsstreit heraus, dass dem behinderten Menschen der mit der Klage begehrte Nachteilsausgleich „aG“ nicht zugesprochen werden kann, so kann ihm aber nach Auffassung des Bayerischen LSG (Bayerisches LSG, Urteil vom 25.08.2005 - L 15 SB 35/00 -) bei Vorliegen der entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen der Nachteilsausgleich „G“ zugesprochen werden, ohne dass dieser zuvor ausdrücklich beantragt worden ist. „G“ sei nämlich grundsätzlich in dem Antrag auf das weitergehende „aG“ mit enthalten. Gegen diese Auffassung spricht indes, dass für das Merkzeichen „aG“ gegenüber „G“ nicht gesteigerte, sondern andere Voraussetzungen gelten; so ist für „G“ z.B. eine Einschränkung der Gehfunktion nicht stets erforderlich (BSG, Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R -; BSG, Urteil vom 13.12.1994 - 9 RVs 3/94 -).

Ähnlich aufgeschlossen wie das zuvor genannte Bayerische LSG zeigt sich das LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.11.2014 - L 13 SB 219/13 -, nach dessen Rechtsauffassung, das Gericht über den GdB mitentscheiden kann, wenn nur die Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ begehrt wird, obwohl kein GdB von mindestens 50 festgestellt worden ist. Da der Nachteilsausgleich „G“ voraussetzte, dass auch ein GdB von 50 besteht, seien die Prozessklärungen des Klägers danach auszulegen, wie ein verständiger Beteiligter sie gemeint haben würde.

## Teil D: 2. Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B)

- a) Für die unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson ist nach dem SGB IX die Berechtigung für eine ständige Begleitung zu beurteilen. Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung der Berechtigung für eine ständige Begleitung erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- b) Eine Berechtigung für eine ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen (bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“, „Gl“ oder „H“ vorliegen) gegeben, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Dementsprechend ist zu beachten, ob sie bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf fremde Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels angewiesen sind oder ob Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z. B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) erforderlich sind.
- c) Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist anzunehmen bei Querschnittgelähmten, Ohnhändern, Blinden und Sehbehinderten, Hörbehinderten, geistig behinderten Menschen und Anfallskranken, bei denen die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt ist.

1. Der Nachteilsausgleich „B“ kann nach dem Gesamtwortlaut des ab 01.01.2018 geltenden § 229 Abs. 2 SGB IX, entsprechend der bis zum 31.12.2017 geltenden, gleichlautenden §§ 145, 146 SGB IX (früher §§ 59, 60 Abs. 2 SchwbG) nur bei **schwerbehinderten Menschen** festgestellt werden, bei denen entweder **zusätzlich** der Nachteilsausgleich „G“, „Gl“ oder „H“ festgestellt worden ist (BSG, Urteil vom 13.07.1988 - 9/9a RVs 14/87 -; Bayerisches LSG, Urteil vom 28.07.2009 - L 15 SB 151/06 -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 09.08.2012 - L 10 SB 10/12 -). Wer also beispielsweise nicht erheblich gehbehindert ist, kann auch dann nicht in den Genuss des Nachteilsausgleichs „B“ kommen,

wenn bei ihm ständige Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel eigentlich erforderlich ist. **Entfällt aus Rechtsgründen das Merkzeichen „G“**, so berechtigt dies auch zur Entziehung des festgestellten Merkzeichens „B“ (BSG, Urteil vom 11.11.1987 - 9a RVs 6/86 -). Die zum 01.01.2018 in Kraft getretene Neufassung des SGB IX führt zu keiner Änderung der Rechtslage; die Regelungen der §§ 228, 229 SGB IX entsprechen denen der früheren § 145, 146 SGB IX.

2. Weitere Voraussetzung ist, dass der behinderte Mensch **regelmäßig und dauerhaft** auf fremde Hilfe bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen ist (LSG NW, Beschluss vom 07.12.2000 - L 7 B 13/00 SB -). Das bedeutet allerdings nicht, dass der behinderte Mensch immer und bei jedem öffentlichen Verkehrsmittel auf fremde Hilfe angewiesen sein muss. Vielmehr muss die fremde Hilfe bei der Benutzung der **weit überwiegenden Zahl** öffentlicher Verkehrsmittel und bei dem **größten Teil der zurückgelegten Fahrten** erforderlich sein; d.h. fremde Hilfe muss **regelmäßig, aber eben nicht ständig** erforderlich sein (SG Düsseldorf, Urteil vom 23.05.2019 - S 4 SB 1110/14 -). Es reicht demnach nicht aus, wenn lediglich bestimmte öffentliche Verkehrsmittel behinderungsbedingt nur in Begleitung benutzt werden können, etwa weil zum Öffnen der **Türen bei Zügen älterer Bauart** eine gewisse Kraft erforderlich ist oder weil bestimmte **Bahnhöfe nur über Treppen erreichbar** sind. Auch nur **gelegentlich auftretende** Funktionseinschränkungen - zweimal in der Woche ein Taubheitsgefühl hauptsächlich im rechten Bein und Atemnot - reichen nicht aus (Bayerisches LSG, Urteil vom 05.06.2002 - L 18 SB 29/01 -).
3. Nach Teil D 2 c VMG ist die Berechtigung für eine ständige Begleitung bei Querschnittgelähmten, Ohnhändern, Blinden und den weiter genannten sehbehinderten, hörbehinderten, geistig behinderten Menschen und Anfallskranken, die den Nachteilsausgleich „G“ erhalten, **stets anzunehmen**. Soweit bei diesen Seh- oder Orientierungsstörungen Grundlage für die Feststellung des Nachteilsausgleichs „G“ waren, kann der Nachteilsausgleich „B“ auch dann gewährt werden, wenn diese sich lediglich in einer eng begrenzten vertrauten Umgebung ohne Hilfe zurechtfinden, ansonsten aber bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einer Begleitung bedürfen; denn auch für den Nachteilsausgleich „G“, auf den „B“ ja weitgehend verweist, reicht eine solche Orientierungsstörung aus (a.A. LSG Rheinland-Pfalz -Urteil vom 6.11.1997 - L 4 Vs 46/96 -: Es fehle bei einem Schwerbehinderten, der in seiner Orientierungsfähigkeit nur außerhalb seiner gewohnten Umgebung gestört sei, das Element der Dauer, da er in seiner gewohnten Umgebung keinen Gefahren unterworfen sei - s. dazu aber o. Ziff. 2 -).

4. Es reicht schon die gesteigerte Möglichkeit des Eintritts von Gefährdungen des behinderten Menschen aus, wenn diese durch die Anwesenheit einer Begleitperson ausgeschlossen oder verringert werden können. Die Gefahren müssen möglich, sie brauchen weder mit Sicherheit einzutreten noch wahrscheinlich zu sein (LSG NRW, Beschluss vom 02.05.2000 - L 7 B 6/00 SB - m.w.N.; dementsprechend LSG Berlin - L 13 Vs 5/90 -: Wenn durch die Anwesenheit einer Begleitperson die **Möglichkeit eines schädigenden Ereignisses verringert** wird, können die Voraussetzungen für „B“ auch dann gegeben sein, wenn bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel keine Hilfe erforderlich ist).
5. Die Aufzählung in Teil D 2 c VMG, nach der die Berechtigung für eine ständige Begleitung anzunehmen ist, enthält **keine Regelbeispiele** dafür, welches Ausmaß Behinderungen haben müssen, damit der Nachteilsausgleich festgestellt wird. Behinderungen, die den Nachteilsausgleich rechtfertigen, können also auch in ihrem Ausmaß **geringer** sein als die Behinderungen von Querschnittgelähmten, Ohnhändern, Blinden usw. Der Schweregrad der Behinderung muss aber in seinen funktionellen Auswirkungen auf die Sicherheit des behinderten Menschen und Dritter in die Richtung der in den VMG (AHP) genannten Personenkreise weisen (Bayerisches LSG, Urteil vom 05.06.2002 - L 18 SB 29/01 -; LSG München, Urteil vom 22.03.2019 - L 8 SB 3550/18 -). Liegen allerdings keine den Vermutungstatbeständen des Teils D 2 b VMG vergleichbaren Umstände vor, muss die Notwendigkeit ständiger Begleitung nachgewiesen werden. Der **Beweis der erheblichen Tatsachen** kann - so LSG NRW, Urteil vom 12.03.1997 - L 10 Vs 105/96 - nicht durch Zeugnis medizinisch nicht vorgebildeter Personen, sondern nur durch (sozial-)medizinisch vorgebildete Sachverständige geführt werden. Zu beachten ist demgegenüber, dass auch Personen, die über keine medizinische Sachkunde verfügen, zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts beitragen können, etwa indem sie vom Gericht (mündlich oder schriftlich) zu tatsächlichen Einschränkungen des Betroffenen befragt werden. Die Angaben eines Laien können für ein Gericht durchaus geeignet sein, sich ein genaueres Bild über den funktionalen Zustand eines behinderten Menschen zu verschaffen (BSG, Beschluss vom 07.04.2011 - B 9 SB 47/10 B -).

Es reicht also aus, wenn bei der vorzunehmenden Einzelfallbeurteilung Hilfe bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erforderlich ist (LSG NRW, Beschluss vom 24.02.1998 - L 10 SVs 2/98 -). Die dem entgegenstehende Auffassung des LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 6.11.1997 - L 4 Vs 46/96 (und auch L 4 Vs 145/95 -), das einen Zustand fordert, der vergleichbar ist mit Querschnittgelähmten, Ohnhändern oder Blinden,



ist schon mit dem Wortlaut nicht in Einklang zu bringen; denn dann hätten die VMG hier eine Fassung wie in Teil D 3 b VMG - „auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind“ - erhalten müssen. So sind z.B. die Voraussetzungen für „B“ auch bei einem einseitig Handamputierten erfüllt, der an einer Kraftlosigkeit der anderen Hand leidet, denn auch dieser kann sich offenkundig in einem Bus nicht ausreichend festhalten und er kann Zugtüren nicht öffnen.

6. Bei der Beurteilung von **Säuglingen und Kindern** gilt: Maßstab für die Merkzeichen „G“ und „B“ ist **nicht der Vergleich mit gleichaltrigen Nichtbehinderten**. Vielmehr kommt es darauf an, ob die festgestellten Gesundheitsstörungen bei Erwachsenen die Zuerkennung der genannten Nachteilsausgleiche rechtfertigen würden (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 1/95 -). Die AHP folgen hier in Teil D 2 a VMG nunmehr dem umstrittenen Urteil des BSG - der Beirat hatte dazu zuvor noch eine andere Auffassung vertreten (Beirat vom 24.04.1985: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Säuglingen und Kleinkindern“ und Beirat vom 13.11.1991: „Merkzeichen „B“ bei Säuglingen und Kleinkindern“; s. auch die Anmerkung zu Teil D 1 VMG - unter „Kinder“ - (S. 460)).

## 7. Einzelfälle, Beiratsbeschlüsse und Rechtsprechung

### • Allgemeines

Auch bei **Hilflosen** sind die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit ständiger Begleitung in jedem Einzelfall zu prüfen (Beirat vom 27.04.1988: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen“). Wenn zwar Hilflosigkeit, aber keine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) vorliege, solle besonders sorgfältig geprüft werden, ob die Voraussetzungen der Nr. 32 AHP (also Teil D 2 VMG) erfüllt sind. In aller Regel lägen dann, wenn die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ erfüllt seien, auch die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ vor (Beirat vom 23.-27.10.1997: „Notwendigkeit ständiger Begleitung“).

Bei Streit um den Nachteilsausgleich „B“ kann offen bleiben, ob Teil D 2 c VMG (Nr. 32 Abs. 3 AHP) als Aufzählung von Regelbeispielen verstanden werden kann. Die Versorgungsverwaltung darf sich bei Versagung oder Entzug des Nachteilsausgleichs jedenfalls nicht allein auf die Verneinung eines **Regelbeispiels** berufen, sondern hat darüber hinaus zu berücksichtigen, dass der Tatbestand des § 229 Abs. 2 SGB IX (bis 31.12.2017 § 146 Abs. 2 SGB IX) auch aus anderen als den in den VMG aufgeführten Gründen erfüllt sein kann. Wird Teil D 2 c VMG allerdings so verstanden, dass

der Nachteilsausgleich nur bei Vorliegen der dort aufgeführten Behinderungen überhaupt in Frage kommt, so verstoßen sie insoweit gegen höherrangiges Recht und sind nicht anzuwenden (SG Aachen, Urteil vom 29.09.2004 - S 17 SB 71/04 - noch zu Nr. 32 AHP - das Berufungsverfahren wurde aus anderen Gründen erledigt).

Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen u.a. nur gegeben, wenn diese bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel infolge ihrer Behinderung **regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen** sind. Wenn kurze Strecken bzw. Fahrten innerhalb des Wohn-/Arbeitsbereiches möglich sind, besteht ein Anspruch auf den Nachteilsausgleich auch dann nicht, wenn plötzlichen Änderungen (Verspätungen, Fahrplanänderungen) Hilfe- bzw. Begleitungsbedarf verursachen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.02.2018 - L 6 SB 4079/16 -).

- **Gehörlose**

Einem vor Spracherwerb **Ertaubten**, der die Gehörlosenschule abgeschlossen und das 16. Lebensjahr vollendet hat, steht im Regelfall kein Anspruch auf die Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ zu, da von ihm erwartet werden kann, dass er sich im Straßenverkehr ohne Gefahren für sich oder andere fortbewegen kann (BSG, Urteil vom 12.11.1996 - 9 RVs 5/95 -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.09.2009 - L 11 SB 77/09 -). Früh erlaubte, aber des Lesens und Schreibens kundige Gehörlose können schriftliche Informationen zu Rate ziehen. Auch bei unbekanntem Wegen sind sie nicht gehäuft auf Kommunikation mit den Mitmenschen angewiesen, sondern können im Internet frei zugängliche Stadtpläne und genaue Wegbeschreibungen ebenso nutzen wie aktuell die auf den handelsüblichen Smartphones verfügbaren Navigationsgeräte mit GPS-Peilung (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.02.2013 - L 6 SB 5788/11 -). Anders als nach Nr. 22 Abs. 4 e) AHP sind die Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ auch für die Dauer einer späteren Ausbildung nicht mehr zu gewähren (BSG, a.a.O.); es kann nämlich nicht mehr davon ausgegangen werden, dass ein des Lesens und Schreibens kundiger Gehörloser bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel gehäuft auf Kommunikation mit seinen Mitmenschen angewiesen ist (LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.).

**Kindern**, denen der Nachteilsausgleich „B“ wegen **Taubheit** gewährt wurde, kann dieser im Erwachsenenalter allerdings nicht entzogen werden, wenn sie eine Gehörlosenschule nicht besucht haben und Analphabeten bleiben (Beirat vom 24.04.1985: „Hilflosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei **gehörlosen Analphabeten**“). Sie haben dann auch (weiterhin) Anspruch auf die Nachteilsausgleiche „G“ und „H“ (Beirat a.a.O.).

Die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Nachteilsausgleiche „G“

und „B“ können bei **erwachsenen Tauben** gegeben sein, wenn diese zusätzlich **Artikulationsstörungen** erheblichen Ausmaßes haben. Dabei bezieht sich der Begriff „Artikulationsstörung“ nicht auf die Sprache allein, sondern muss im weiteren Sinne verstanden werden. Danach liegen die Voraussetzungen für die genannten Nachteilsausgleiche vor, wenn das Sprechvermögen für eine erforderliche Kommunikation bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht ausreicht (Beirat vom 30.10.1985: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei beiderseitiger Taubheit“).

Das gilt auch bei erheblichen **Störungen der Ausgleichsfunktion**. Das soll der Fall sein, wenn bei Gehörlosen gleichzeitig eine Sehbehinderung auf beiden Augen mit einem GdB von wenigstens 30 oder eine geistige Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50 besteht (Beirat vom 04.11.1987: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei **Gehörlosen**“).

- **Einzelne Krankheitsbilder**

Bei **kompletter visueller Agnosie** liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Nachteilsausgleiche „G“ und „B“ vor (Beirat vom 25.04.1990: Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei visueller Agnosie“).

Bei **Aphasikern** sind, soweit es sich um schwere, z.B. totale oder fast totale gemischte Aphasien handelt, neben einem GdB von 100 in aller Regel auch „H“, „G“ und „B“ festzustellen. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keinen GdB von 100 rechtfertigen, muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Voraussetzungen für die entsprechenden Nachteilsausgleiche vorliegen. Dabei kommt es vor allem darauf an, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und eventuell auch Gliedmaßenlähmungen vorliegen. Eine vollständige rein sensorische Aphasie und eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente rechtfertigen die Zuerkennung der Nachteilsausgleiche „G“ und „B“, wenn der entsprechende GdB mindestens 70 beträgt (Beirat vom 30.10.1985: „Hilflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern“).

Probleme mit der Versorgung eines **künstlichen Darmausgangs** mit **Stomabeuteln** infolge praktisch vorliegender Einhändigkeit führen nicht zu einer Gefährdung des Behinderten. Die Voraussetzungen für „B“ sind daher nicht gegeben (LSG Baden-Württemberg - L 6 Vs 304/97 -).

Eine insulinpflichtige erwachsene **Diabetikerin** kann die Frühsymptome eines Blutzuckerabfalls rechtzeitig erkennen und durch die Einnahme von Traubenzucker geeignete Gegenmaßnahmen treffen. Legt man diesen Maßstab an, besteht bei einem **Kind** nicht die konkrete Gefahr des jederzeitigen Eintritts von Anfällen und kein erhöhtes Unfallrisiko bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Wirkt sich das alterstypische Unvermögen eines behinderten Kleinkindes, mit der Krankheit umzugehen, auf die Lebensgestaltung aus, begründet dies nicht einen behinderungsbedingten und damit ausgleichspflichtigen Nachteil (LSG NW, Urteil vom 28.05.1998 - L 7 SB 140/97 -).

Die Gefahr von **Schwindelanfällen** nach einer **Dialysebehandlung** rechtfertigt die Gewährung von „B“ noch nicht (LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 145/95 -).

Sind bei Schwindelanfällen noch Vorsichtsmaßnahmen in Gestalt des sich Abstützens an Dingen oder Personen, des rechtzeitig Hinsetzens etc. zu ergreifen und können so Stürze zumindest in den meisten Fällen zu vermieden werden, besteht kein Anspruch auf den Nachteilsausgleich „B“. Anfälle i.S.d. Teils D 2 c. i.V.m. Teil D 1 e VMG sind nämlich Anfälle, die mit Bewusstseinsverlust und Sturzgefahr verbunden sind (SG Aachen, Urteil vom 08.06.2010 - S 17 SB 206/07 -).

„B“ setzt eine erhebliche Gehbehinderung (Nachteilsausgleich „G“) voraus. Diese setzt u.a. wiederum voraus, dass die Sehbehinderung zu Störungen der Orientierungsfähigkeit führt. Allein aufgrund einer **Halbseitenblindheit** sind diese Voraussetzungen allerdings nicht erfüllt (Beirat vom 02.10.1990: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Halbseitenblindheit“).

Nach **Herztransplantationen** sind die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „B“ nicht regelhaft erfüllt, sondern müssen im Einzelfall geprüft werden (Beirat vom 13.11.1991: „Merkzeichen „B“ nach Herztransplantation,,“).

Bei **hirnorganischen Anfällen** kommt der Nachteilsausgleich „B“ erst bei einer mittleren Anfallshäufigkeit überwiegend am Tage in Betracht; dies setzt nach den AHP generalisierte und komplexe Anfälle mit Pausen von Wochen oder kleine Anfälle mit Pausen von Tagen voraus, die für sich einen Einzel-GdB von 60 bis 80 bedingen. Dies gilt beim **Diabetes** analog. Ein durch Insulin ausreichend kontrollierter Diabetes, bei dem es weder zu häufigen noch zu ausgeprägten Hypoglykämien kommt, rechtfertigt deshalb nicht den Nachteilsausgleich „B“ (SG Gelsenkirchen, Urteil vom 19.08.2003 - S 27 SB 67/02 -).

Zur Überbrückung der Zeit bis zu einer Herztransplantation werden Herz-

krankte häufig mit einem **Linksherzunterstützungssystem** (Kunstherz) versorgt. Auch wenn für diese Zeit eine zufriedenstellende Ventrikelfunktion vorliegt, sind die Voraussetzungen für „G“, „B“ und „RF“ regelhaft erfüllt (Beirat vom 28.-29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Implantation eines Linksherzunterstützungssystems“).

**Kehlkopflösen** ohne Ersatzstimme steht der Nachteilsausgleichs „B“ nur allein wegen dieser Beeinträchtigung nicht zu. In Verbindung mit erheblichen **zerebralen Störungen** kann die Kehlkopflöslichkeit jedoch zu Orientierungsstörungen führen, die wiederum den Nachteilsausgleich begründen können (Beirat vom 04.11.1987: „Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Kehlkopflösen ohne Ersatzstimme“).

Ein schwerbehindertes Kind, das an **Mukoviszidose** leidet und bei dem deshalb das Merkzeichen „H“ festgestellt worden ist, hat auch Anspruch auf das Merkzeichens „B“, wenn es an unkontrolliert auftretenden Hustenattacken, auch mit Blaufärbung, leidet und deshalb bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln auf fremde Hilfe angewiesen ist (LSG Saarland, Urteil vom 07.12.2004 - L 5 SB100/03 -).

Bei der Feststellung, ob einem schwerbehinderten Menschen der Nachteilsausgleich „B“ zusteht, kommt es auf die Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit an. **Psychische Störungen**, die eine Begleitperson deshalb erforderlich machen, weil der behinderte Mensch ohne Begleitung Angst hat, das Haus zu verlassen, rechtfertigen den Nachteilsausgleich somit nicht (SG Aachen, Urteil vom 09.10.2006 - S 17 SB 72/05 -). Anderes soll nach dem SG Augsburg, Urteil vom 31.07.2014 - S 8 SB 301/13 - gelten, wenn eine Angsterkrankung dazu führt, dass der behinderte Mensch bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (aus allerdings nicht in dem Urteil weiter dargelegten Gründen) fremder Hilfe beim Ein- und Aussteigen bedarf. Dies sieht im Ergebnis auch das LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25.04.2018 - L 13 SB 127/16 - so: Der Nachteilsausgleich „B“ ist gerechtfertigt, wenn der behinderte Mensch aufgrund seiner unüberwindbaren und auch nicht willentlich zu beeinflussenden Psychose und diffusen Ängste, innerer Verunsicherung und mangelnden Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten nicht mehr in der Lage ist, öffentliche Verkehrsmittel ohne fremde Hilfe zu benutzen.

Wenn der Behinderte zwei **Unterarmstützen** benötigt, kann er sich in fahrenden Zügen oder Bussen kaum festhalten, es drohen Stürze. Auch das Besteigen eines Zuges oder Busses wird sich dann bei einem massiv übergewichtigen Behinderten gefährlich gestalten. Dies gilt umso mehr, wenn zu den Bewegungsstörungen Unsicherheiten wegen drohender Schwindelanfälle hinzutreten (LSG NW, Beschluss vom 24.02.1998 - L 10 SVs 2/98 -).

## Teil D: 3. Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

### *Teil D 3 VMG und § 229 SGB IX (zuvor § 146 Abs. 3 SGB IX) Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)*

#### **1. Rechtslage ab 01.01.2018**

##### **§ 229 Abs. 3 SGB IX**

Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung - dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen - aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind. Verschiedenste Gesundheitsstörungen (insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems) können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten Beeinträchtigung gleich kommt.

#### **2. Rechtslage vom 30.12.2016 bis zum 31.12.2017**

**§ 146 Abs. 3 SGB IX** - wie zeitlich nachfolgend § 229 Abs. 3 SGB IX (s.o. Rechtslage ab 01.01.2018)

#### **3. Rechtslage bis 29.12.2016**

##### **VMG Teil D: 3. Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)**

**a)** Für die Gewährung von Parkerleichterungen für schwer behinderte Menschen nach dem Straßenverkehrsgesetz (StVG) ist die Frage zu beurteilen, ob eine außergewöhnliche Gehbehinderung vorliegt. Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.

- b)** *Als schwer behinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen Querschnittgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind.*
- c)** *Die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung darf nur auf eine Einschränkung der Gehfähigkeit und nicht auf Bewegungsbehinderungen anderer Art bezogen werden. Bei der Frage der Gleichstellung von behinderten Menschen mit Schäden an den unteren Gliedmaßen ist zu beachten, dass das Gehvermögen auf das Schwerste eingeschränkt sein muss und deshalb als Vergleichsmaßstab am ehesten das Gehvermögen eines Doppeloberschenkelamputierten heranzuziehen ist. Dies gilt auch, wenn Gehbehinderte einen Rollstuhl benutzen: Es genügt nicht, dass ein solcher verordnet wurde; die Betroffenen müssen vielmehr ständig auf den Rollstuhl angewiesen sein, weil sie sich sonst nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen können. Als Erkrankungen der inneren Organe, die eine solche Gleichstellung rechtfertigen, sind beispielsweise Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades anzusehen.*

### **I. Rechtslage ab 30.12.2016**

Durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23.12.2016, BGBl. I S. 3234, wurde mit Wirkung ab 30.12.2016 Teil D Nr. 3 VMG aufgehoben und dem § 146 SGB IX der Absatz 3 angefügt, der nunmehr die gesetzlichen Grundlagen zur Feststellung des Nachteilsausgleichs „aG“ „ enthält; mit Wirkung zum 01.01.2018 wurde § 146 SGB IX gleichlautend zum § 229 SGB IX (s. auch die unterschiedlichen Fassungen unter (S. 474) Teil D 3 VMG und § 229 Abs. 3 SGB IX).

Mit der Neufassung wurde weitgehend einem „modernerem Behinderebegriff“, aber auch der Rechtsprechung zu dem Nachteilsausgleich Rechnung getragen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen <Bundesteilhabegesetz - BTHG>, Deutscher Bundestag Drucksache 18/9522, 18. Wahlperiode, vom 05.09.2016) hat dazu ausgeführt:

*Zu Nummer 13 (§ 146) Die Berechtigung zur Benutzung eines Behindertenparkplatzes ist derzeit im Straßenverkehrsrecht geregelt. Nach § 45 Absatz 1b Nummer 2 StVO treffen die Straßenverkehrsbehörden die notwendigen Anordnungen im Zusammenhang mit der Kennzeichnung von Parkmöglichkeiten für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“), beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder vergleichbaren Funktionseinschränkungen sowie für blinde Menschen. Die außergewöhnliche Gehbehinderung wird in der Verwaltungsvorschrift zu § 46 Absatz 1 Nummer 11 StVO Rn 129 und 130 näher beschrieben. Danach sind als schwerbehinderte Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung „solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen: Querschnittsgelähmte, doppeloberschenkelamputierte, doppelunterschenkelamputierte, hüftexartikulierte und einseitig oberschenkelamputierte Menschen, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- und armamputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind.“*

*Im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach § 69 Absatz 4 SGB IX wird versorgungsmedizinisch auch geprüft, ob diese verkehrsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Ist dies der Fall, wird das Merkzeichen „aG“ zuerkannt und im Schwerbehindertenausweis eingetragen. Auf Vorlage des Schwerbehindertenausweises erteilt die Straßenverkehrsbehörde dann ohne weitere Prüfung die Ausnahmegenehmigung nach § 46 StVO und stellt einen Behindertenparkausweis aus (blau mit Rollstuhlsymbol).*

*Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach § 69 Absatz 4 SGB IX wird der internationale Standard angewandt. Dieser hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt. Es kommt bei dem biopsychosozialen Modell des modernen Behinderebegriffs nicht mehr auf das Vorliegen einer bestimmten Diagnose und auch nicht auf die Anzahl der Diagnosen an, sondern ausschließlich darauf, ob die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung in Wechselwirkung mit vorhandenen Barrieren im Einzelfall*



*zur Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und somit zu einer Behinderung führen. Dieser Standard ist niedergelegt in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, die das alte sogenannte Krankheitsfolgenmodell (ICIDH) bereits 2001 ablöste. Er ist auch die Grundlage für das Verständnis von Behinderung, das in der UN-Behindertenrechtskonvention zum Ausdruck kommt (z. B. in Artikel 1 Absatz 2). Auch der Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX ist in diesem Sinne final ausgerichtet.*

*Diesem neuen Standard entspricht die Definition der außergewöhnlichen Gehbehinderung im Verkehrsrecht nicht: Sie stellt zum einen bestimmte Diagnosen in den Mittelpunkt, ohne dass es auf eine daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung ankommt. Zum anderen macht sie nur unzureichend deutlich, dass eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht nur in einer Beeinträchtigung der Beine, sondern auch in einer Störung der Herztätigkeit, der Lungenfunktion, neurologischen Beeinträchtigungen, weiteren Gesundheitsstörungen oder in einer Kombination derselben begründet sein kann. Zwar lässt es der Wortlaut der Regelung bereits heute zu, auch solche anderen Gesundheitsstörungen in die Begutachtung einzubeziehen. Der derzeitige Text der Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung legt dies für die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte aber nicht nahe, weil für die Beeinträchtigung des Gehvermögens zahlreiche Beispiele aus dem orthopädischen Fachgebiet genannt sind, während für Gesundheitsstörungen aus anderen medizinischen Fachgebieten Beispiele vollständig fehlen.*

*Die Neuregelung übernimmt den bewährten geltenden Grundsatz, dass das Recht, Behindertenparkplätze zu benutzen, nur unter engen Voraussetzungen eingeräumt werden darf. Dafür spricht insbesondere, dass Parkraum in den Innenstädten nicht beliebig vermehrbar ist, ebenso wie auch der verkehrsrechtliche Ansatz seiner grundsätzlichen Privilegienfeindlichkeit, so dass mit Mitteln des Straßenverkehrsrechts nur ein Nachteilsausgleich eingeräumt werden kann und dieser ausschließlich unter dem Aspekt eines sicheren und geordneten Verkehrsablaufs. Dafür sprechen aber auch behinderungspolitische Erwägungen. Behindertenparkplätze müssen denjenigen schwerbehinderten Menschen vorbehalten bleiben, die sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeugs bewegen können. Das sind Menschen, die für ihre mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung einen Grad der Behinderung von mindestens 80 haben. Eine breite Ausweitung des Berechtigtenkreises würde dazu führen, dass die eigentliche Zielgruppe längere Wege zurücklegen müsste, weil dann Parkplätze belegt wären, die heute frei sind.*

*Durch den neuen Ansatz entfallen die bisherigen sich ausschließlich auf das orthopädische Fachgebiet beziehenden Beispiele. Dies hat den Vorteil, dass dann keine Fallgestaltung von vornherein bevorzugt oder ausgeschlossen wird, auch nicht dem Anschein nach. Denn ganz unterschiedliche Gesundheitsstörungen können dazu führen, dass sich jemand dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges fortbewegen kann. Die genannten Voraussetzungen können beispielsweise erfüllt sein bei*

- *zentralnervösen, peripher-neurologischen oder neuromuskulär bedingten Gangstörungen mit der Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist (insbesondere bei Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Parkinsonerkrankung, Para- oder Tetraspastik in schwerer Ausprägung),*
- *einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe oder einem Funktionsverlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung (insbesondere bei Doppel Oberschenkelamputierten und Hüftexartikulierten),*
- *schwerster Einschränkung der Herzleistungsfähigkeit (insbesondere bei Linksherzschwäche Stadium NYHA IV),*
- *schwersten Gefäßerkrankungen (insbesondere bei arterieller Verschlusskrankheit Stadium IV),*
- *Krankheiten der Atmungsorgane mit nicht ausgleichbarer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades,*
- *einer schwersten Beeinträchtigung bei metastasierendem Tumorleiden (mit starker Auszehrung und fortschreitendem Kräfteverfall).*

*Eine weitere Konkretisierung erfolgt - falls notwendig - im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Jede vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin eingesetzte Fachgruppe (z. B. Orthopädie, Hämatologie, Neurologie) wird auch darüber beraten, ob in ihrem spezifischen Fachgebiet für Gesundheitsstörungen, die dazu führen, dass sich jemand dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges fortbewegen kann, weitere Begutachtungsgrundsätze zu entwickeln sind. Diese werden dann in der Versorgungsmedizin-Verordnung ausdrücklich aufgeführt, so dass sich die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte danach richten können. Dies gilt auch für spezielle Kombinationen von Gesundheitsstörungen. Damit werden erstmals bundesweite Standards für die Benutzung von Behindertenparkplätzen durch schwerbehinderte Menschen gesetzt, deren Gesundheitsstörung nicht in erster Linie dem orthopädischen Fachbereich zuzuordnen ist. Diese Menschen erhalten dann*

*einen leichteren Zugang zu dem ihnen zustehenden Nachteilsausgleich. Dies gilt insbesondere für zentralnervöse, peripher-neurologische oder neuromuskulär bedingte Einschränkungen des Gehvermögens (wie bei Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose, M. Parkinson) und für Betroffene, die an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden.*

*Für die Menschen mit einer Gehbehinderung, die sich heute in der beispielhaften Aufzählung in der Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung wieder finden, ist der Wegfall dieser Aufzählung kein grundsätzlicher Nachteil. Dass die Menschen, die auf die Verwendung eines Rollstuhles angewiesen sind, auch künftig zum Berechtigtenkreis zählen, ist ausdrücklich geregelt. Auch bei einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe oder einem Funktionsverlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne die Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung werden die Voraussetzungen in der Regel vorliegen. Die immer besser werdenden Möglichkeiten prothetischer oder orthetischer Versorgung beeinflussen aber die tatsächliche Teilhabebeeinträchtigung und können deshalb nicht unberücksichtigt bleiben. Auch Menschen, die sich in der Vergangenheit dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen konnten wie insbesondere Doppelunterschenkelamputierte, könnten durch modernere Prothesen oder Orthesen in die Lage versetzt werden, sich ohne fremde Hilfe und ohne Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges zu bewegen. Ihre Beeinträchtigung verringert sich und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist auch ohne den Nachteilsausgleich „aG“ möglich. Sie gehören dann nicht mehr zum berechtigten Personenkreis. Das ist aber mit Rücksicht auf die stärker beeinträchtigten Menschen angemessen.*

*Die 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012) hat die Bundesministerin für Arbeit und Soziales gebeten, in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge für eine Neubestimmung des berechtigten Personenkreises zu erarbeiten. Diese Arbeitsgruppe bestand im Wesentlichen aus Vertreterinnen und Vertretern der Verkehrs- und Sozialressorts von Bund und Ländern, einzelnen Mitgliedern des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin und vom Deutschen Behindertenrat benannten Personen. Die Arbeitsgruppe teilt die obigen Erwägungen.*

Die Regelungen des § 229 Abs. 3 bzw. zuvor § 146 Abs. 3 SGB IX enthalten auch unter Berücksichtigung der Begründung des Gesetzesentwurfs nur wenige Neuerungen. Zwar werden jetzt explizit zentralnervöse, peripher-neurologische oder neuromuskulär bedingte Einschränkungen des Gehvermögens wie z.B. bei Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Morbus Parkinson angesprochen, aber bereits unter dem Regime des Teil D 3 VMG war es möglich, auch solche Gesundheitsstörungen in die Begutachtung einzubeziehen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 16.03.2016 - B 9 SB 1/15 R -). Es kann mithin weitgehend auf die die bisherigen Regelungen ausfüllende Rechtsprechung verwiesen werden. Diese sind eh schon deshalb von Interesse, weil § 146 Abs. 3 SGB IX erst ab 30.12.2016 Geltung hatte.

**Zu beachten wird aber zukünftig sein:**

- **Mit dem Gesetzeswortlaut „... mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht.“ ist vorgegeben, dass der Nachteilsausgleich „aG“ nur dann in Betracht kommt, wenn die „mobilitätsbezogene“ Behinderung für sich einen GdB von 80 bedingt. Es müssen nun also bereits die die Gehfähigkeit beeinträchtigenden Behinderungen für sich (d.h. als einzelne Behinderung oder in der Gesamtheit dieser die Gehfähigkeit beeinträchtigenden Behinderungen) einen GdB von 80 hervorrufen (s. zur früheren Rechtslage unten (S. 497) unter „Einzelfälle pp - Mindest-GdB“). Wird dieser GdB von 80 nicht erreicht, kommt es auf das Ausmaß der faktischen Einschränkung des Gehvermögens nicht mehr an. Indes wird bei einem behinderten Menschen, der diesen GdB nicht erreicht, sich tatsächlich aber dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann, wegen dieser Diskrepanz sehr genau zu prüfen sein, ob der GdB zutreffend ermittelt worden ist.**
- **Querschnittgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, erhielten früher, also vor dem 30.12.2016, ohne weitere Prüfung quasi kraft Verordnung das Merkzeichen „aG“ zuerkannt und im Schwerbehindertenausweis eingetragen. Diese Vorgabe ist nunmehr im Hinblick auf die immer besser werdenden Möglichkeiten prothetischer oder orthetischer Versorgung (s. dazu auch unten (S. 486 ff) unter 3. zur „prothetischen Versorgung“) entfallen. Es ist nun auch hier zu prüfen, ob bei dem Betroffenen die Voraussetzungen des § 229 Abs. 3 SGB IX (zuvor § 146 Abs. 3 SGB IX) vorliegen. In der o.a. Gesetzesbegründung ist dazu lediglich ausgeführt, dass bei einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe**

oder einem Funktionsverlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung (insbesondere bei Doppeloberschenkelamputierten und Hüftexartikulierten) die Voraussetzungen erfüllt sein können.

- Der zuvor genannte Personenkreis ist folgerichtig auch nicht mehr der Vergleichsmaßstab (*früher: „andere schwerbehinderte Menschen, die ... dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind.“*).
- Erstaunlich ist allerdings, dass in der weiterhin (Mai 2018) geltenden Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung (VwV-StVO) i.d.F. vom 22.05.2017 (BAnz AT 29.05.2017 B8) zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis - unter Nummer 11 - Ausnahmegenehmigungen für schwerbehinderte Menschen - der Kreis der außergewöhnlich gehbehinderten Menschen weiterhin mit *„Querschnittsgelähmte, doppeloberschenkelamputierte, doppelunterschenkelamputierte, hüftexartikulierte und einseitig oberschenkelamputierte Menschen, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehend angeführten Personenkreis gleichzustellen sind.“* bestimmt wird.
- Unabhängig davon ist für die nun zu vollziehende Prüfung Eingangsfrage, ob der schwerbehinderte Mensch auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung dauerhaft, auch für sehr kurze Entfernungen, aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen ist (so schon LSG NRW, Urteil vom 14.03.2001 - L 10 SB 86/00 -, s. aber auch u.a. dies nicht bestätigend BSG, Urteil vom 10.12.2002 - B 9 SB 7/01 R -).

Dementsprechend hat die bisher zu der „Neuregelung“ ergangene Rechtsprechung festgestellt, dass die am 30.12.2016 in Kraft getretenen Änderungen der Rechtsgrundlagen für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „aG“ im Ergebnis zu keiner Änderung bei den Feststellungsvoraussetzungen führen, **dass allerdings ausdrücklich eine allein mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung mit einem GdB von 80 festgestellt werden muss** (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.01.2017 - L 8 SB 943/16 -; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 06.04.2017 - L 13 SB 13/17 B ER - und Urteile vom 15.06.2017 - L 13 SB 259/15 und L 13 SB 172/14 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 02.05.2018 - L 17 SB 347/17 -; LSG Hamburg, Urteil vom 14.05.2019 - L 3 SB 22/17 -; SG Osnabrück, Gerichtsbescheid vom 27.11.2029 - S 30 SB 543/17 -).

Es kann somit verwiesen werden auf die:

## **II. Rechtslage bis 29.12.2016**

- s. zur Rechtslage u.a. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2017 - L 6 SB 4071/16 -

1. **Nach dem Straßenverkehrsgesetz** - StVG - in Verbindung mit den Verwaltungsvorschriften zur Straßenverkehrsordnung - VwV-StVO - erhalten schwerbehinderte Menschen mit „außergewöhnlicher Gehbehinderung“ (s. dazu (S. 486) ab Rdn. 2) das Recht, bestimmte nur für sie vorgehaltene Parkplätze zu nutzen (s. dazu VwV-StVO zu § 45 - Verkehrszeichen und Verkehrseinrichtungen), sowie in der VwV-StVO im Einzelnen beschriebene Parkerleichterungen (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis).

Auch **Blinde Menschen** (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis Rdn. 134) können diese Rechte in Anspruch nehmen, erhalten aber nicht den Nachteilsausgleich „aG“ (LSG NRW, Urteil vom 19.06.2001 - L 6 SB 32/01 - ; Beirat vom 23.11.1983: „Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Blindheit,,“).

Gleiches gilt nun auch für schwerbehinderte Menschen mit beidseitiger **Amelie** oder **Phokomelie** oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis Rdn. 135), da diese durch die Änderung des StVG vom 03.02.2009 (BGBl. Teil 1 S. 150) außergewöhnlich gehbehinderten Menschen gleichgestellt worden sind. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese Personengruppe wie die außergewöhnlich Gehbehinderten auch von der Kraftfahrzeugsteuer befreit sind, da § 3a Abs. 1 Kraftfahrzeugsteuergesetz die Befreiung nur für behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „H“, „Bl“ oder „aG“ vorsieht.

Darüber hinaus wurden in einigen Bundesländern von den Verkehrsbehörden in untergesetzlichen Normen sog. Parksonderrechte für verschiedene Personengruppen (z.B. für Stromaträger in Rheinland-Pfalz) eingeräumt, auch wenn eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht bestand (Parkerleichterungen außerhalb der aG-Regelung oder „aG-light“). Durch Änderungsvorschrift vom 04.06.2009 (BAnz 2009, Nr. 84, S. 2050) erfolgte nun aber (s. S. 484) eine bundeseinheitliche Regelung; der Personenkreis, der die Parkerleichterungen (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis Rdn. 118), d.h. aber nicht die Behindertenparkplätze, nutzen darf, wurde konkretisiert und bestimmt mit:

- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken);
- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane;
- Schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt;
- Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis Rdn. 136).

Die Genehmigung zur Nutzung der Parkerleichterungen ist von den örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörden zu erteilen. Da die Genehmigungsvoraussetzungen weitgehend an den GdB bzw. an Nachteilsausgleiche anknüpfen, müssen diese zuvor von der Versorgungsverwaltung im Verfahren nach dem SGB IX festgestellt werden. Indes hat der Betroffene gegen das Versorgungsamt keinen Anspruch auf Erteilung einer Bescheinigung als Nachweis für eine Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 08.07.2015 - L 13 SB 11/12 -).

Eingeschränktere Parkerleichterungen erhalten nach der VwV-StVO - zu Nummer 4a und 4b - Ohnhänder und Kleinwüchsige. Ein **Ohnhänder** ist aber allein wegen dieser Behinderung nicht außergewöhnlich gehbehindert i.S.d. Nr. 31 AHP (BSG, Urteil vom 08.05.1981 - 9 RVs 5/80 -).

S. im Übrigen die Übersicht (s. S. 484)

„Aktuelle bundesweit geltende Parkerleichterungen“

### **Aktuelle bundesweit geltende Parkerleichterungen**

Die gesetzlichen Regelungen zu Parkerleichterungen aufgrund gesundheitlicher Handicaps sind unübersichtlich (s. dazu die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung); es bestehen immer wieder Fragen zu den einzelnen Rechten aufgrund gewährter Erleichterungen. Die nachfolgende Übersicht soll Betroffenen weiterhelfen:

- 1.)** Auf Parkplätzen, die mit dem Zusatzzeichen „**Rollstuhlfahrersymbol**“ versehen sind, dürfen mit dem EU-weit gültigen Parkausweis parken:
- a. schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (hierzu zählen Querschnittsgelähmte und Doppelschenkelamputierte sowie Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die nicht dauerhaft ein Kunstbein oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind) sowie schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind,
  - b. blinde Menschen,
  - c. schwerbehinderte Menschen mit Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen.

Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, die keine Fahrerlaubnis besitzen, kann eine Ausnahmegenehmigung ausgestellt werden, dass der sie jeweils befördernde Kraftfahrzeugführer von den entsprechenden Vorschriften der StVO befreit ist.

Diese Personen dürfen zudem:

1. bis zu drei Stunden an Stellen (mit Parkscheibe) parken, an denen das eingeschränkte Haltverbot angeordnet ist (auf Antrag kann für bestimmte Haltverbotsstrecken auch eine längere Parkzeit genehmigt werden),
2. im Bereich eines Zonenhaltverbots die zugelassene Parkdauer überschreiten,
3. auf Parkflächen, bei denen durch ein Zusatzzeichen eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist, über die zugelassene Zeit hinaus parken,
4. in Fußgängerzonen, in denen das Be- oder Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist, während der Ladezeiten parken,
5. an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten (ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung) parken,
6. auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden zu parken,
7. in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen parken, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern.

Dies gilt jedoch nur, sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht. Die höchstzulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden.



**2.) Anspruch auf eine Ausnahmegenehmigung haben:**

- a. schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken),
- b. schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atemorgane,
- c. schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein GdB von mindestens 60 vorliegt,
- d. schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von mindestens 70 vorliegt

Diese dürfen:

1. bis zu drei Stunden an Stellen (mit Parkscheibe) parken, an denen das eingeschränkte Haltverbot angeordnet ist (auf Antrag kann für bestimmte Haltverbotsstrecken auch eine längere Parkzeit genehmigt werden),
2. im Bereich eines Zonenhaltverbots die zugelassene Parkdauer überschreiten,
3. auf Parkflächen, bei denen durch ein Zusatzzeichen eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist, über die zugelassene Zeit hinaus parken,
4. in Fußgängerzonen, in denen das Be- oder Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist, während der Ladezeiten parken,
5. an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten (ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung) parken,
6. auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden zu parken,
7. in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen parken, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern.

Dies gilt jedoch nur, sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht. Die höchstzulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden.

Nicht geparkt werden darf mit der Ausnahmegenehmigung auf den mit dem Rollstuhlsymbol gekennzeichneten Flächen.

## 2. Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung

Wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann, ist **beispielhaft** in Teil D 3 b VMG bzw. in der VwV-StVO aufgeführt. Dem dort ausdrücklich genannten Personenkreis steht der Nachteilsausgleich ohne jede weitere Prüfung zu. Die VwV-StVO verstößt nicht gegen höherrangige Rechtsvorschriften; für eine willkürliche Nichtberücksichtigung der von ihr nicht erfassten behinderten Menschen im Verhältnis zum begünstigten Personenkreis bestehen keine Anhaltspunkte (BSG, Beschluss vom 28.05.1997 - 9 BVs 69/96 -).

Der genannte Personenkreis ist hinsichtlich der Querschnittsgelähmten etwas unscharf umschrieben. Unklar ist, ob auch „**inkomplett Querschnittsgelähmte**“ Anspruch auf den Nachteilsausgleich haben. Dafür spricht zwar, dass das klinische Wörterbuch „Pschyrembel“ beide Formen der Querschnittslähmung unter dem Oberbegriff „Querschnittläsion“ abhandelt. Die AHP gingen aber unter Nr. 26 Abs. 3 (Rückenmarkschäden) davon aus, dass Querschnittslähmung nur dann vorliegt, wenn „quer durch das Rückenmark alle Bahnen (...) vollkommen unterbrochen sind“. Dementsprechend hat das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 23.09.2004 - L 6 SB 122/04 -) ausgeführt, dass zu den Querschnittsgelähmten, denen der Nachteilsausgleich „aG“ zusteht, nur behinderte Menschen mit einer kompletten Querschnittslähmung zählen. In den VMG ist die in den AHP enthaltene Definition der Querschnittslähmung indes entfallen. Dennoch ist an der Definition der AHP festzuhalten; denn der ansonsten beschriebene Personenkreis, dem das Merkzeichen quasi kraft Gesetzes zusteht, ist eindeutig zu bestimmen; die ansonsten verwandten Begriffe sind keiner Auslegung zugänglich.

3. Neben dem in der VwV-StVO aufgeführten Personenkreis steht anderen schwerbehinderten Menschen der Nachteilsausgleich „aG“ zu, wenn sie „nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind“.

Diese Formulierung hat die Gerichte schon in Ermangelung eines greifbaren Vergleichsmaßstabes fortlaufend beschäftigt und zu vielfachen Lösungsversuchen geführt.

Einer Festlegung anhand der von dem behinderten Menschen **maximal zurücklegbaren Wegstrecke** (vgl. dazu u.v.a.

- BSG, Beschluss vom 15.02.1995 - 9 BH (Vs) 1/94 -: Eine noch vorhandene Gehfähigkeit von 200 m als für den Nachteilsausgleich „aG“ als nicht ausreichend anzusehen, hält sich im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

- LSG NRW, Beschluss vom 05.06.1996 - L 10 SVs 5/96 -: Eine Gleichstellung mit dem ausdrücklich als außergewöhnlich gehbehindert beschriebenen Personenkreis ist erst dann gegeben, wenn die Gehstrecke so extrem eingeschränkt ist, dass selbst kürzeste Entfernungen nicht mehr zurückgelegt werden können. Das sind bei einem erheblichen GdB von 80 und mehr für die maßgebliche, das Gehen einschränkende Einzelbehinderung Strecken von etwa 50 Metern, wie sich auch aus dem Rückschluss auf die Bewertung von Verschlusskrankheiten in den AHP ergibt.
- LSG NRW, Urteil vom 25.02.1997 - L 6 Vs 172/96 -: Eine mögliche Gehstrecke von 300 m liegt deutlich über der Strecke, die außergewöhnlich Gehbehinderte üblicherweise zurücklegen können. Soweit der Kläger für eine solche Wegstrecke erhebliche Zeit benötigt, liegt die Ursache dafür nicht in einer funktionellen Einschränkung der Gehfähigkeit, sondern darin, dass der Kläger wegen seiner geistigen Behinderung mit psychomotorischer Unruhe ständig abgelenkt ist, zum Weitergehen angeleitet und auch ständig überwacht werden muss. Diese Umstände rechtfertigen jedoch nicht die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „aG“.
- Eine Beurteilung nach Wegstrecke ablehnend:  
Beirat vom 31.10.1989: „Vergleichsmaßstab?“, Beirat vom 25.04.1990: „Nochmals: Kriterien für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung“ und Beirat vom 24./25.04.2002: „Gutachtliche Beurteilung einer „außergewöhnlichen Gehbehinderung“ bei eingeschränkter Gehstrecke“)

hat das BSG ebenso wie seinem eigenen Versuch, einen Vergleichsmaßstab über Bemessung des **Energieaufwandes** zu finden, (BSG, Urteil vom 17.12.1997 - 9 RVs 16/96 -)

oder dem Hinweis, die u.a. als Vergleichsmaßstab genannten **Doppelunterschenkelamputierten** könnten vor dem Hintergrund deutlicher Fortschritte in der Prothesentechnik **bei guter prothetischer Versorgung** ohne Schwierigkeiten, Wegstrecken auch von mehr als 1 Kilometer - mit einer Geschwindigkeit von 4 km/h - zu Fuß zurückzulegen, so das der anspruchsberechtigte Personenkreis auszuweiten sei, und auch der Begrenzung des Nachteilsausgleichs auf Behinderte, die quasi auf einen **Rollstuhl** angewiesen sind (LSG NRW, Urteil vom 14.03.2001 - L 10 SB 86/00 -),

im Dezember 2002 letztlich eine Absage erteilt (s.u.).

Ausgangspunkt aller Überlegungen war und ist weiterhin vielmehr,

- dass eine außergewöhnliche Gehbehinderung nur vorliegen kann, wenn die Möglichkeit der Fortbewegung in einem hohen Maße, nämlich auf das Schwerste, eingeschränkt ist,
- und dass dabei ausdrücklich auf die Behinderung beim Gehen abzustellen ist (stellvertretend für v.A.: BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 11/95 -).

Das BSG hat dazu in seinen Entscheidungen (s. stellvertretend BSG, Urteil vom 12.02.1997 a.a.O.) deutlich gemacht, dass die AHP (VMG) hinsichtlich der außergewöhnlichen Gehbehinderung eng auszulegen sind. Sinn sei es, für den wirklich aufs schwerste gehbehinderten Personenkreis sicherzustellen, dass Parkmöglichkeiten jederzeit vorhanden sind. Der Nachteilsausgleich solle allein die neben der Personenkraftwagenbenutzung unausweichlich anfallende tatsächliche Wegstrecke soweit wie möglich verkürzen.

Darauf aufbauend hat das BSG (Urteil vom 10.12.2002 - B 9 SB 7/01 R -) den bisherigen Streit zunächst abschließend festgelegt:

Es kommt es nicht darauf an, welche Wegstrecke ein Schwerbehinderter außerhalb seines Kraftfahrzeuges zumutbar noch bewältigen kann, sondern darauf, **unter welchen Bedingungen** ihm dies nur noch möglich ist: nämlich **nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung**. Wer diese Voraussetzung - praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an - erfüllt, qualifiziert sich für den Nachteilsausgleich „aG“ auch dann, wenn er gezwungenermaßen auf diese Weise längere Wegstrecken zurücklegt (Revisionsurteil zu LSG NRW, Urteil vom 14.03.2001 - L 10 SB 86/00 - und Fortsetzung unter LSG NRW, Urteil vom 17.12.2003 - L 10 SB 20/03 -). Dabei ist das Gehen in einem normalen Lebensumfeld mit Bordsteinkanten, abfallenden und ansteigenden Wegen und Bodenunebenheiten entscheidend (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.01.2015 - L 13 SB 22/14 -).

Diese Rechtsprechung hat das BSG nachfolgend in weiteren Urteilen (BSG, Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R - und BSG, Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R -) präzisiert:

Gradmesser für die Anstrengung können Schmerzen bzw. Erschöpfungsbild sein. Das **Erschöpfungsbild** lässt sich u.a. aus der Dauer der erforderlichen Pause sowie den Umständen herleiten, unter denen der behinderte Mensch nach der Pause seinen Weg fortsetzt. Nur kurzes Pausieren mit anschließendem Fortsetzen des Weges ohne zusätzliche Probleme ist im Hinblick auf den durch die Vergleichsgruppen gebildeten Maßstab zumutbar. Die für „aG“ geforderte große körperliche Anstrengung dürfte gegeben sein, wenn eine Wegstreckenlimitierung auf 30 m darauf beruht, dass der behinderte Mensch bereits nach dieser

kurzen Wegstrecke erschöpft ist und er neue Kräfte sammeln muss, bevor er weitergehen kann. Das Abstellen auf ein starres Kriterium ermöglicht allerdings keine sachgerechte Beurteilung; ob die erforderlichen großen körperlichen Anstrengungen beim Gehen vorliegen, ist Gegenstand tatrichterlicher Würdigung, die sich auch auf einen dem Gericht persönlich vermittelten Eindruck stützen kann.

4. Daraus ergibt sich dann auch zwingend, dass andere Behinderungen, die zwar nicht die Gehfähigkeit beschränken, ein Parken auf Behindertenparkplätzen aber durchaus wünschenswert erscheinen lassen - z.B. weil Behindertenparkplätze breiter zugeschnitten sind und die Behinderung ein besonders **weites Öffnen der Pkw-Türen** erforderlich macht - für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs nicht ausreichen (BSG, Urteil vom 03.02.1988 - 9/9a RVs 19/86 -, LSG Berlin, Urteil vom 20.04.2004 - L 13 SB 30/03 -, LSG Berlin, Urteil vom 18.05.2004 - L 13 SB 9/03 -, BSG, Urteil vom 05.07.2007 - B 9/9a SB 5/06 R -, Bayerisches LSG, Urteil vom 29.02.2012 - L 16 SB 151/11 -; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 10.07.2013 - L 7 SB 52/11 -).
5. Bei **Erkrankungen innerer Organe** kommt der Nachteilsausgleich „aG“ z.B. bei Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz (vgl. Teil B 9.1.1 VMG) sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades in Betracht. Bei **Lungenerkrankungen** muss gemäß Teil B 8.3 VMG eine dauernde **Einschränkung der Lungenfunktion** schweren Grades vorliegen, d. h. die Einschränkung der Lungenfunktion muss für sich allein einen GdB von 80 bedingen. Es reicht nicht aus, wenn die Lungenerkrankung insgesamt einen GdB von 80 bedingt. Entsprechendes gilt bei **Herzkrankungen**. Ein Herzschaden, der einen GdB von 80 bedingt, führt daher nicht automatisch zur Zuerkennung von „aG“; es kommt entscheidend auf die sich auf die Gehfähigkeit negativ auswirkende Leistungsbeeinträchtigung an (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen - außergewöhnliche Gehbehinderung bei Herzleistungsminderung“ und Beirat vom 29.-30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichtester Belastung“).

6. Nach der Rechtsprechung des BSG soll auch ein **bevorstehendes Krankheitsstadium** die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „aG“ dann rechtfertigen, wenn beim behinderten Menschen zwar noch kein Zustand besteht, der eine Gleichstellung mit dem in der VwV-StVO - ausdrücklich genannten Personenkreis rechtfertigt, wenn aber - wegen **akuter Verschlimmerungsgefahr** - die Gehstrecke soweit wie irgend möglich eingeschränkt werden muss und der Behinderte zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken in den Regel einen Rollstuhl benutzen sollte (BSG, Urteil vom 11.03.1998 - B 9 SB 1/97 R -). Dieser Rechtsprechung ist allerdings schwerlich zu folgen. Sie ist mit dem Wortlaut der VwV-StVO nicht in Einklang zu bringen und stützt sich auf einen dem Schwerbehindertenrecht wesensfremden Gesichtspunkt, nämlich **prognostische Erwägungen**. Die VMG sehen dazu in Teil A 2 h VMG ausdrücklich vor, dass Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, bei der GdB-Beurteilung nicht zu berücksichtigen sind. Entsprechendes muss aus rechtlicher Sicht für Nachteilsausgleiche gelten.

Auch der SVB hat sich mit der vorgenannten Rechtsprechung des BSG kritisch auseinandergesetzt. Er hat dazu die Auffassung vertreten, dem Urteil des BSG könne jedenfalls insoweit nicht gefolgt werden, als prognostische Aussagen zum weiteren Verlauf eines Leidens für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung genügen würden. Nur die medizinische Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung im Sinne der VwV-StVO rechtfertigt die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs. Schon im **Zeitpunkt der Beurteilung** müssten klinisch so schwerwiegende Beeinträchtigungen vorliegen, dass der behinderte Mensch zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken i. d. R. auf einen Rollstuhl angewiesen sei (Beirat vom 25./26.11.1998: „Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen - außergewöhnliche Gehbehinderung - Konsequenzen aus dem Urteil des BSG vom 11.03.1998?“).

7. Auf rechtliche Konsequenzen aus der Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „aG“ ist hinzuweisen:

a) Behindertenparkplätze können für aG-Behinderte frei gemacht werden.

Ein ordnungswidrig auf einem Behindertenparkplatz abgestelltes Fahrzeug kann auch dann auf Kosten des Fahrzeughalters abgeschleppt werden, wenn ein Berechtigter nicht konkret am Parken gehindert wird. An der Verfügbarkeit von Behindertenparkplätzen zugunsten der Schwerbehinderten besteht in der Regel ein öffentliches Interesse, das den privaten Belangen von nicht Parkberechtigten vorgeht, selbst wenn diese durch das Abschleppen ihrer Fahrzeuge erhebliche Nachteile in Kauf nehmen müssen. Angesichts ihrer besonderen Hilfsbedürftigkeit und Schutzwürdigkeit müssen Schwerbehinderte darauf vertrauen

können, dass ihnen die speziell für sie eingerichteten Parkplätze jederzeit zur Verfügung stehen und notfalls mit polizeilicher Gewalt freigegeben werden (Verwaltungsgerichtshof München, Beschluss vom 11.07.1988 - 21 B 88.00504 -).

b) Behindertenparkplätze dürfen auch von berechtigten Schwerbehinderten nicht zeitlich unbegrenzt belegt werden.

Nach Auffassung des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz - 7 A 15/88 - darf ein Schwerbehinderter einen Behindertenparkplatz nur so lange belegen, wie dies für seine Belange (z.B. Arztbesuch, Einkauf) notwendig ist. Ansonsten werde das Fahrzeug auf dem Behindertenparkplatz auch von Behinderten unberechtigt abgestellt und dürfe von der Polizei abgeschleppt werden: Die Klägerin hatte ihre blinde 12jährige Tochter nach Mainz gefahren und das Kraftfahrzeug stundenlang auf dem Behindertenparkplatz abgestellt. Als ein schwerbehinderter Mann denselben Parkplatz benutzen wollte, benachrichtigte er die Polizei. Das parkende Fahrzeug wurde abgeschleppt; der Klägerin wurden die Kosten auferlegt.

c) Die Parkzeit kann auch für aG-Behinderte eingeschränkt sein.

Das durch das Verkehrszeichen 314 (Parkplatz) erlaubte Parken, das zu Gunsten von Schwerbehinderten mit außergewöhnlicher Gehbehinderung und von Blinden durch das Zusatzzeichen 1044-10 (Rollstuhl) beschränkt ist, kann durch das Zusatzzeichen 1040-32 (Sinnbild Parkscheibe 2 Std.) auch für diesen Kreis von Begünstigten zeitlich beschränkt werden (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 22.10.2001 - 5 S 69/01 -).

d) Folgen des Missbrauchs eines Behindertenparkausweises

Wer einen Behindertenparkausweis (Merkzeichen „aG“), der für einen anderen ausgestellt ist, durch bloße Auslegen im Fahrzeug unberechtigt verwendet, macht sich nicht wegen Missbrauchs von Ausweispapieren, wegen versuchten Betrugs, Erschleichens von Leistungen oder Urkundenfälschung schuldig; in Betracht kommt allein eine Ordnungswidrigkeit (OLG Stuttgart, Beschluss vom 27.08.2013 - 2 Ss 349/13 -).

## 8. Einzelfälle pp

### **Adipositas**

S. dazu zunächst die Anmerkung zu Teil B 15.3 VMG - Adipositas. Dort wie - insbesondere - hier, aber auch beim Nachteilsausgleich „G“ (Teil D 1 VMG) sind der Rechtssprechung Beurteilungsschwierigkeiten zu entnehmen, die auf einer mangelnden, ggf. aber auch unmöglichen Differenzierung zwischen den funktionellen Auswirkungen bzw. Folgschäden einer Adipositas zu beruhen scheinen. Nach Teils B 15.3 VMG beding die Adipositas allein keinen GdS. Nur **Folge- und Begleitschäden** (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdS begründen, gleiches gilt für die besonderen funktionellen **Auswirkungen einer Adipositas permagna**. Liegen also Folge- und Begleitschäden einer Adipositas oder funktionelle Auswirkungen einer Adipositas permagna vor, so können diese - im Gegensatz zu funktionellen Beeinträchtigungen, die ausschließlich auf die Übergewichtigkeit zurückzuführen sind, - einen GdB bedingen und sind dann auch hinsichtlich der Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs „aG“ zu berücksichtigen, wenn sie die Mobilität beeinträchtigen.

Ob eine solche Differenzierung erfolgt ist, erschließt sich den folgenden beiden Entscheidungen wohl eher nicht:

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19.07.2005 - L 4 SB 54/05 -: Begründen die festgestellten Funktionseinschränkungen für sich nicht das Vorliegen einer außergewöhnlichen Gehbehinderung, sondern verursacht erst das Hinzutreten einer Adipositas per magna die Geheinschränkung, sind die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „aG“ nicht erfüllt.

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25.01.2007 - L 11 SB 23/02-26 -: Eine Adipositas (Übergewicht von mehr als 50 kg) ist in der Regel nicht als Behinderung i.S.d. Schwerbehindertenrechts anzusehen. Sie kann deshalb auch nicht die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „aG“ rechtfertigen.

Anders hingegen:

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 02.05.2018 - L 17 SB 347/17 -: Die Adipositas per magna als solche ist nicht mit einem eigenständigen GdB zu bewerten, lediglich deren besondere funktionelle Auswirkungen, z.B. am Stütz- und Bewegungsapparat, können einen GdB begründen. Sind diese Auswirkungen in die GdB-Bewertung der funktionellen Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates eingeflossen, besteht für eine darüber hinausgehende Berücksichtigung der Adipositas im Rahmen der tatbestandlichen Voraussetzung des Vorliegens eines mobilitätsbezogenen GdB von mindestens 80 v.H. keine Grundlage.



LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 03.12.2009 - L 13 SB 235/07 -: Die funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna sind nicht nur bei Einschätzung eines aus anderen Gesundheitsstörungen folgenden GdB (erhöhend) zu berücksichtigen, sondern auch insoweit, als sie zu einer Einbuße der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr führen. Dieser zum Merkzeichen „G“ ergangenen Rechtsprechung (s. dazu Anmerkung zu Teil B 15.3 - Adipositas (S. 330)) ist auch für das besondere gesundheitliche Merkmal der außergewöhnlichen Gehbehinderung („aG“) zu folgen. So müssen z.B. das Zusammenwirken der orthopädischen Behinderungen und einer schweren Adipositas bei der Feststellung der Behinderung und dem dadurch veranlassten Nachteilsausgleich berücksichtigt werden.

### **Allgemeines**

Bei der Beurteilung des Gangbildes können **Videoaufnahmen** berücksichtigt werden (SG Aachen, Urteil vom 29.04.2014 - S 12 SB 755/13 -).

Wegen der begrenzten städtebaulichen Möglichkeiten, Raum für Parkerleichterungen zu schaffen, sind **hohe Anforderungen** zu stellen, um den Kreis der „aG“-Begünstigten klein zu halten (SG Karlsruhe, Urteil vom 20.05.2014 - S 1 SB 2343/13 -).

### **Anfallsleiden**

Auch häufig auftretende Anfälle, die zur Bewegungsunfähigkeit führen, rechtfertigen „aG“ nicht, da sie nicht ständig auftreten. Eine Gleichstellung kommt nur in Betracht, wenn der Anfallskranke wegen gleichbleibender Anfallshäufigkeit ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Auch die ständige Gefahr, einen Anfall zu erleiden, reicht nicht aus (BSG, Urteil vom 29.01.1992 - 9a RVs 4/90 -).

Der Nachteilsausgleich „aG“ steht Behinderten nicht zu, die wegen eines Anfallsleidens oder wegen Störungen der Orientierungsfähigkeit zwar nur unter Aufsicht gehen können, aber nicht auf einen Rollstuhl angewiesen sind (BSG, Urteil vom 13.12.1994 - 9 RVs 3/94 -).

### **Arterielle Verschlusskrankheiten**

Die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung hängt nicht von der Höhe des GdB ab; im Einzelfall kann das Merkzeichen „aG“ jedoch in Betracht kommen, wenn die schmerzfreie Gehstrecke deutlich unter 50 m liegt (Beirat vom 10.04.1991: „Merkzeichen „aG“ bei arteriellen Verschlusskrankheiten“).

### **Berufliche Betroffenheit**

Der vom SG Stuttgart, Urteil vom 19.03.2009 - S 6 SB 777/08 -, vertretenen Auffassung, bei der Prüfung, ob das Merkzeichen „aG“ anzuerkennen ist, könne ein berufsbedingtes Angewiesensein auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs mitberücksichtigt werden, dürfte nur schwerlich zu folgen sein; denn dem Schwerbehindertenrecht ist eine Berücksichtigung einer besonderen Betroffenheit im Berufsleben fremd (s. Anmerkung (S. 20) zu Teil A 2 b - Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB); Dau, Besonderes berufliches Betroffensein bei „aG“, jurisPR-SozR 19/2009 Anm. 5).

### **Demenzerkrankte**

Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung können sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen. Zu diesem Kreis gehören Demenzerkrankte, die weglafen und orientierungslos umherirren, nicht; denn die körperliche Gehfähigkeit, auf die abzustellen ist, ist nicht eingeschränkt. Als „Ausgleich“ ist der Nachteilsausgleich „B“ (Notwendigkeit ständiger Begleitung) vorgesehen (SG Duisburg, Urteil vom 16.11.2004 - S 24 SB 94/04 -). Das Urteil wurde bestätigt durch LSG NRW, Urteil vom 25.08.2005 - L 7 SB 176/04 -: Einem an Demenz erkranktem Menschen, der wegen der Beeinträchtigung seines Orientierungsvermögens und seines unkontrollierbaren Bewegungsdranges der Führung durch eine Begleitperson bedarf, steht der Nachteilsausgleich „aG“ allein deswegen nicht zu. Hinzukommen muss vielmehr eine so starke Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter, dass eine verantwortungsbewusste Begleitperson ihn im innerstädtischen Fußgängerverkehr nicht mehr führen, sondern regelmäßig nur noch im Rollstuhl befördern würde.

### **Dermatomyositis**

Die Maßstäbe zur Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „aG“ sind auch bei der Beurteilung der Einschränkung des Gehvermögens eines an mit Muskellähmungen, Muskelschwäche und mit Schmerzen verbundener Dermatomyositis leidenden behinderten Menschen anwendbar (BSG, Beschluss vom 15.08.2000 - B 9 SB 33/00 B -).

### **Doppelunterschenkelamputierte als Vergleichsmaßstab**

Doppelunterschenkelamputierte sind in der Regel nicht als Vergleichsgruppe für die Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung geeignet (Beirat vom 10.04.1991: „Orthopädische Versorgung Doppelunterschenkelamputierter - Merkzeichen aG“). Auch wenn bei diesen - so der SVB - nicht in jedem Fall die Überzeugung gewonnen werden könne, dass sie „sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeugs bewegen

können“, sei „aG“ solange regelhaft festzustellen, wie die VwV-StVO in dieser Form bestehe (Beirat vom 30.10.1985: „Außergewöhnliche Gehbehinderung bei Doppelunterschenkelamputierten“). Indes werde empfohlen, die Doppelunterschenkelamputierten aus dem Kreis der nach der VwV-StVO generell Berechtigten zu streichen (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „aG“ bei Doppelunterschenkelamputierten“). Allerdings sei auch nicht regelhaft als Vergleichsmaßstab auf die gehunfähigen, dauernd auf den Rollstuhl angewiesenen Doppeloberschenkelamputierten abzustellen, da dies zu einer nicht gewollten Einschränkung des anspruchsberechtigten Personenkreises führen würde (Beirat vom 15./16.04.1997: „Vergleichsmaßstäbe bei der Beurteilung der außergewöhnlichen Gehbehinderung“).

Zur Feststellung der Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs „aG“ ist bei nicht beinamputierten behinderten Menschen der Vergleich mit den Personen zu ziehen, die nach der VwV-StVO als außergewöhnlich gehbehindert genannt sind. Bei einem Vergleich mit Doppelunterschenkelamputierten, ist nicht der prothetisch gut versorgte Behinderte Vergleichsmaßstab, sondern der Doppelunterschenkelamputierte, der prothetisch nicht oder unzureichend versorgt ist (LSG NRW, Urteil vom 12.03.2002 - L 6 SB 120/01 -).

### ***Down-Syndrom***

Ein schwerbehinderter Mensch, der mongoloid und taubstumm ist, an Bewegungseinschränkungen beider Hände leidet und weder schreiben noch lesen kann, gehört nicht zu dem in den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften angeführten Personenkreis; er ist diesem auch nicht gleichzustellen (BSG, Urteil vom 06.11.1985 - 9a RVs 7/83 -).

### ***Einstweilige Anordnung***

Auch wenn noch nicht abschließend festgestellt werden kann, ob der behinderte Mensch die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ erfüllt, ist ihm im Rahmen der Folgenabwägung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vorläufig der Nachteilsausgleich zuzusprechen, wenn die Möglichkeit einer zeitweilig andauernden Verletzung der grundgesetzlichen Gewährleistung der Menschenwürde nicht verneint werden kann (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 28.01.2011 - L 11 SB 288/10 B ER -). Grundsätzlich gilt jedoch, dass das Begehren, im einstweiligen Rechtsschutzverfahren den Nachteilsausgleich „aG“ zu erhalten, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens vorwegnimmt. Deshalb müssen besondere Gründe vorliegen, die eine solche Anordnung gebieten. Es muss glaubhaft gemacht werden, dass schwerwiegenden Nachteile drohen, wenn dem Begehren auf Erteilung des begehrten Merkzeichens nicht sofort entsprochen wird, mithin dass die Vorwegnahme der Hauptsache

unerlässlich ist (u.v.a. LSG Berlin-Brandenburg, Beschlüsse vom 27.08.2012 - L 13 SB 129/12 B ER und L 13 SB 159/12 B ER -; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23.11.2012 - L 8 SB 3897/12 ER-B-; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 19.11.2014 - L 10 SB 382/14 ER -). Der Nachteil in Form gelegentlicher längerer Fußwege ist nicht schwerwiegend in dem von § 86b SSG vorausgesetzten Sinne, sodass er vorläufig, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens über eine Parkerleichterung hingenommen werden muss (LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 21.09.2015 - L 7 SB 48/14 B ER -).

### **Entzug**

Der Nachteilsausgleich „aG“ kann nicht auf der Grundlage des § 48 SGB X (s. Anmerkung zu Teil A 7 VMG) entzogen werden, wenn bereits im Zeitpunkt der Zubilligung des Nachteilsausgleichs die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung der außergewöhnlichen Gehbehinderung nicht gegeben waren. Es ist nämlich in diesem Fall keine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Voraussetzungen eingetreten (Bayerisches LSG, Urteil vom 18.08.2010 - L 16 SB 112/08 -; s. dazu aber auch Anmerkung (S. 102 ff) zu Teil A 7 - Wesentliche Änderung der Verhältnisse I - unter „Beweiserleichterung“).

### **Geistige Behinderung**

Eine geistige Behinderung mit einem GdB von 100 rechtfertigt keine Gleichstellung, es sei denn, dass die Gehfähigkeit einschränkende körperliche Defizite - auch Störungen des zentralen Nervensystems - vorliegen (Beirat vom 07./08.11.2001: „Gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis) bei geistig behinderten Menschen“).

Der Nachteilsausgleich „aG“ setzt voraus, dass das Gehvermögen in funktioneller Hinsicht auf das Schwerste eingeschränkt ist. Das ist bei einer geistigen Behinderung in der Regel nur dann anzunehmen, wenn eine wegen einer solchen Behinderung ständig aufsichtsbedürftige schwerbehinderte Person im innerstädtischen Fußgängerverkehr durch eine Begleitperson nicht mehr sicher geführt werden kann, sondern regelmäßig nur noch im Rollstuhl zu befördern ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10.03.2016 - L 11 SB 257/13 -; SG Hamburg, Urteil vom 14.05.2019 - L 3 SB 22/17 - bei einer sehr beeinträchtigenden geistigen Behinderung auf dem Boden einer autistischen, frühkindlich begonnenen schweren Entwicklungsverzögerung mit Intelligenzminderung).

### **Gleichstellung**

Bei Gesamtwürdigung des Leidenszustands eines behinderten Menschen kann sich ergeben, dass eine Gleichstellung mit den ausdrücklich als außergewöhnlich gehbehindert bezeichneten Personen möglich ist, obwohl

wesentliches Leiden „nur“ die Amputation eines Unterschenkels ist (SG Stuttgart, Urteil vom 27.03.2007 - S 6 SB 3212/06 -).

Das Merkzeichen „aG“ steht nur außergewöhnlich Gehbehinderten zu. Der Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet keine Gleichbehandlung von Rücken- bzw. Wirbelsäulengeschädigten mit außergewöhnlich Gehbehinderten (Bayerisches LSG, Urteil vom 01.12.2009 - L 15 SB 45/06 -).

### **Herztransplantation**

Der besonderen Situation der Herztransplantierten wird mit einem GdB von 80 nach Ablauf der Heilungsbewährung Rechnung getragen. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass dieser GdB der tatsächlichen Einschränkung der Herzleistung entspricht; es kann deshalb in diesen Fällen aus dem GdB von 80 nicht generell auf eine außergewöhnliche Gehbehinderung geschlossen werden (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Herztransplantierten nach Ablauf der Heilungsbewährung“).

### **Kleinwuchs**

Bei einem kleinwüchsigen Behinderten (Körpergröße von 1,29 m) ist der Vergleich mit einem Doppelunterschenkelamputierten, der zu dem in der Vwv-StVO aufgezählten Personenkreis gehört, zulässig (BSG, Urteil vom 17.12.1997 - 9 RVs 16/96 -). Entscheidend ist stets das Ergebnis der Einzelfallprüfung (Beirat vom 02.10.1990: „Außergewöhnliche Gehbehinderung bei Kleinwüchsigen“).

### **Lähmungen**

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „aG“ sind erfüllt, wenn der behinderte Mensch an ausgeprägten Lähmungen im Bereich eines Beines leidet, die einem Unterschenkelverlust vergleichbar sind, und wenn gleichzeitig eine Lähmung eines Armes mit der Folge besteht, dass der Funktionsverlust des Beines mittels einer Gehhilfe zumindest teilweise nicht kompensiert werden kann (SG Bayreuth, Urteil vom 13.10.2005 - S 4 SB 469/01 -).

### **Mindest-GdB** (s. dazu auch (S. 480) unter „Rechtslage ab 30.12.2016“)

Dem in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 Straßenverkehrsordnung ausdrücklich genannten Personenkreis der außergewöhnlich Gehbehinderten können nur Personen gleichgestellt werden, bei denen sich auf die Fortbewegungsfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen mit einem Mindest-GdB von 80 vorliegen (Bayerisches LSG, Urteil vom 30.06.2009 - L 15 SB 118/08 -).

aber:

Im Einzelfall kann es unschädlich sein, wenn der GdB für die Behinderungen im Bereich der für das Gehen funktional benötigten Körperteile nicht den zumeist sehr hohen Grad der Behinderungen der Vergleichsgruppe erreicht. Denn es kommt für den Nachteilsausgleich aG gerade nicht auf die allgemeine Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Gesundheitsstörungen, die letztlich durch die Höhe des GdB manifestiert werden, sondern allein darauf an, dass die Auswirkungen funktional im Hinblick auf die Fortbewegung gleichzuachten sind. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn jeder Schritt des Behinderten mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist und die Fortbewegung hierdurch zusätzlich erschwert wird (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 11/95 -) oder:

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „aG“ sind festzustellen, wenn sich der behinderte Mensch praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges nur noch mit großer Anstrengung bewegen kann. Nicht erforderlich ist dabei, dass ein mobilitätsbedingter GdB von mindestens 80 besteht, d.h. ein GdB von 80, der sich allein aus den sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Gesundheitsstörungen ergibt (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14.08.2013 - L 11 SB 267/12 -).

Das LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 30.08.2016 - L 2 SB 40/14 - erachtet den Nachteilsausgleich „aG“ für gerechtfertigt wenn bei dem behinderten Menschen die Voraussetzungen des Nachteils „G“ erfüllt sind und wenn ein GdB von 80 besteht, der sich nicht nur aufgrund der Beeinträchtigung der unteren Extremitäten, sondern auch unter Einschluss der Beeinträchtigung der gesamten Wirbelsäule ergibt. Bedenken bestehen gegen diese Begründung, weil der zugrunde gelegte Abschnitt II Nr. 3 c der VwV-StVO nicht die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „aG“ zu regeln, sondern „lediglich“ den Kreis der zur Inanspruchnahme von Parkerleichterungen berechtigten Personengruppen über das Merkzeichen „aG“ hinaus auf andere Personengruppen zu erweitern scheint (s. den Wortlaut der VwV und BSG, Urteil vom 16.03.2016 - B 9 SB 1/15 R -).

### ***Multiple Sklerose***

Bei Multiple-Sklerose-Kranken werden die Bewegungseinschränkungen nach einem EDSS-Score bestimmt. Ab einem Score von 7,0 ist stets eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen (Beirat vom 03.-04.11.1999: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „aG“ - Feststellung der Einschränkung der Gehfähigkeit anhand der klinischen Dokumentation des EDSS“).

### ***Oberschenkelamputierte mit weiteren Funktionsstörungen***

Bei einseitig Oberschenkelamputierten, bei denen weitere sich auf die

Gefähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen und bei denen diese Behinderungen zusammen mit dem Oberschenkelverlust einen GdB von wenigstens 80 bedingen, ist eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht regelhaft anzunehmen. Vielmehr muss das Restgehvermögen konkret geprüft werden (Beirat vom 26.10.1988: „Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Oberschenkelamputierten mit weiteren Funktionsstörungen“).

Bei der Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung aufgrund einer einseitigen Oberschenkelamputation mit prothetischer Versorgung kommt es ebenfalls - wie bei der Unmöglichkeit, eine Beinprothese zu tragen,- darauf an, ob und in welchem Maße der Ausfall der Gehfunktion des Beines auf andere Weise ausgeglichen werden kann. Weitere Gesundheitsstörungen können hier zu einer außergewöhnlichen Gehbehinderung führen, wenn sie die Kompensierbarkeit des die Gehbehinderung primär bedingenden Beinverlustes im gleichen Maße wie in den Vergleichsfällen vermindern (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 07.02.2002 - L 5 SB 6/99 -).

### ***Parkinson***

Die Parkinson-Krankheit gehört nicht zu den normierten Regelbeispielfällen, bei denen die Voraussetzungen für Merkzeichen „aG“ ohne weiteres angenommen werden können. Sie gehört aber zu den Erkrankungen, die den Regelbeispielfällen gleichgestellt werden können, wenn sich der Betroffene wegen der Schwere seiner Erkrankung dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeugs bewegen kann. Bei der Gesamtwürdigung ist dem Erfordernis einer ständigen Rollstuhlbenutzung eine wesentliche Bedeutung beizumessen (BSG, Urteil vom 16.03.2016 - B 9 SB 1/15 R -).

### ***Prothese - dauernd***

Eine der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ ist, dass ein einseitig Oberschenkelamputierter Mensch dauernd außerstande ist, ein Kunstbein zu tragen. Ein solcher Dauerzustand besteht nicht, wenn der Betroffene seine Prothese noch in etwa über 10 % der Zeit benutzen kann. Ein Dauerzustand ist erst festzustellen, wenn die Phasen der Prothesenbenutzbarkeit so selten oder zeitlich so kurz ausgeprägt sind, dass diese so weit in den Hintergrund treten, dass bei objektiver Betrachtung von einem nennenswerten Zeitanteil einer Prothesenbenutzbarkeit nicht mehr ausgegangen werden kann (Bayerisches LSG, Urteil vom 20.05.2014 - L 15 SB 226/13 -). Im Wesentlichen zustimmend hat das BSG, Urteil vom 11.08.2015 - B 9 SB 2/14 R -, ausgeführt, dass „dauernd außerstande“ sein, ein Kunstbein zu tragen, bedeute, prothetisch nicht versorgbar zu sein. Es

dürfe keine prothetische Versorgung möglich sein, der betroffene behinderte Mensch müsse ständig bzw. immer außerstande sein, ein Kunstbein zu tragen.

### ***Pseudarthrosen***

Pseudarthrosen (hier im Beckenbereich) können die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung rechtfertigen. Dies gilt zumindest dann, wenn der behinderte Mensch wegen der Pseudarthrosen selbst kurze Gehstrecken nur unter Schmerzen zurücklegen kann und damit letztlich keine schmerzfreie Gehstrecke mehr besteht (LSG Berlin, Urteil vom 25.03.2004 - L 11 SB 15/02.-).

### ***Psychogene Gangstörung***

Der Nachteilsausgleich „aG“ setzt eine Einschränkung des Gehvermögens des behinderten Menschen auf das Schwerste voraus. Maßgebend sind nur die Beeinträchtigungen des Gehvermögens selbst und nicht Funktionsstörungen, die das Gehvermögen als solches nicht beeinträchtigen. Mithin kann eine psychogene Gangstörung, die lediglich bewirkt, dass ein tatsächlich vorhandenes Gehvermögen nicht ausgenutzt wird, keine außergewöhnliche Gehbehinderung begründen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.01.2014 - L 8 SB 2723/13 -).

### ***Rett-Syndrom***

Eine pauschale Zuerkennung des Merkzeichens „aG“ kommt nicht in Betracht, dies lässt der im Einzelfall nicht vorhersehbare Verlauf mit Phasen geringerer und schwerster Behinderung nicht zu (Beirat vom 10.11.2004: „Nachteilsausgleich „aG“ bei Rett-Syndrom,,).

### ***Rollator***

Kann sich der behinderte Mensch unter Zuhilfenahme von Unterarmgehstützen oder eines Rollators in ausreichendem Maße - hier über 200 m - fortbewegen, spricht dies gegen sein Begehren, den Nachteilsausgleich „aG“ festzustellen (LSG NRW, Urteil vom 20.11.2003 - L 7 SB 73/03 -; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 04.11.2010 - L 11 SB 78/09 -; SG Aachen, Urteil vom 19.08.2014 - S 12 SB 1088/12: 100m). Das Gehen mit einem Rollator ist rechtlich nämlich nicht der Fortbewegung mit fremder Hilfe gleichzustellen. Unter „fremder Hilfe“ ist die Hilfeleistung durch eine weitere Person zu verstehen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.09.2004 - L 6 SB 122/04 -; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19.07.2005 - L 4 SB 54/05 -; a.A. Sächsisches LSG, Urteil vom 30.03.2005 - L 6 SB 67/01 -).

### ***Schmerzen***

Eine außergewöhnliche Gehbehinderung liegt nur vor, wenn die Möglichkeit der Fortbewegung in einem hohen Maß eingeschränkt ist. Dabei ist



auf die Behinderung beim Gehen abzustellen. Der GdB für die Behinderungen, die sich auf die Gehfähigkeit auswirken, muss nicht dem der in der VwV-StVO aufgeführten Vergleichsgruppe gleich sein. Eine funktionell gleichwertige Beeinträchtigung kann bestehen, wenn jeder Schritt des Behinderten zusätzlich mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 11/95 -). Der SVB ist der Entscheidung nicht gefolgt; die darin enthaltenen Feststellungen seien widersprüchlich. Denn wenn tatsächlich außergewöhnliche Schmerzen von solcher Ausprägung vorlägen, dass die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung gerechtfertigt sei, könne der GdB nicht richtig bemessen sein. Unter diesen Umständen könne auch dem vom Gericht gezogenen Vergleich mit einem Doppelunterschenkelamputierten keine grundlegende Bedeutung beigemessen werden (Beirat vom 12./13.11.1997: „Außergewöhnliche Gehbehinderung - Ausführungen des BSG im Urteil vom 12.2.1997 (Hämophiliekranke)“).

Ist die Fortbewegungsfähigkeit - bei Benutzung zweier Unterarmgehstützen und bei erheblichen Schmerzen bereits schon bei den ersten Schritten - auf ca. 55 Meter in zwei Minuten bzw. 150 Meter in 10 Minuten - eingeschränkt, ist der Nachteilsausgleich „aG“ gerechtfertigt. Dem steht nicht entgegen, dass in etwa 10 Minuten bis zu 150 Meter zu Fuß zurückgelegt werden können (SG Aachen, Urteil vom 08.09.2003 - S 12 SB 7/03 -).

Sind beklagte hochgradige und unsägliche Schmerzen nicht objektivierbar und liegen keine objektiven Anhaltspunkte für eine außergewöhnliche Schmerzsituation vor, kann der Nachteilsausgleich aG nicht festgestellt werden (Bayerisches LSG, Urteil vom 17.11.2009 - L 15 SB 84/07 -).

### **Sehbehinderte**

Stark Sehbehinderte haben - ebenso wie „Blinde Menschen“ (s.o.) keinen Anspruch auf „aG“ (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 14.05.2014 - L 4 SB 19/14 -); sie können, da sie nicht in der (Nr. 11 der VwV-StVO zu § 46 - Ausnahmegenehmigung und Erlaubnis) aufgeführt sind, auch nicht die entsprechenden Rechte in Anspruch nehmen.

### **Stuhlinkontinenz**

Eine Stuhlinkontinenz beeinträchtigt die Fortbewegungsfähigkeit als solche nicht und rechtfertigt daher auch nicht die Zuerkennung des Merkzeichens „aG“ (BSG, Urteil vom 09.03.1988 - 9/9a RVs 15/87 -). Hinzuweisen ist hier allerdings auf die Nr. 11 der VwV-StVO, nach der schwerbehinderte Menschen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem GdB von wenigstens 60 ebenso wie schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt, die dort beschriebenen Parkerleichterungen nutzen dürfen.

### **Sturzgefahr**

Der Nachteilsausgleich aG setzt voraus, dass der behinderte Mensch praktisch ab den ersten Schritten ganz erheblich in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt ist. Auch wenn das BSG ein erst bevorstehendes Krankheitsstadium für die Zuerkennung des Nachteilsausgleich aG als ausreichend angesehen haben sollte, wäre dies nicht systemkonform mit dem Schwerbehindertenrecht und wegen fehlender Verallgemeinerungsfähigkeit bedeutungslos für weitere Verfahren. Es lässt sich nicht überzeugend begründen, warum potentielle Entwicklungen in der Zukunft für die gesundheitlichen Voraussetzungen eines Merkzeichens relevant sein könnten. Genauso wie der GdB stellen auch die Merkzeichen das Abbild einer bereits dauerhaft vorliegenden Gesundheitsstörung dar und können keinen Vorgriff auf eine zukünftige Entwicklung nehmen (Bayerisches LSG, Urteil vom 28.02.2013 - L 15 SB 113/11 -). Eine Sturzgefahr kann die gesundheitlichen Voraussetzungen für „aG“ allenfalls dann begründen, wenn diese Gefahr insbesondere aufgrund der Sturzhäufigkeit so ausgeprägt ist, dass aus der objektiven und medizinisch begründeten Sicht eines vernünftigen Behinderten der Betroffene dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen ist (Bayerisches LSG, Urteil vom 20.05.2014 - L 15 SB 226/13 -; SG Aachen, Urteil vom 19.08.2014 - S 12 SB 1088/12 -).

### **Wegstrecke**

Ungeachtet der o.a. Rechtsprechung des BSG stellen die Untergerichte in ihren Entscheidungen weiterhin zumindest inzidenter immer wieder auf das konkrete Ausmaß der zurückzulegenden Wegstrecke ab. Hintergrund dafür dürfte das nachvollziehbare Bemühen sein, über scheinbar objektivere Bewertungskriterien zu einem einheitlichen Bewertungsmaßstab zu gelangen:

Der Nachteilsausgleich „aG“ steht nur den behinderten Menschen zu, deren Gehfähigkeit auf das Schwerste eingeschränkt ist. Das ist ausschließlich dann der Fall, wenn der behinderte Mensch auf einen Rollstuhl angewiesen oder dessen Benutzung aus medizinischen Gründen zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken angeraten ist - Abgrenzung zum Urteil des BSG vom 17.12.1997 - 9 RVs 16/96 - sog. Kleinwüchsigen-Fall (LSG NRW, Urteil vom 14.03.2001 - L 10 SB 86/00 - aufgehoben durch BSG, Urteil vom 10.12.2002 - B 9 SB 7/01 R -; s.o. und nachfolgend).

Für den Nachteilsausgleich „aG“ sind große körperliche Anstrengungen bei der Fortbewegung erforderlich. Gehört der behinderte Mensch nicht zu dem in den straßenverkehrsrechtlichen Vorschriften ausdrücklich benannten Personenkreis, muss seine körperliche Anstrengung ebenso groß sein wie die, die diese Personen aufwenden. Der Nachweis dafür ist erbracht, wenn sich aufgrund gutachtlicher Feststellungen ergibt, dass bei

einer maximal möglichen Gehstrecke von 36 Metern zwei Stehpausen von 15 Sekunden und sodann eine längere Pause infolge erkennbarer körperlicher Erschöpfung erforderlich sind. Die Erschöpfung wird dadurch hinreichend dokumentiert, dass während der Pausen ein verstärktes Schwitzen auftritt und sich die Pulsfrequenz bei einem Ruhepuls von 92/Minuten auf 144/Minute erhöht (LSG NRW, Urteil vom 17.12.2003 - L 10 SB 20/03 - = Abschluss des Rechtstreits B 9 SB 7/01 R BSG).

Der Gewährung des Merkzeichens „aG“ steht die Möglichkeit, eine Fußwegstrecke von bis zu 100 m zu bewältigen, nicht entgegen (SG Dortmund, Urteil vom 21.02.2003 - S 7 SB 48/02 -).

Bei der Prüfung der Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs „aG“ kommt es darauf an, ob sich jemand praktisch von den ersten Schritten außerhalb seines Kraftfahrzeuges an nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung bewegen kann. Ist eine maximale Gehstrecke von 300 m möglich, nach der der behinderte Mensch wegen vor allem in der Wirbelsäule auftretender Beschwerden eine Pause einlegen muss, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass er sich praktisch gleich nach dem Verlassen seines Kraftfahrzeuges nur mit großer Anstrengung fortbewegen kann und sich bereits nach kurzer Wegstrecke erschöpft ausruhen muss (Bayerisches LSG, Urteil vom 18.03.2003 - L 15 SB 77/00 -).

Ist ein behinderter Mensch bei Benutzung orthopädischer Hilfsmittel - z.B. orthopädischen Schuhwerks, eines 4,5 kg schweren Stützapparats und eines Rollators - noch so gut mobilisiert, dass ihm Spaziergänge von 15 bis 20 Minuten Dauer möglich sind, hat er keinen Anspruch auf den Nachteilsausgleich „aG“. Eine Wegstrecke von mehr als 200 Metern übersteigt das Maß dessen, was dem in der Verwaltungsvorschrift genannten Personenkreis regelmäßig noch möglich ist, so dass auch unter diesem Aspekt keine in ungewöhnlich hohem Maß eingeschränkte Gehfähigkeit anzunehmen ist (LSG Berlin, Urteil vom 20.04.2004 - L 13 SB 30/03 -).

Die für „aG“ geforderte große körperliche Anstrengung ist gegeben, wenn der behinderte Mensch nach 30 Metern eine Pause deshalb machen muss, weil er bereits nach dieser kurzen Wegstrecke erschöpft ist und neue Kräfte sammeln muss (LSG Berlin, Urteil vom 18.05.2004 - L 13 SB 9/03 -).

Bei der Frage, ob ein behinderter Mensch außergewöhnlich gehbehindert ist, kommt es nicht immer darauf an, welche Restgehstrecke ihm tatsächlich verblieben ist. Wenn der behinderte Mensch nämlich nicht so stark beeinträchtigt ist, dass ihm schon auf den ersten Metern eine Fortbewegung nur mit großer körperlicher Anstrengung möglich ist, scheidet die Feststellung des Nachteilsausgleichs aus (Bayerisches LSG, Urteil vom 05.10.2004 - L 18 SB 45/04 -).

Bei der Beurteilung der Kriterien für das Merkzeichen „aG“ ist darauf abzustellen, was individuell „möglich“ ist. Es gibt Fälle, bei denen die Unmöglichkeit, bestimmte Verrichtungen auszuführen, noch vom Willen gesteuert wird, also in Wahrheit gar keine Unmöglichkeit vorliegt, sondern eine „Unwilligkeit“. Davon abzugrenzen sind aber die Fälle, in denen eine schwer kranke Person sich aufgrund der Erkenntnis des eigenen Körpers, der Kenntnis der Krankheit und letztendlich eines gewissen Instinktes bestimmte Sachen nicht mehr zutraut, obwohl sich eine mit relativ groben Messmethoden vorgenommene „objektive Unmöglichkeit“ nicht feststellen lässt. In einem solchen Fall kann glaubhaft sein, dass der behinderte Mensch sich bereits vom ersten Schritt an nur mit größter Anstrengung fortbewegen kann. Dann sind auch die Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ erfüllt. Es kommt nicht darauf an, ob die Fortbewegung mit einem Rollator möglich ist. Wie auch die Fortbewegung mit fremder Hilfe oder einem Rollstuhl ist das Gehen mit einem Rollator nicht mehr unter das Gehen mit Gehhilfe zu subsumieren (Sächsisches LSG, Urteil vom 30.03.2005 - L 6 SB 67/01 - a.A. s.o.).

Die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „aG“ sind nicht erfüllt, wenn der behinderte Mensch erst nach ca. 50 m wegen anwachsender Schmerzen Rast machen zu muss. Steht dem behinderten Menschen der Nachteilsausgleich „aG“ nicht zu, kann ihm aber der Nachteilsausgleich „G“ zugesprochen werden, ohne dass dieser ausdrücklich beantragt worden ist. „G“ ist nämlich grundsätzlich in dem Antrag auf „aG“ mit enthalten (Bayerisches LSG, Urteil vom 25.08.2005 - L 15 SB 35/00 - s. (S. 464) dazu aber Anmerkung zu Teil D 1 VMG - Verschiedenes).

Kann der behinderte Mensch selbst unter Zuhilfenahme eines Rollators nur ca. 30 m am Stück gehen und muss er dann wegen der infolge der Anstrengung auftretenden Luftnot eine Pause machen, steht ihm der Nachteilsausgleich „aG“ zu (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 14.12.2005 - L 5 SB 23/05 -).

Aufgehoben und zurückverwiesen durch BSG, Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R -: Die Frage, ob die Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ vorliegen, ist weder anhand einer bestimmten Wegstrecke noch mittels einem am Zeitmaß orientierten Maßstab zu beantworten. Entscheidend

ist allein, unter welchen Bedingungen sich der behinderte Mensch bewegen kann, nämlich nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung. Gradmesser für die Anstrengung können Schmerzen bzw. Erschöpfungsbild sein. Das Erschöpfungsbild lässt sich u.a. aus der Dauer der erforderlichen Pause sowie den Umständen herleiten, unter denen der behinderte Mensch nach der Pause seinen Weg fortsetzt. Nur kurzes Pausieren mit anschließendem Fortsetzen des Weges ohne zusätzliche Probleme ist im Hinblick auf den durch die Vergleichsgruppen gebildeten Maßstab zumutbar. Die für „aG“ geforderte große körperliche Anstrengung dürfte gegeben sein, wenn eine Wegstreckenlimitierung auf 30 m darauf beruht, dass der behinderte Mensch bereits nach dieser kurzen Wegstrecke erschöpft ist und er neue Kräfte sammeln muss, bevor er weitergehen kann. Das Abstellen auf ein starres Kriterium ermöglicht allerdings keine sachgerechte Beurteilung; ob die erforderlichen großen körperlichen Anstrengungen beim Gehen vorliegen, ist Gegenstand tatrichterlicher Würdigung, die sich auch auf einen dem Gericht persönlich vermittelten Eindruck stützen kann.

Treten nach einer Wegstrecke von nur 20 m massive Schmerzen auf und ist die Wegstrecke wegen Luftnot auf 100 m beschränkt, begründet diese Einschränkung der Gehfähigkeit einen Anspruch auf Feststellung des Nachteilsausgleichs „aG“; denn das damit erforderlich werdende Pausieren zwischen parkenden Fahrzeugen bzw. im allgemeinen Kraftfahrzeugverkehr auf einem Parkplatz ist einem multimorbiden Betroffenen unzumutbar (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 14.12.2005 - L 5 SB 173/04 -).

Aufgehoben und zurückverwiesen durch BSG, Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R -:

Die Frage, ob die Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ vorliegen, ist weder anhand einer bestimmten Wegstrecke noch mittels einem am Zeitmaß orientierten Maßstab zu beantworten. Entscheidend ist allein, unter welchen Bedingungen sich der behinderte Mensch bewegen kann, nämlich nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung. Gradmesser für die Anstrengung können Schmerzen bzw. Erschöpfungsbild sein. Das Erschöpfungsbild lässt sich u.a. aus der Dauer der erforderlichen Pause sowie den Umständen herleiten, unter denen der behinderte Mensch nach der Pause seinen Weg fortsetzt. Nur kurzes Pausieren mit anschließendem Fortsetzen des Weges ohne zusätzliche Probleme ist im Hinblick auf den durch die Vergleichsgruppen gebildeten Maßstab zumutbar. Das Abstellen auf ein starres Kriterium ermöglicht keine sachgerechte Beurteilung; ob die erforderlichen großen körperlichen Anstrengungen beim Gehen vorliegen, ist Gegenstand tatrichterlicher Würdigung, die sich auch auf einen dem Gericht persönlich vermittelten Eindruck stützen kann.

Die bloße Nutzung/Verordnung eines Rollstuhls rechtfertigt nicht die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „aG“; erforderlich ist, dass der behinderte Mensch nach objektiven Gesichtspunkten ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Eine Wegstrecke von deutlich mehr als 100 Metern spricht ebenfalls gegen das Vorliegen der für den Nachteilsausgleich erforderlichen Voraussetzungen. Dabei erforderliche Pausen sprechen zwar für eine gewisse Erschöpfung; diese reicht aber auch nicht aus, wenn sie in ihrer Intensität nicht mit Erschöpfungszuständen gleichzuachten ist (LSG NRW, Urteil vom 13.07.2010 - L 6 SB 133/09 -). Dementsprechend führt auch eine ärztliche Bescheinigung, dass der behinderte Mensch „derzeit rollstuhlpflichtig“ sei, nicht weiter, da sich daraus nicht ergibt, dass der Betroffene ständig und fortdauernd auf einen Rollstuhl angewiesen ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 04.11.2010 - L 11 SB 78/09 -; Bayerisches LSG, Urteil vom 18.11.2014 - L 3 SB 61/13 -: Es genügt nicht, dass eine Rollstuhl verordnet wurde).

Die Feststellung des Nachteilsausgleichs „aG“ setzt voraus, dass die Gehfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass es dem Betroffenen unzumutbar ist, längere Wege zu Fuß zurückzulegen. Das ist nicht der Fall, wenn der Betroffenen selber angibt, ihm sei eine Gehstrecke von 100 m möglich (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.05.2011 - L 13 SB 276/08 -). Gleiches gilt, wenn dem Betroffenen unter Zuhilfenahme von Unterarmgehstützen beidseits eine Gehstrecke von 150 Metern möglich ist, bis er wegen Schmerzen im linken Kniegelenk stehen bleiben muss (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.05.2011 - L 13 SB 337/09 -).

Die für den Nachteilsausgleich „aG“ geforderte große körperliche Anstrengung liegt vor, wenn der Betroffene bereits nach kurzer Wegstrecke erschöpft ist und Kräfte sammeln muss, bevor er weitergehen kann. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn der behinderte Mensch eine Wegstrecke von 100 bis 200 Metern innerhalb von fünf bis zehn Minuten zurücklegen kann (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.04.2013 - L 11 SB 107/11 -). Die Voraussetzungen sind auch nicht erfüllt bei einem leicht hinkenden, leicht kleinschrittigen und etwas unsicher wirkenden, aber recht zügigen Gangbild bei einer mit Hilfe eines Rollators möglichen Wegstrecke von ca. 100m (SG Aachen, Urteil vom 29.04.2014 - S 12 SB 755/13 -).

Bei einem Gehvermögen von 80 Metern innerhalb von - mit Unterbrechungen - 7-8 Minuten bei Benutzung eines Rollators sind die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „aG“ nicht erfüllt. Eine Gleichstellung mit den Auswirkungen einer Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Parkinsonerkrankung, Para- oder Tetraspastik kann daraus nicht abgeleitet werden (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18.01.2019 - L 13 SB 312/16 -).

## **Teil D: 4. Gehörlosigkeit (Merkzeichen G1)**

Gehörlos sind nicht nur Hörbehinderte, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sondern auch Hörbehinderte mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen. Das sind in der Regel Hörbehinderte, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist.

Das Merkzeichen G1 (Gehörlosigkeit) steht nur behinderten Menschen zu, die gehörlos sind. Gehörlos i.S.d. Teils D 4 VMG sind nicht nur Schwerbehinderte, bei denen eine Taubheit beiderseits vorliegt, sondern auch diejenigen, bei denen eine an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit vorliegt, wenn daneben schwere Sprachstörungen bestehen. Eine nicht gerechtfertigte Diskriminierung oder Ungleichbehandlung ergibt sich nicht daraus, dass hörbeeinträchtigte Menschen mit einem an Taubheit grenzenden Hörverlust, die an keiner schweren Sprachstörung leiden, ebenfalls in ihrer Mobilität und Kommunikation erheblich eingeschränkt, aber von dem Nachteilsausgleich ausgeschlossen sind (LSG Hamburg, Urteil vom 23.10.2018 - L 3 SB 4/18 -).

Das Merkzeichen „G1“ beinhaltet u.a. die „Vorteile“

- Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145-147 SGB IX bzw. ab 01.01.2018 § 228 bis 230 SGB IX) oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)
- Sozialtarif beim Telefon bei einem GdB von 90: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich durch die Deutsche Telekom (s. unter <http://www.telekom.de>, dort suche „Sozialtarif“).
- Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (§ 6 Abs. 1 Nr. 7b Rundfunkgebührenstaatsvertrag - RGebStV -: *“Von Rundfunkgebührenpflicht werden auf Antrag folgende natürliche Personen und deren Ehegatten im ausschließlichen privaten Bereich befreit: ..... „7 b) hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,“*).

Ansonsten s. die Anmerkung (S. 440) zu Teil D 1 VMG - unter Hilflose und Gehörlose .

## Sonstige Merkzeichen

### **Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen RF)**

#### ***Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht - (Nachteilsausgleich RF) - Nr. 33 AHP 2007***

- (1) Für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht können auch gesundheitliche Voraussetzungen von Bedeutung sein (siehe Nummer 27 ).
- (2) Die gesundheitlichen Voraussetzungen sind nach - bis landesrechtlichen Vorschriften und ergänzender Rechtsprechung immer erfüllt bei
- a. *Blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.*
  - b. *Hörgeschädigten, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. Letzteres ist dann nicht möglich, wenn an beiden Ohren mindestens eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit vorliegt und hierfür ein GdB von wenigstens 50 anzusetzen ist. Bei reinen Schalleitungsschwerhörigkeiten sind die gesundheitlichen Voraussetzungen im allgemeinen nicht erfüllt, da in diesen Fällen bei Benutzung von Hörhilfen eine ausreichende Verständigung möglich ist.*
  - c. *Behinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Hierzu gehören*
    - *Behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen - auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) - bestehen und die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in zumutbarer Weise nicht besuchen können,*
    - *Behinderte Menschen, die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei unzureichend verschließbarem Anus praeter, häufige hirnorganische Anfälle, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche, wie sie etwa bei Asthmaanfällen und nach Tracheotomie vorkommen können),*
    - *Behinderte Menschen mit - nicht nur vorübergehend - ansteckungsfähiger Lungentuberkulose,*
    - *Behinderte Menschen nach Organtransplantation, wenn über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolgt, dass dem Betroffenen auferlegt wird, alle Menschenansammlungen zu meiden. Nachprüfungen sind in kurzen Zeitabständen erforderlich.*
    - *geistig oder seelisch behinderten Menschen, bei denen befürchtet werden muss, dass sie beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören.*



*Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen - bestimmter Art - verbietet. Behinderte Menschen, die noch in nennenswerterem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können, erfüllen die Voraussetzungen nicht. Die Berufstätigkeit eines behinderten Menschen ist in der Regel ein Indiz dafür, dass öffentliche Veranstaltungen - zumindest gelegentlich - besucht werden können, es sei denn, dass eine der vorgenannten Behinderungen vorliegt, die bei Menschenansammlungen zu unzumutbaren Belastungen für die Umgebung oder für den Betroffenen führt.*

## **I. Allgemeines**

### **1. Rechtslage bis 31.12.2012**

Die Nr. 33 AHP beschrieb bis Ende 2007 die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „RF“. 2008 wurde darauf reagiert, dass die landesrechtlichen Regelungen zur Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht außer Kraft getreten und durch den Rundfunkgebührenstaatsvertrag (RGebStV) ersetzt worden waren. Die Nr. 33 AHP 2008 lautete nunmehr:

*„Der Achte Staatsvertrag zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Achter Rundfunkänderungsstaatsvertrag), in Kraft getreten zum 01.04.2005 regelt in Artikel 5 § 6 die Gebührenbefreiung natürlicher Personen. Gleichzeitig sind die Rundfunkbefreiungsverordnungen der Länder außer Kraft getreten.*

*Mit dieser Änderung obliegt die Feststellung der Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht nicht mehr den Sozialbehörden sondern den Landesrundfunkanstalten, die ihrerseits die GEZ Köln beauftragt haben, das Verfahren in ihrem Auftrag zentral durchzuführen.“*

Da diese Neufassung zu Irritationen führte - sie erweckte auf den ersten Blick den Eindruck, dass es den Nachteilsausgleich „RF“ nicht mehr gibt bzw. dass die Aufgaben der bisher insoweit für die Feststellung zuständigen Behörden an die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) übertragen worden wären - sah sich auch das BMAS zu einer Stellungnahme veranlasst (Rundschreiben vom 12.03.2008 - Az. IVc6-48065-3 -):

„Die Änderung der Nummer 33 Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung nach dem Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) gab Anlass zu Missverständnissen bei deren praktischen Anwendung. Hierzu nehme ich wie folgt Stellung:

- Die Feststellung gesundheitlicher Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen trifft nach wie vor die zuständige Behörde nach § 69 Absatz 4 SGB IX.
- Die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht wird durch die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) ausgesprochen.
- Die unter Nummer 33 Absatz 2 Buchstabe c genannten Erläuterungen und Hinweise wurden den Rundfunkgebührenbefreiungsverordnungen der Länder entnommen, die mit Inkrafttreten des 8. Rundfunkgebührenstaatsvertrags 2005 aufgehoben wurden. Deshalb entfiel die Grundlage zur Veröffentlichung in den Anhaltspunkten.
- Eine Neugestaltung von Befreiungsvoraussetzungen liegt alleine in der Verantwortung der Länder; die Bundesregierung hat keine Einwirkungsmöglichkeiten auf die Inhalte des zwischen den Ländern abgeschlossenen Staatsvertrags.
- Der Ärztliche SVB Versorgungsmedizin hat empfohlen, die bisher geltenden Vorgaben für die ärztliche Begutachtung zu Merkzeichen RF weiter anzuwenden.“

In den VMG wurden deshalb - zu Recht - keine Vorgaben hinsichtlich des Nachteilsausgleichs „RF“ mehr aufgenommen, da dem Ordnungsgeber insoweit keine Regelungskompetenz zukam.

Im Ergebnis blieb indes dennoch Alles beim Alten:

- a. Es blieb dabei, dass die Versorgungsverwaltung bzw. die nach Landesrecht entsprechend berufenen Behörden weiterhin die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nachteilsausgleichs „RF“ festzustellen haben (§ 69 Absatz 4 SGB IX, § 3 Abs. 1 Nr. 5 Schwerbehindertenausweisverordnung i.d.F. der Bekanntmachung vom 25.07.1991, BGBl. I S. 1739, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 02.12.2006, BGBl. I S 2742, 2745). Die GEZ gewährte - auf Vorlage des entsprechenden Schwerbehindertenausweises bzw. Feststellungsbescheides - lediglich die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht.
- b. Es galten nunmehr die Regelungen des RGebStV; diese waren im Wesentlichen mit den Vorgaben der Nr. 33 AHP (i.d.F. 2007) identisch. Soweit die Nr. 33 AHP ausführlicher ausgestaltet waren, beruhte dies weitgehend auf der Berücksichtigung der zu dem Nachteilsausgleich „RF“ ergangenen Rechtsprechung. Diese Rechtsprechung und damit auch die Erläuterungen der AHP waren weiterhin zu berücksichtigen, da durch den RGebStV inhaltlich keine Rechtsänderung erfolgte.

Der in § 6 Abs. 1 Nr. 7 RGebStV geregelte Befreiungstatbestand sah den „alten“ Vorgaben in Nr. 33 Abs. 2 Buchstaben a) und b) AHP entsprechend vor:

*(1) Von Rundfunkgebührenpflicht werden auf Antrag folgende natürliche Personen und deren Ehegatten im ausschließlich privaten Bereich befreit:*

- a) blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von 60 vom Hundert allein wegen der Sehbehinderung;*
- b) hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,*

§ 6 Abs. 1 Nr. 8 RGebStV

*Befreiung für „behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigsten 80 vom Hundert beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können,“*

entsprach der „alten“ Nr. 33 Abs. 2 Buchstabe c) AHP; lediglich die dort unter den Spiegelstrichen als dazu gehörend bezeichneten Personengruppen (s. dazu nachfolgend II. 2) wurden nicht mehr explizit aufgeführt.

Welche gesundheitlichen Verhältnisse einen Anspruch auf „RF“ begründen, war also weiterhin nach den Grundsätzen der außer Kraft gesetzten Nr. 33 AHP und der dazu ergangenen Rechtsprechung zu entscheiden, weil die landesrechtlichen Gesetzgeber die dadurch erfolgte Inhaltsbestimmung mit unveränderter Übernahme des ehemaligen Normtextes akzeptiert haben (Voelzke, jurisPR-SozR 22/2008 Anm. D).

## **2. Rechtslage ab dem 01.01.2013**

Mit Wirkung ab 01.01.2013 gilt anstelle des RGebStV der Rundfunkbeitragsstaatsvertrag (RdfunkBeitrStVtr) vom 15.12.2010 (verkündet als Art. 1 des Fünfzehnten Rundfunkänderungsstaatsvertrages vom 15.12.2010). Danach besteht für blinde und sehbehinderte sowie hörgeschädigte und gehörlose Menschen nur noch die Möglichkeit einer Beitragsermäßigung auf ein Drittel (§ 4 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RdfunkBeitrStVtr). Gleiches gilt für behinderte Menschen, deren GdB nicht nur vorübergehend wenigstens 80 vom Hundert beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr). Vollständig befreien lassen können sich allerdings taubblinde Menschen und Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 RdfunkBeitrStVtr).

§ 4 Abs. 2 RdfunkBeitrStVtr:

*(2) Der Rundfunkbeitrag nach § 2 Abs. 1 wird auf Antrag für folgende natürliche Personen auf ein Drittel ermäßigt:*

- 1. blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 vom Hundert allein wegen der Sehbehinderung,*
- 2. hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist, und*
- 3. behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 vom Hundert beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.*

*Absatz 1 bleibt unberührt.*

Bereits der Textvergleich von § 6 Abs. 1 Nrn. 7 und 8 RGebStV und § 4 Abs. 2 RdfunkBeitrStVtr ergibt, dass damit keine inhaltliche Änderungen der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „RF“ verbunden sind. Auch hier bleibt insoweit Alles beim Alten.

## **II. Grundvoraussetzungen**

### **1. Seh- und hörbehinderte Menschen**

Die gesundheitlichen Voraussetzungen sind nach § 4 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RdfunkBeitrStVtr (zuvor § 6 Abs. 1 Nr. 7 RGebStV bzw. Nr. 33 Abs. 2 AHP) bei den unter a) und b) aufgeführten **seh- und hörgeschädigten Menschen immer erfüllt**, auch wenn kein GdB von mindestens 80 vorliegt:

a) Bei den **sehbehinderten Menschen** reicht es aus, wenn **Gesundheitsstörungen im Bereich des Sehens** vorliegen, die insgesamt einen GdB von 60 bedingen. Es muss sich dabei nicht unbedingt nur um eine Herabsetzung der Sehschärfe handeln, die einen solchen GdB rechtfertigt; vielmehr werden alle Störungen des Sehvorgangs erfasst (Beirat vom 30.10.1985: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Sehbehinderten“). Das gilt z.B. für einen **Linsenverlust**, dessen Berücksichtigung neben einer Einschränkung der Sehschärfe erst zu einem GdB von 60 führt (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „RF“ bei Sehbehinderungen“) oder auch für eine **optische Agnosie**, wenn diese einen GdB von wenigstens 60 bedingt (Beirat vom 02.10.1990: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei optischer Agnosie“).

b) Bei **hörbehinderten Menschen** muss eine entsprechende Herabsetzung des Hörvermögens mit einem GdB von 50 vorliegen. Es reicht demnach nicht aus, wenn beispielsweise eine Schwerhörigkeit einen GdB von 40 bedingt und darüber hinaus ein Tinnitus besteht, der z.B. mit einem

GdB von 20 zu bewerten ist und ggf. dann insoweit zu einem (Gesamt- oder Teil-)GdB von 50 führt. Erforderlich ist ein allein durch die Hörbehinderung hervorgerufener GdB von 50 (s. dazu auch Beirat vom 10./11.11.1992: „Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Hörstörungen, die mit einer MdB von 45 v.H. zu beurteilen wären“ und den nachfolgenden Absatz sowie Beirat vom 12./13.11.1997: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Hörbehinderungen“ SG Düsseldorf, Urteil vom 25.10.2010 - S 35 SB 114/08 -): auch reine Schallleitungsschwerhörigkeiten reichen im Allgemeinen nicht aus, weil in diesen Fällen bei Benutzung von Hörhilfen eine ausreichende Verständigung möglich ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.03.2012 - L 11 SB 105/09 -).

Gegenüber den AHP 1983 ist der **Kreis der hörbehinderten Menschen, die Anspruch auf den Nachteilsausgleich „RF“ haben**, allerdings **ausgedehnt worden**; denn die Hörbehinderungen werden seit den AHP 1996 höher beurteilt. So wurde eine beidseitige hochgradige Schwerhörigkeit nach den AHP 1983 mit einem GdB von 45 bewertet. Die AHP ab 1996 messen dieser Behinderung nun einen GdB von 50 zu und eröffnen damit dem davon betroffenen Personenkreis den Nachteilsausgleich „RF“, ohne dass eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse im Sinne des § 48 SGB X eingetreten ist; hier reicht die Änderung der AHP aus (s. dazu (S. 102) die Anmerkung zu Teil A 7 VMG).

c) Die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „RF“ sind - nach Auffassung des Beirates - nur dann erfüllt, wenn hör- oder sehbehinderte Menschen auf den in den AHP / VMG genannten GdB für die Hör- oder Sehbehinderung im Einzelnen kommen (Beirat vom 31.10.1989: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht beim Zusammentreffen von Seh- und Hörstörungen“). Liegen also z.B. eine Sehbehinderung vor, die nur einen GdB von 50 bedingt, und eine Hörstörung, die nur einen GdB von 40 hervorruft, so soll dies die Gewährung des Nachteilsausgleichs noch nicht rechtfertigen. Das Problem kann allerdings in der Regel nicht so pauschal beantwortet werden; denn die Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich sind **immer im Einzelfall festzustellen**. Zu berücksichtigen sein dürfte, dass die **Kombination von erheblichen Hör- und Sehstörungen**, die im Beispielsfall wegen der wechselseitigen negativen Auswirkungen auf die Wahrnehmungsfähigkeit in ihrer Gesamtheit zweifellos einen Gesamt-GdB von zumindest 80 bedingt, die Zahl der möglichen noch besuchsfähigen öffentlichen Veranstaltungen erheblich reduziert und sich die Frage aufdrängt, welche der einzelnen Personengruppen (Hörbehinderte mit einem GdB von 50, Sehbehinderte mit einem GdB von 60 oder Seh- und Hörbehinderten mit Einzel-GdB von 50 und 40) eigentlich besser bzw. schlechter gestellt ist.

Diese Frage ist aber nicht im Rahmen der § 4 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RdfunkBeitrStVtr (zuvor § 6 Abs. 1 Nr. 7 RGebStV bzw. Nr. 33 Abs. 2 a) und b) AHP a.F.) zu erörtern, da eine Kombination von Seh- und Hörstörungen in den bis zum 31.03.2005 geltenden **Länderverordnungen bzw. in den nachfolgenden Regelungen des RgebStV bzw. RdfunkBeitrStVtr nicht vorgesehen** ist und eine Erweiterung derer Vorgaben - durch Auslegung oder Annahme einer Regelungslücke - nicht in Betracht kommt. Die Frage stellt sich aber bei Prüfung der Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr, zu deren erweiterter Verständnis die Vorgaben der Nr. 22 Abs. 2 c) AHP (s. dazu nachfolgend II. 2.) herangezogen werden können. Der in den AHP mit den Worten „Hierzu gehören“ eingeleitete Fallkatalog ist offen für weitere Fälle (vgl. dazu BSG, Urteil vom 28.06.2000 - B 9 SB 2/00 R -). Dabei ist dann aber zu beachten, dass es nach Auffassung des BSG (BSG, Urteil vom 11.09.1991 - 9a/9 RVs 15/89 -) im Rahmen dieser Prüfung letztlich nur auf die körperliche Anwesenheit, aber nicht auf die - geistige - Aufnahmefähigkeit ankommen soll.

## **2. § 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr**

**(zuvor § 6 Abs. 1 Nr. 8 RGebStV bzw. Nr. 22 Abs. 2 c) AHP)**

Voraussetzung für den Nachteilsausgleich „RF“ ist nach § 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr

- ein GdB von mindestens 80 und
- dass der behinderte Mensch wegen seines Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen kann.

Nach der Nr. 22 Abs. 2 c) AHP, die weiterhin als zumindest als Kommentierung herangezogen werden kann, gehören zu diesem Personenkreis a priori

- behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen - auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) - bestehen und die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in zumutbarer Weise nicht besuchen können,
- behinderte Menschen, die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei unzureichend verschließbarem Anus praeter, häufige hirnorganische Anfälle, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche, wie sie etwa bei Asthmaanfällen und nach Tracheotomie vorkommen können),
- behinderte Menschen mit - nicht nur vorübergehend - ansteckungsfähiger Lungentuberkulose,
- behinderte Menschen nach Organtransplantation, wenn über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolgt, dass dem Betroffenen auferlegt wird, alle Menschenansammlungen zu meiden. Nachprüfungen sind in kurzen Zeitabständen erforderlich.

- geistig oder seelisch behinderten Menschen, bei denen befürchtet werden muss, dass sie beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören.

### **Im Übrigen gilt:**

a) Nach dem Wortlaut des § 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr muss **mindestens ein GdB von 80** vorliegen, auch wenn nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist, warum Personen mit einem geringeren GdB, die faktisch an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können, von einer Gebührenbefreiung ausgeschlossen sein sollen (BSG, Urteil vom 16.02.2012 - B 9 SB 2/11 R -).

Ausreichend ist auch eine MdE bzw. ein GdS von 80 v.H. nach dem BVG, die / der zum Teil auf einem **besonderen beruflichen Betroffensein** nach § 30 Abs. 2 BVG beruht. Hier ist die Versorgungsverwaltung auch im Verfahren über einen Nachteilsausgleich an eine Anerkennung nach dem BVG gebunden; ein in der MdE bzw. dem GdS enthaltener **berufsbedingter Anteil** darf nicht ausgesondert werden (BSG, Urteil vom 29.01.1992 - 9a RVs 9/90 -).

Fraglich geworden ist indes, ob der Nachteilsausgleich „RF“ auch einem Menschen mit Behinderung bei einem GdB von weniger als 80 zuerkannt werden kann, wenn ein **gesundheitlich bedingter Härtefall** vorliegt. Bis zum 31.12.2012 ergab sich diese Möglichkeit aus § 6 Abs. 3 RGebStV („*Unbeschadet der Gebührenbefreiung nach Absatz 1 kann die Rundfunkanstalt in besonderen Härtefällen auf Antrag von der Rundfunkgebührenpflicht befreien.*“). Ein Härtefall war dementsprechend angenommen worden, wenn die betreffende Person wegen eines besonderen psychischen Leidens ausnahmsweise an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen konnte (BSG, Urteil vom 16.02.2012 - B 9 SB 2/11 R -). Dieser Ansatz ist nach dem RdfunkBeitrStVtr nicht mehr möglich; denn § 2 Abs. 6 RdfunkBeitrStVtr („*Unbeschadet der Beitragsbefreiung nach Absatz 1 hat die Landesrundfunkanstalt in besonderen Härtefällen auf gesonderten Antrag von der Beitragspflicht zu befreien. Ein Härtefall liegt insbesondere vor, wenn eine Sozialleistung nach Absatz 1 Nr. 1 bis 10 in einem durch die zuständige Behörde erlassenen Bescheid mit der Begründung versagt wurde, dass die Einkünfte die jeweilige Bedarfsgrenze um weniger als die Höhe des Rundfunkbeitrags überschreiten. Absatz 4 gilt entsprechend.*“) nimmt lediglich Bezug auf Abs. 1 der Regelung, der (mit Ausnahme der Nr. 10) allein wirtschaftlich bedingte Voraussetzungen regelt (s. (S. 514) § 4 RdfunkBeitrStVtr).

Bereits aus der Formulierung „*wegen ihres Leidens*“ ergibt sich dass der Teilnahmeausschluss behinderungsbedingt sein muss, also die Voraussetzungen für das Merkzeichen RF nicht durch andere Umstände begründet werden können (Bayerisches LSG, Urteil vom 24.11.2014 - L 15 SB 63/14 - m.w.N.).

b) **Öffentliche Veranstaltungen** sind allgemein zugängliche Ereignisse in geschlossenen Räumen und im Freien. Hierzu zählen u.v.a. z.B. Kino, Theater, Kirchenbesuche, Sportveranstaltungen, Ausstellungen und Feste. Öffentliche Veranstaltungen sind nicht zwingend mit größeren **Menschenansammlungen** verbunden (BSG, Urteil vom 17.03.1982 - 9a/9 RVs 6/81 BSG -). Wer also bei größeren Menschenansammlungen in Panik gerät, kann noch an solchen Veranstaltungen teilnehmen, die nur von wenigen besucht werden (BSG a.a.O.).

Der behinderte Mensch muss **allgemein von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen** sein. Es reicht deshalb nicht aus, wenn nur ein Ausschluss von **einzelnen öffentlichen Veranstaltungen** vorliegt; etwas Anderes gilt aber, wenn er behinderungsbedingt bloß an einem **nicht nennenswerten Anteil der Gesamtheit solcher Veranstaltungen** teilnehmen kann (BSG, a.a.O.; BSG, Urteil vom 23.02.1987 - 9a RVs 72/85 -).

c) Es kommt auch nicht auf die **individuelle Situation des behinderten Menschen** an, sondern darauf, ob er objektiv gehindert ist, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen (BSG, Urteil vom 03.06.1987 - 9a RVs 27/85 -):

- Verfügt der behinderte Mensch also z.B. über keinen **Rollstuhl**, könnte er aber unter Zuhilfenahme eines Rollstuhls an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen, so steht ihm der Nachteilsausgleich nicht zu.
- Auch wenn dem behinderten Menschen keine geeigneten **Hilfspersonen** zur Verfügung stehen, die ihn zu einer öffentlichen Veranstaltung begleiten und mit deren Hilfe ihm die Teilnahme dann möglich wäre, rechtfertigt das Fehlen einer Hilfsperson nicht die Zuerkennung von „RF“.
- Gleiches gilt, wenn seine **Wohnung** weit ab von öffentlichen Veranstaltungen liegt oder die **Wohnverhältnisse** ein Verlassen der Wohnung nicht mehr rechtfertigen (Rollstuhlfahrer, der im 2. Stock eines Hauses wohnt, welches über keinen Aufzug verfügt).
- Dementsprechend genügt für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs auch nicht, wenn der behinderte Mensch - beispielsweise als Rollstuhlfahrer - zu einer größeren Zahl von öffentlichen Veranstaltungen nicht gelangen kann, weil hier Treppen u.ä. überwunden werden müssen (so auch LSG Brandenburg - L 5 Vs 1/93 -).
- Es kommt auch nicht darauf an, dass in seiner näheren Umgebung keine Veranstaltungen stattfinden, die seinen **persönlichen Bedürfnissen, Neigungen und Interessen** entsprechen.

Denn alle diese Einschränkungen sind nicht gesundheitlich bedingt, sondern in erster Linie auf äußere Umstände - Fehlen einer Hilfsperson, ungünstige Wohnungs-lage pp - zurückzuführen.



Nach dem Wortlaut der Nr. 22 Abs. 2 c) 1. Spiegelstrich AHP - „... und die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen **oder** mit technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in zumutbarer Weise nicht besuchen können“ ist indes fraglich, ob dem behinderten Menschen entgegengehalten werden kann, er könne mit Hilfe von technischen Hilfsmitteln **und** einer Begleitperson an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen (z.B. Rollstuhl, der geschoben werden muss). Der Gebrauch des Wortes „oder“ lässt hier auch ein anderes Verständnis zu. Der Beirat hat deshalb auch eine Änderung („oder“ in „und“) diskutiert, eine Änderung der AHP aber deshalb für nicht möglich gehalten, weil lediglich die die (seinerzeit geltende) übereinstimmende ländereinheitliche Regelung wiedergegeben werde (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „RF“ bei Herzinsuffizienz“). Die Frage einer Änderung der AHP ist aber jedenfalls deshalb obsolet, weil die Aufzählung der als dazu gehörend bezeichneten Personengruppen in Nr. 33 Abs. 2 c) Spiegelstriche AHP ersatzlos entfallen ist (s.o. unter I (S. 511)). Indes wird der Nachteilsausgleich „RF“ zumindest dann zugebilligt, wenn der behinderte Mensch - unabhängig von der konkreten Wohnsituation - eine Wohnung nur mit einem Multifunktionsrollstuhl und zwei Begleitpersonen verlassen kann und etwa nach jeder halben Stunde umgelagert bzw. seine Sitzposition verändert werden muss (Bayerisches LSG, Urteil vom 25.09.2012 - L 3 SB 15/12 -).

Im Übrigen können die Grenzen des Zumutbaren auch ansonsten überschritten werden. Der o.a. Katalog der vorrangig in Anspruch zu nehmenden Hilfen bedeutet nämlich nicht, dass der behinderte Mensch auf alle nur denkbaren rehabilitationstechnischen Möglichkeiten, über die er nicht einmal verfügt, verwiesen werden kann (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.04.2009 - L 11 SB 348/08 -).

d) Das **BSG** hat in seiner Rechtsprechung den Nachteilsausgleich **zunehmend enger ausgelegt**. So beanstandet das BSG (BSG, Urteil vom 10.08.1993 - 9/9a RVs 7/91 -; BSG, Urteil vom 16.03.1994 - 9 RVs 3/93 -), dass der Gesetzgeber den Nachteilsausgleich „RF“ noch nicht gestrichen hat. Nach Auffassung des BSG sind Nachteilsausgleiche nämlich nur zu gewähren, wenn sie zum **Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen** geeignet sind. Nach der Intention des Gesetzgebers bei Einführung des Nachteilsausgleichs „RF“ sollten behinderte Menschen die mangelnde Möglichkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, dadurch ausgleichen können, dass sie Fernseh- und Telefongeräte erwerben. Da aber zwischenzeitlich praktisch jeder Haushalt in der Bundesrepublik mit Telefon und Fernsehgeräten ausgestattet sei, habe der Nachteilsausgleich „RF“ seinen Sinn und Zweck verloren. Auch verstoße die Be-

freie von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht gegen den gebührenrechtlichen Grundsatz der verhältnismäßigen Gleichbelastung aller Teilnehmer und sei daher verfassungswidrig (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - B 9 SB 2/00 -).

Diese Auffassung des BSG ist bedenklich. Es ist - wie auch das BSG (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - B 9 SB 2/00 -) ausgeführt hat, allein Aufgabe des Gesetzgebers, festzulegen, welche Rechtsnormen in Kraft bleiben sollen und welche außer Kraft zu treten haben. Es ist auch kein Ansatzpunkt dafür erkenntlich, dass Gerichte eine **gesetzliche Regelung deshalb in einer bestimmten Weise auslegen dürfen, weil sie die Regelung für unangebracht halten**. Darüber hinaus kann im Gegenzug auch angeführt werden, dass z.B. die hälftige Befreiung der Kraftfahrzeugsteuer beim Nachteilsausgleich „G“ behinderungsbedingte Nachteile weitgehend nicht mehr ausgleichen dürfte, weil die überwiegende Zahl der Haushalte in der Bundesrepublik - unabhängig von Behinderungen - über einen PKW verfügt. Im Übrigen führt die besonders enge Auslegung des BSG zu einer Ungleichbehandlung zwischen den behinderten Menschen, die nach § 4 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RdfunkBeitrStVtr (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 RGebStV bzw. Nr. 33 Abs. 2 a) und b) AHP) grundsätzlich Anspruch auf den Nachteilsausgleich haben und denjenigen, die unter § 4 Abs. 2 Nr. 3 RdfunkBeitrStVtr (§ 6 Abs. 1 Nr. 8 RGebStV bzw. Nr. 33 Abs. 2 c) AHP) fallen; denn die unter § 4 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RdfunkBeitrStVtr genannten Personen sind keineswegs gehindert an jedweder Form öffentlicher Veranstaltungen teilzunehmen (SG Düsseldorf, Urteil vom 23.12.2002 - S 31 SB 197/02 -). Dies ändert allerdings Nichts an der zumindest seit 1993 durchgehend restriktiven Rechtsprechung des BSG, in deren Licht die weiter u.a. Entscheidungen zu werten sind.

e) Dem BSG ist zumindest in seiner Rechtsprechung insoweit zuzustimmen, als behinderten Menschen zuzumuten ist, ihre **Lebensgewohnheiten** zu **ändern**, um an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen zu können. Dies gilt dann, wenn die Umstellung nicht mit einer **Beeinträchtigung der Gesundheit oder mit sonstigen Nachteilen** verbunden ist (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 2/96 -):

- So ist es einem an **Harninkontinenz** Leidenden zumutbar, vor einer öffentlichen Veranstaltung gezielt weniger Flüssigkeit zu sich zu nehmen (BSG, a.a.O.).
- Können durch Meiden stark **blähender** und fetter Speisen, vermehrte Flüssigkeitszufuhr, Einnahme entblähender Medikamente und Einnehmen einer randständigen Sitzposition während einer öffentlichen Veranstaltung wesentliche Beeinträchtigungen Anderer vermieden werden, steht dem behinderten Menschen das Merkzeichen „RF“ nicht zu (LSG NRW, Urteil vom 10.07.2003 - L 7 SB 136/00 -). Dies sieht auch LSG

Rheinland-Pfalz (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 29.03.2006 - L 4 SB 224/05 -) im Grundsatz so; nach seiner Auffassung, sind aber dann die Grenzen der Zumutbarkeit überschritten, wenn ein **insulinpflichtiger Diabetiker** auf den Verzicht einer Abendmahlzeit verwiesen werden soll, um am nächsten Morgen - dann auch ohne Frühstück - an einer öffentlichen Veranstaltung teilzunehmen zu können.

- Der Nachteilsausgleich „RF“ wegen (auf psychovegetativer Tetanie, Neigung zur Unterzuckerung und hypotoner Kreislaufdisregulation beruhenden) **Ohnmachtsanfällen** ist zumindest dann zu versagen, wenn der behinderte Mensch durch die Einnahme von Medikamenten (Traubenzucker, Calcium, Medikamente zur Kreislaufregulierung) sowie von Zwischenmahlzeiten den Anfällen vorbeugen kann (LSG NRW, Urteil vom 12.11.2003 - L 10 SB 113/02 -).
- Auch eine ständig **tropfende Nase** steht einer Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen dann nicht entgegen, wenn diese medikamentös bzw. operativ therapierbar ist. Darüber hinaus hindern auch eine laufende Nase, häufiges Naseputzen oder ein Tropfenfänger nicht ständig an der Teilnahme öffentlicher Veranstaltungen. Ein derartiger Zustand bzw. derartige Maßnahmen sind den übrigen Teilnehmern öffentlicher Veranstaltungen zumutbar (LSG NRW, Urteil vom 12.11.2003 - L 10 SB 113/02 -).

Problematischer ist der Verweis des BSG darauf, dass es einem an **Harninkontinenz** Leidenden zumutbar sein soll, **Windeln zu tragen**, die angeblich in der Lage sein sollen, den Harn bis zu 2 Stunden ohne Geruchsbelästigung für andere Menschen aufzunehmen (vgl. dazu u.a. BSG, Urteil vom 11.09.1991 - 9a RVs 1/90 -; BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 3/95 -; BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 2/96 -; für Urinbeutel soll entsprechendes gelten <Bayerisches LSG, Urteil vom 11.10.2016 - L 15 SB 207/15 ->). Unbedenklich erscheint zunächst die Auffassung, dass das mögliche Benutzen von Einmalwindeln bzw. Windelhosen nicht die **Menschenwürde** i.S. von Art. 1 GG verletzt (BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 3/95 -). Allerdings spricht Vieles dafür, dass es hinsichtlich der Zumutbarkeit nicht regelhaft bei einer pauschalen Wertung verbleiben kann, sondern dass die Umstände des Einzelfalls genauer aufzuklären sind. Bei nahezu vollständiger Inkontinenz (wie sie z.B. nach Prostataresektionen oder Neoblase häufig anzutreffen ist) ist vielfach bereits nach kurzer Zeit nicht nur ein Wechseln der Windeln, sondern auch eine umfassende Reinigung der betroffenen Körperregionen vor Anlegen der neuen Windel erforderlich. Deren Unmöglichkeit liegt allerdings bei allen öffentlichen Veranstaltungen auf der Hand. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der behinderte Mensch, so er denn in kurzen Abständen die Windel wechseln muss, die **Windel selber wechseln** können muss; denn nicht zumutbar erscheint mehr, ihn

hier auf fremde Hilfe während des Besuchs von öffentlichen Veranstaltungen zu verweisen. Die Grenze des Zumutbaren liegt also da, wo der Besuch öffentlicher Veranstaltungen so beschwerlich oder unangenehm wird, dass der Verzicht auf die Veranstaltung aus der Sicht eines objektiven Betrachters nachvollziehbar erscheint. So ist die Auffassung eingängig, dass derjenige, der z.B. wegen einer **Halbseitenlähmung einen Rollstuhl** benutzen und wegen einer **Harninkontinenz** alle 30 Minuten eine Toilette aufsuchen muss, die Voraussetzungen für „RF“ erfüllt (SG Düsseldorf, Urteil vom 03.05.1999 - S 31 SB 577/ 98 -). Auch ein **querschnittsgelähmter Rollstuhlfahrer**, bei dem eine **Harninkontinenz** vorliegt und der nicht ohne fremde Hilfe eine Toilette benutzen kann und bei dem bei **Windelbenutzung** die Gefahr einer Geschwürbildung besteht, hat Anspruch auf „RF“ (so jedenfalls das LSG Sachsen-Anhalt in seiner Entscheidung vom 29.06.1994- L 5 Vs 7 /94 - , die indes das BSG nicht geteilt hat (BSG, Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 3/95 -).

Anders ist dies im Übrigen zu beurteilen, wenn - nach entsprechenden Ermittlungen - festgestellt wird, dass der Betroffene bei Einsatz moderner Hilfsmittel für die Dauer von zwei Stunden an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen kann, ohne die Toilette aufsuchen zu müssen und ohne dass andere Teilnehmer durch Gerüche belästigt würden (so dann zutreffend LSG NRW, Urteil vom 20.07.2000 - L 6 SB 52/00 -).

Inwieweit eine **Geruchsbelästigung durch Inkontinenz** vorliegt, ist darüber hinaus eine Tatfrage, die in jedem Einzelfall geklärt werden muss. Entsprechendes gilt bei Darmstörungen und anderen Behinderungen, die mit technischen Hilfsmitteln mehr oder weniger unter Kontrolle gehalten werden können (s. hierzu auch SG Aachen, Urteil vom 08.08.2006 - S 12 SB 79/06 -: Ein **künstlicher Blasenaustritt** rechtfertigt nicht die Feststellung des Nachteilsausgleichs „RF“, auch wenn sich der Betroffene dadurch subjektiv gehindert fühlt, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Dies gilt auch, wenn es **gelegentlich** zu einem Lösen des Urinbeutels und damit zu einer temporären Geruchsbelästigung kommt).

Bei Beurteilung der Frage, ob behinderte Menschen auf ihre Umgebung **unzumutbar abstoßend oder störend** wirken, ist der Öffentlichkeit ein hohes Maß an Belastung durch behinderungsbedingte Auffälligkeiten zuzumuten (BSG, Urteil vom 10.08.1993 - 9/9a RVs 7/91 -). Was der Allgemeinheit und dem Behinderten in diesem Rahmen zuzumuten ist, ist allerdings in jedem Einzelfall gesondert zu entscheiden; dabei ist zu beachten, dass das Schwerbehindertenrecht der Eingliederung und nicht der Ausgrenzung behinderter Menschen dient. „RF“ steht empfindsamen Behinderten jedenfalls nicht schon deshalb zu, weil sie die **Öffentlichkeit um der Anderen willen meiden** (BSG a.a.O.).

Die im Klammersatz zu Nr. 33 Abs. 2 c, 2. Spiegelstrich AHP genannten Behinderungen rechtfertigen nicht generell die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs „RF“, sondern sind nur **Beispiele**, bei denen Behinderte auf ihre Umgebung unzumutbar, abstoßend oder störend wirken können (LSG Rheinland-Pfalz in Breithaupt 1992, S. 759). Auch **Kanülenträger** wirken nicht generell störend auf ihre Umgebung, sie sind nur als Beispiel für solche Behinderungen genannt, bei denen entsprechende Störungen auftreten können (siehe hierzu auch Beirat vom 10./11.11.1992: „Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kanülenträgern“ und LSG Rheinland-Pfalz a.a.O.).

### **III. Einzelfälle, Beirat und Rechtsprechung**

- **Einstweilige Anordnung**

Für eine einstweilige Anordnung, das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ festzustellen, fehlt der Anordnungsgrund. Dem behinderten Menschen drohen keine unzumutbaren Nachteile, wenn seinem Feststellungsbegehren nicht sofort entsprochen wird. Vielmehr ist es ihm zuzumuten, die Gebühren für Fernsehen und Rundfunk in Höhe von monatlich 17,98 €, deren Befreiung letztlich dem Begehren zu Grunde liegt, einstweilen selbst zu tragen (LSG Berlin-Brandenburg, Beschlüsse vom 30.06.2011 - L 13 SB 63/11 B ER - und vom 27.08.2012 - L 13 SB 129/12 B ER -).

- **Einzelne Behinderungen u.a.**

Aus der Gewährung des **Nachteilsausgleichs „aG“** kann nicht geschlossen werden, dass auch die Voraussetzungen für „RF“ erfüllt sind (LSG Sachsen-Anhalt - L 5 Vs 16/96 -).

Ist der behinderte Mensch **berufstätig**, liegen die Voraussetzungen für „RF“ auch dann nicht vor, wenn ein GdB von 100 und die Nachteilsausgleiche „G“, „B“ und „aG“ festgestellt worden sind (Hessisches LSG - L 5 Vb 627/94 -).

Ein schwerbehinderter Mensch ist von öffentlichen Veranstaltungen dann ständig ausgeschlossen, wenn ihm deren Besuch mit Rücksicht auf die Störung anderer Anwesender nicht zugemutet werden kann. Das ist immer dann der Fall, wenn es den anderen Teilnehmern an öffentlichen Veranstaltungen **unzumutbar** ist, **behinderte Menschen wegen Auswirkungen ihrer Behinderungen zu ertragen**, insbesondere, wenn diese durch ihre Behinderungen auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken, z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei unzureichend verschließbarem Anus praeter, häufige hirnorganische Anfälle, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche, wie sie etwa bei Asthmaanfällen und nach Tracheotomie vorkommen können, oder bei ekelerregenden oder ansteckenden Krankheiten (LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12.11.2013 - L 7 SB 50/11 -).

Wenn der behinderte Mensch an **sehr schweren Bewegungsstörungen** leidet und der Besuch öffentlicher Veranstaltungen daher für ihn und auch für die Begleitperson mit „übermäßigen Anstrengungen“ verbunden ist, kann im Einzelfall ein Besuch von öffentlichen Veranstaltungen zwar noch theoretisch möglich sein, dieser Besuch ist dann aber nicht mehr „zumutbar“ (Beirat vom 24.04.1985: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht Frage des Besuchs öffentlicher Veranstaltungen „in zumutbarer Weise“). Im Einzelfall können solche schweren Bewegungsstörungen sogar dann den Nachteilsausgleich „RF“ rechtfertigen, wenn noch eine Berufstätigkeit ausgeübt wird (Beirat a.a.O.).

Trotz **schwerer Bewegungsstörung und Unfallgefährdung** infolge verringerter Knochendichte kann ein behinderter Mensch in zumutbarer Weise mit seinem Rollstuhl und einer Begleitperson einen großen Teil öffentlicher Veranstaltungen besuchen, auch wenn er Veranstaltungen mit großen Menschenansammlungen meiden muss. Zu berücksichtigen ist bei der Beurteilung auch, dass im allgemeinen auf einen Rollstuhlfahrer in der Öffentlichkeit mehr Rücksicht genommen wird als auf einen Menschen, der nicht offensichtlich schwer behindert ist (Bayerisches LSG, Urteil vom 30.06.2005 - L 15 SB 106/04 -).

Behinderte mit **Down-Syndrom** erfüllen in aller Regel die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Nachteilsausgleiches „RF“ nicht. Ausnahmsweise kann der Nachteilsausgleich dann gewährt werden, wenn die behinderten Menschen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören (Beirat vom 26.04.1989: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Down-Syndrom“).

Auch wenn der Betroffene **Flatulenzen** auf der psychischen Ebene sehr negativ erlebt und sich subjektiv gehindert fühlt, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen, führt dies nicht dazu, dass er ständig an seine Wohnung gebunden ist. Es liegen keine mit einem unzureichend schließenden Anus praeter vergleichbaren Verhältnisse vor, weil Blähungen nur eine temporäre Geruchsbelästigung verursachen, während ein unzureichend verschließbarer Anus praeter zu einer dauerhaften Geruchsbelästigung führt (LSG NRW, Urteil vom 05.02.2004 - L 7 SB 133/02 -).

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „RF“ liegen nicht vor, wenn der behinderte Mensch lediglich für die Zeit **ab 15.00 Uhr täglich** aufgrund Blähungen und **imperativen Stuhlgangs** mit gelegentlichem **Einkoten** gehindert ist, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Dies gilt auch, wenn die Mehrzahl der den Betroffenen interessierenden Veranstaltungen nach 15.00 Uhr stattfinden (LSG NRW, Urteil vom 06.12.2006 - L 10 SB 69/05 -).

Bei gelegentlichen **unwillkürlich und unkontrollierbar auftretenden**

**Stuhlabgängen** muss der Betroffene zwar immer damit rechnen, dass es zu einem plötzlichen Stuhlabgang kommen kann. Wenn der Betroffene wegen dieser Gefahr öffentliche Veranstaltungen möglichst meidet, mag dies aus seiner Sicht zwar nachvollziehbar sein. Die Voraussetzungen für „RF“ werden hierdurch aber nicht erfüllt, allein die Vorstellung, „es könnte etwas passieren“, reicht nämlich nicht aus (LSG NRW, Urteil vom 09.12.2008 - L 6 SB 49/07 -).

Auch bei einer **massiven Urge- bzw. Stressinkontinenz** besteht kein Anspruch des behinderten Menschen auf RF, wenn ihm das Tragen von Kondomurinalen und Windelhosen und deren ggf. notwendiger Wechsel unter Zuhilfenahme einer Begleitperson möglich ist. Eine solche Empfehlung verstößt weder gegen die Würde des Menschen noch gegen den Sozialstaatsgrundsatz (SG Berlin, Gerichtsbescheid vom 07.02.2011 - S 46 SB 1405/10 -).

Aber: Auch wenn **unterschiedliche Beeinträchtigungen** wie z.B. entzündliche Darmerkrankung, partielle Stuhlinkontinenz, Immunschwäche und Phobie jeweils für sich nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „RF“ erfüllen, können diese jedoch im ihrem **Zusammenwirken** dem behinderten Menschen eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen unzumutbar machen. Das gilt auch, wenn der behinderte Mensch nicht physisch in einer Weise an das Haus gebunden ist, wie dies das BSG in seinem Urteil vom 09.08.1995 gefordert hat (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.01.2013 - L 3 SB 3862/12 -).

Ein Schwerbehinderter, der unter einer **schweren Gangstörung, einem Tremor und einer Harninkontinenz** leidet, aber die Wohnung mit Rollstuhl und Begleitperson verlassen kann, hat keinen Anspruch auf „RF“ (LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 25/89 -).

Aus einem **GdB von 100** kann nicht auf den Nachteilsausgleich „RF“ geschlossen werden (LSG NRW - L 6 Vs 30/96 -).

Keinen Anspruch auf „RF“ soll nach der Rechtsprechung des BSG auch derjenige haben, der an öffentlichen Veranstaltungen zwar noch körperlich teilnehmen kann, infolge einer Beeinträchtigung seiner **geistigen Aufnahmefähigkeit** solchen Veranstaltungen aber nicht bis zum Ende folgen kann, weil es - nach der Meinung des BSG - nur auf die körperliche Teilnahmemöglichkeit ankommt (BSG, Urteil vom 11.09.1991 - 9a/9 RVs 15/89 -; s. auch Beirat vom 10./11.11.1992: „Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei **eingeschränkter Verständnisfähigkeit**“, s. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.09.2010 - L 11 SB 42/08 -).

Anmerkung: Diese Auffassung scheint **allerdings sehr eng**; denn gerade

der Personenkreis, der infolge seiner herabgesetzten geistigen Aufnahmefähigkeit etwa einem Theaterstück nicht mehr bis zum Ende folgen kann, ist nach Sinn und Zweck der Rundfunkgebührenbefreiung zu begünstigen. Dieser Personenkreis kann das gesellschaftliche Leben vielfach am Ehesen noch zu Hause mit Rundfunk- und Fernsehgeräten verfolgen, ohne dass in vielen Fällen die geistige Aufnahmefähigkeit durch die körperliche Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen bereits nach kurzer Zeit erschöpft ist. Etwas Anderes kann allerdings dann gelten, wenn der behinderte Mensch infolge Aphasie weder öffentlich Dargebotenes noch zu Hause Rundfunk- und Fernsehsendungen zu folgen vermag (BSG, Urteil vom 16.03.1994 - 9 RVs 3/93 -).

Kann ein psychisch Erkrankter nicht an an **öffentlichen Veranstaltungen**, mithin Zusammenkünften politischer, künstlerischer, wissenschaftlicher, kirchlicher, sportlicher, unterhaltender und wirtschaftlicher Art teilnehmen, die länger als **30 Minuten** dauern, hat er Anspruch auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „RF“ (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.08.2013 - L 13 SB 1/11 -).

Ein Schwerbehinderter, der **wöchentlich einen Gottesdienst** besucht und **täglich spazieren geht**, ist nicht gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen (LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 37/89 -).

Eine rechtsseitige **Hemiparese**, die lediglich ein ein- bis zweimaliges Erheben aus dem Sitzen und Wieder-Hinsetzen sowie ein kurzzeitiges nicht freihändiges Stehen zulässt und die Benutzung eines - selber nicht zu handhabenden - Rollstuhls erfordert, rechtfertigt auch in Verbindung mit ausgeprägten Sprachstörungen, die sowohl die Sprachproduktion als auch das Sprachverständnis betreffen und somit die Kommunikationsfähigkeit deutlich reduzieren, nicht die Feststellung, dass der Betroffene an der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ständig gehindert ist (LSG NRW, Urteil vom 17.11.2004 - L 10 SB 17/03 -).

Bei einer **Herzleistungsschwäche**, die eine außergewöhnliche Gehbehinderung und einen GdB von 80 bedingt, kann nicht automatisch auf den Nachteilsausgleich „RF“ geschlossen werden (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „RF“ bei Herzinsuffizienz“).

Bei Zuerkennung eines GdB von 100 und der Nachteilsausgleiche „H“ und „B“ wegen einer **Hirnschädigung** besteht noch nicht zwangsläufig Anspruch auf den Nachteilsausgleich „RF“ (LSG München - L 1 Vs 41/83 -).

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei **HIV-Infektionen** können nicht generell, sondern nur im Einzelfall unter Berück-



sichtigung der tatsächlichen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen beurteilt werden (Beirat vom 25./26.03.1987: „Beurteilung des GdB bei HIV-Positiven, bei Kranken mit Lymphadenopathiesyndrom und bei AIDS“).

Bei vielen **Kehlkopfflosen** treten häufig akute **Hustenanfälle mit Auswurf** auf, die jeweils eine sofortige Reinigung des Tracheostomas notwendig machen. Da solche Hustenanfälle spontan und in nicht vorhersehbaren Abständen auftreten, stören diese behinderten Menschen in öffentlichen Veranstaltungen. Dies gelte auch dann, wenn der Betroffene nicht Kanülenträger sei. Es gibt allerdings auch eine Reihe von behinderten Menschen mit Kehlkopfverlust, bei denen Hustenanfälle nicht in dieser Häufigkeit auftreten, so dass letztlich jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für „RF“ vorliegen (Beirat vom 24.04.1985: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kehlkopfverlust“).

Ein Anspruch auf „RF“ ist gegeben, wenn der Behinderte als Folge einer chronischen **Bronchitis** unter **unkontrollierbaren, unregelmäßigen Hustenattacken** leidet (LSG Rheinland-Pfalz - L 4 Vs 44/87 -).

Bei verstärkt in Menschenansammlungen auftretenden Anfällen von **Husten** und **Atemnot** und ständig auffällig hörbaren **Atemgeräuschen** verschließen sich dem behinderten Menschen die meisten öffentlichen Veranstaltungen der verschiedensten Art in einem solchen Ausmaß, dass er allgemein an solchen ständig nicht teilnehmen kann (BSG, Urteil vom 23.02.1987 - 9a RVs 72/85 -).

Auch bei einem GdB von 100 wegen einer **Muskelerkrankung** kann der Nachteilsausgleich „RF“ nicht regelhaft begründet werden (Beirat vom 24.04.1985: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht Frage des Besuchs öffentlicher Veranstaltungen „in zumutbarer Weise“).

Bei **neurotischen Störungen** mit ausgeprägten sozialen Anpassungsschwierigkeiten, Meiden von Menschen und sozialem Rückzug kann „RF“ in Betracht kommen (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - B 9 SB 2/00 -).

Das Merkzeichen „RF“ setzt voraus, dass der behinderte Mensch an öffentlichen Veranstaltungen ständig - allgemein und umfassend - nicht teilnehmen kann. Das ist bei Personen mit ORSA- bzw. MRSA-Infektionen (**Oxacillin-** bzw. **Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus - Infektion**) nicht der Fall, weil bei Einhaltung der erforderlichen Hygiene-Maßnahmen für Dritte keine besondere Ansteckungsgefahr besteht (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 29.03.2011 - L 11 SB 65/08 -).

Bei einer chronischen **Peritonealdialyse** sind die Voraussetzungen für die Nachteilsausgleiche „H“ und „RF“ in aller Regel nicht erfüllt (Beirat vom 22.10.1986: „Hilflosigkeit und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei ständiger Peritonealdialyse“).

Bei gut rehabilitierten, **berufstätigen Querschnittsgelähmten**, bei denen keine Geruchsbelästigung wegen einer Blasen- oder Mastdarmlähmung vorliegt, sind die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht in aller Regel nicht erfüllt (Beirat vom 22.10.1986: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Querschnittsgelähmten“).

- **Kinder**

Bei einem **behinderten Kleinkind** können die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „RF“ nicht vor Vollendung des 2. Lebensjahres vorliegen (BSG, Urteil vom 12.02.1997 - 9 RVs 1/95 -). Kinder unter 2 Jahren sind nämlich schon wegen ihrer altersbedingten Konstitution von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen. Bei älteren, behinderten Kindern sind die körperlichen Fähigkeiten mit denen eines altersentsprechenden, nicht behinderten Kindes zu vergleichen. Anders als bei der Zuerkennung der Nachteilsausgleiche „G“, „aG“ und „B“ haben beim Nachteilsausgleich „RF“ Kinder nicht schon dann einen Anspruch, wenn die festgestellten Gesundheitsstörungen bei Erwachsenen die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs rechtfertigen würden (BSG a.a.O.). Vielmehr kommt es bei Kindern und Jugendlichen im Ergebnis darauf an, ob sie an solchen öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können, die **ihrem Alter gerecht werden**. Nur wenn dies nicht der Fall ist, ist der Nachteilsausgleich „RF“ gerechtfertigt. Anderer Auffassung ist im Übrigen der SVB insoweit, als dass er Kinder im zweiten Lebensjahr als körperlich und geistig durchaus in der Lage sieht, bestimmten kindgerechten Veranstaltungen zu folgen (Beirat vom 12./13.11.1997: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Säuglingen und Kleinkindern - Konsequenzen aus dem BSG-Urteil vom 12.2.1997?“).

- **Organtransplantationen**

- Bei Transplantierten ist besonders zu berücksichtigen, dass sie wegen der erheblichen Infektionsgefahr unter immunsuppressiver Therapie das Zusammensein mit anderen Menschen meiden müssen (Beirat vom 23.04.1986). Die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich „RF“ können dann als gegeben angesehen werden, wenn bei Transplantierten über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolgt, dass dem Betroffenen auferlegt wird, alle Menschenan-

sammlungen zu meiden (Beirat vom 22.10.1986: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei **Herztransplantierten**“).

Allerdings ist nach Organtransplantationen mit folgender immunsuppressiver Therapie nicht regelhaft der Nachteilsausgleich „RF“ festzustellen. Solange nur die „übliche Erhaltungsdosis“ gereicht wird, muss der behinderte Mensch nicht generell Menschenansammlungen meiden (Beirat vom 29./30.03.2000: „Gutachtliche Beurteilung der Merkzeichen „RF“ und „G“ bei Organtransplantierten“).

- Diese Grundsätze gelten auch bei einer Lebertransplantation (Beirat vom 25.04.1990: „Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - und RF - nach Lebertransplantation“).
- Zur Überbrückung der Zeit bis zu einer **Herztransplantation** werden Herzranke häufig mit einem **Linksherzunterstützungssystem (Kunstherz)** versorgt. Auch wenn für diese Zeit eine zufriedenstellende Ventrikelfunktion vorliegt, sind die Voraussetzungen für „RF“ wegen der erheblichen Infektionsgefahr erfüllt (Beirat vom 28./29.04.1999: „Gutachtliche Beurteilung nach Implantation eines Linksherzunterstützungssystems“).
- Gesundheitsstörungen, die erst in der **Zukunft** zu erwarten sind - hier Infektionsgefahr vor geplanter **Nierentransplantation** - sind nicht zu berücksichtigen (Beirat vom 25.04.1990: „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei geplanter Nierentransplantation“).

- **Rückwirkende Feststellung**

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens „RF“ sind nicht rückwirkend festzustellen, da in der Regel das Rechtsschutzbedürfnis fehlt. Eine rückwirkende Gebührenbefreiung durch die Landesrundfunkanstalten bzw. die von ihnen beauftragten Stellen ist nämlich kraft Gesetzes ausgeschlossen. Ausgehend vom Zeitpunkt des Befreiungsantrags bei der GEZ kann eine Befreiung von der Gebührenpflicht nur für die Zukunft gewährt werden (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 22.11.2008 - L 4 SB 33/07 -).

- **Sachverhaltsaufklärung / Zeugen**

Bei Streit u.a. über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „RF“ können auch **medizinische Laien** zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts beitragen, in dem sie z.B. zu dessen tatsächlicher Bewegungsfähigkeit oder zu sonstigen Gegebenheiten seiner Lebensführung befragt werden. Eine solche Vernehmung ist kein völlig ungeeignetes Beweismittel; einem entsprechenden Beweisanerboten ist mithin nachzugehen (BSG, Beschluss vom 07.04.2011 - B 9 SB 47/10 B -).

- **Soziale Gründe**

Angelegenheiten der Rundfunkbeitragspflicht, einschließlich einer Entscheidung über die Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht nach § 4 Abs. 1 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag (mithin aus sozialen Gründen), gehören nicht zum herkömmlichen Recht der Sozialversicherung. Zuständig ist das Verwaltungsgericht (Thüringer LSG, Beschluss vom 04.12.2017 - L 1 SV 1411/17 B -).

### **Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse**

#### ***Gesundheitliche Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse - Nr. 34 AHP 2008***

*(1) Dieser Nachteilsausgleich kommt für Schwerkriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einer MdE von mindestens 70 v.H. in Betracht.*

*(2) Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Klasse mit Fahrausweis der 2. Klasse bei Eisenbahnfahrten sind in der Regel als gegeben anzusehen, wenn unter Anlegung eines strengen Maßstabes festzustellen ist, dass der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert. Bei schwerkriegsbeschädigten Empfängern der drei höchsten Pflegezulagestufen sowie bei Kriegsblinden, kriegsbeschädigten Ohnhändern und kriegsbeschädigten Querschnittsgelähmten wird das Vorliegen der Voraussetzungen unterstellt.*

Die AHP sind durch die VMG mit Wirkung zum 01.01.2009 ersetzt worden; 34 AHP kann damit auch nicht mehr Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Benutzung der 1. Klasse mit Fahrausweis der 2. Klasse bei Eisenbahnfahrten sein. Maßgebend sind insoweit allein die Beförderungsbedingungen der Deutschen Bahn AG. Dementsprechend sieht die auf § 70 SGB IX beruhende Schwerbehindertenausweisverordnung in § 3 Abs. 1 Nr. 6 auch nur vor, dass das Merkzeichen „1. Kl.“ einzutragen ist, wenn der schwerbehinderte Mensch die im Verkehr mit Eisenbahnen tariflich festgelegten gesundheitlichen Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllt.

Die Beförderungsbedingungen der Deutschen Bahn AG bestimmen unter der Rubrik „Beförderungsbedingungen für besondere Personengruppen“, Nr. 2.4 (in der ab 13.12.2015 geltenden Fassung, weiterhin inhaltlich zumindest seit 2008 unverändert) u.a.:

1. Anwendungsbereich

Diese Bedingungen ergänzen die Beförderungsbedingungen für Personen durch die Unternehmen der Deutschen Bahn AG (BB Personenverkehr) in ihrer jeweils aktuellen Fassung für die in Nr. 2 und Nr. 3 genannten besonderen Personengruppen. Die BB Personenverkehr gelten jedoch nur, soweit sich aus den nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes ergibt.

2. Personen mit Behinderungen (schwerbehinderte und schwerkriegsbeschädigte Menschen)

2.1 Schwerbehinderte Menschen

Die Beförderung schwerbehinderter Menschen und ihrer Begleitpersonen erfolgt nach Maßgabe der §§ 145 ff. Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX).

....

2.4 Schwerkriegsbeschädigte

Unbeschadet der Regelung in Nr. 2.1 werden Schwerkriegsbeschädigte, deren Erwerbsfähigkeit durch die Leiden um mindestens 70 % gemindert ist und deren körperlicher Zustand eine ständige Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert

(i) in Zügen der Produktklasse C unentgeltlich in der 1. Wagenklasse und  
(ii) in allen übrigen Zügen mit einer Fahrkarte zum Flexpreis für die 2. Wagenklasse in der 1. Wagenklasse befördert.

Dies gilt nur, wenn das Erfordernis der ständigen Unterbringung in der 1. Wagenklasse in dem Ausweis des schwerbehinderten Menschen entsprechend vermerkt ist.

Der Nachteilsausgleich „1. Kl.“ kann danach, d.h. nach dem Wortlaut, nur Schwerkriegsbeschädigten mit einer MdE bzw. einem GdS um mindestens 70 v.H. zustehen.

Kriegsbeschädigter ist nur, wer durch Einwirkungen eines der beiden Weltkriege geschädigt wurde (vgl. im Einzelnen § 1 Abs. 1, §§ 2 - 5 BVG). Schädigungen von Angehörigen anderer Streitkräfte aus oder im Zusammenhang mit anderen kriegerischen Auseinandersetzungen fallen nicht hierunter. Auch Rentenempfänger nach anderen Vorschriften des sozialen Entschädigungsrechts, und auch die in Nr. 34 AHP noch benannten Verfolgten im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes (zu Letzterem: so wohl auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 23.09.2010 - L 12 SB 34/09 -; a.A. LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 21.04.2015 - L 7 SB 87/14 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 07.05.2018 - L 21 SB 35/16 -) haben keinen Anspruch auf Gewährung dieses Nachteilsausgleichs. Gleiches gilt auch für („nur“) schwerbehinderte Menschen.

Die mit dem Merkzeichen verbundene Fahrpreismäßigung wird als Sonderleistung der sozialen Entschädigung Menschen gewährt, die als Kriegsoffer ein Sonderopfer erbringen mussten. Unter Berücksichtigung dieser Entschädigungsfunktion und dieses Sonderopfers handelt es nicht um eine unzulässige Ungleichbehandlung, wenn das Merkzeichen „1. Klasse“ Behinderten, die nicht schwerkriegsbeschädigt sind, nicht zuerkannt wird (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 07.05.2018 - L 21 SB 35/16 -, das entgegen der hier vertretenen Auffassung auch Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes als anspruchsberechtigt ansieht.

Neben den o.a. Vorgaben in Nr. 2.4 der Beförderungsbedingungen für besondere Personengruppen sind die bisherigen Grundsätze bei der Beurteilung der sonstigen Voraussetzungen des Merkzeichens „1. Kl.“ weiterhin anzuwenden (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 23.09.2010 - L 12 SB 34/09 -; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 21.04.2015 - L 7 SB 87/14 -):

Der Anspruch setzt voraus, dass besondere Bedürfnisse das Reisen in der ersten Wagenklasse erfordern. Dabei müssen die anerkannten Schädigungsfolgen die ausschließliche Ursache der Beschwerden sein. Die allgemeine versorgungsrechtliche Kausalitätsnorm der wesentlichen Bedingung, die auch Mitbedingungen berücksichtigen lässt, gilt nicht. (BSG, Urteil vom 28.03.1984 - 9a RVs 9/83 -).

Das Erfordernis des ständigen Angewiesenseins auf die 1. Klasse ist zudem nur erfüllt, wenn bei allen oder mindestens bei den meisten Eisenbahnfahrten eine besondere, von der 2. Klasse wesentlich unterschiedliche Ausstattung der 1. Klasse besteht, die allein geeignet ist, nennenswerte Beschwerden zu verhindern oder beträchtlich zu mindern. Maßgebend ist dabei die Ausstattung der vom Beschädigten üblicherweise benutzen Züge (LSG NW, Urteil vom 08.02.1996 - L 7 Vs 179/95 -).

Der Umstand, dass der Beschädigte in der 1. Klasse einem geringeren Menschengedränge ausgesetzt ist und somit dort angenehmer reisen kann, ist ebenso unerheblich wie die Größe der Zugtoilette, eine Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder eine Nervenschädigung im Bereich der Arme (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.11.2005 - L 8 SB 4268/03 -).

### **Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit**

#### **- Nr. 28 AHP 2008**

*Der im § 33 b EStG (siehe Nummer 27) verwendete Begriff „dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ ist nach der Rechtsprechung nicht eng auszulegen und bezieht sich auf die Einbuße der Fähigkeit, sich körperlich - insbesondere von Ort zu Ort - zu bewegen. Eine solche Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ist auch dann zu bejahen, wenn diese auf einem Schaden des Stütz- und Bewegungsapparates beruht, der für sich allein noch keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 25 ausmacht, und ein GdB von 30 oder 40 erst durch das Zusammentreffen mit weiteren Behinderungen zustandekommt.*

*Eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit kann in besonderen Fällen auch bei inneren Krankheiten, die bei gewöhnlicher Belastung zu einer Einbuße der körperlichen Beweglichkeit führen (beispielsweise bei Herz- und Lungenfunktionsstörungen mit einem GdB/MdE-Grad von 30), oder bei Schäden an den Sinnesorganen (beispielsweise bereits bei einer Seh- oder Hörbehinderung mit einem GdB von 30) vorliegen.*

**Typische Berufskrankheit - Nr. 29 AHP 2008**

*Die aus § 33 b EStG (siehe Nummer 27) sich ergebende Frage nach der typischen Berufskrankheit ist - abgesehen von der Voraussetzung eines GdB/MdE-Grades von mindestens 25, aber unter 50 - nur relevant, wenn der behinderte Mensch nicht Versicherter in der gesetzlichen Unfallversicherung ist. Eine typische Berufskrankheit ist dann unter den gleichen Voraussetzungen anzunehmen, unter denen bei Versicherten auf eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit der geltenden Berufskrankheiten-Verordnung zu schließen ist.*

**Anmerkung: zu Nr. 28 und 29 AHP 2008**

**Nr. 28 AHP** erläutert den im Einkommenssteuerrecht verwandten Begriff der „dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“.

Steuerliche Nachteilsausgleiche erhalten u.a.

- nach § 9 EStG (Werbungskosten) und § 4 EStG (Gewinn)
  - „Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung mindestens 70 beträgt“ sowie „Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung weniger als 70, aber mindestens 50 beträgt und die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind“,
- nach § 33a EStG (Außergewöhnliche Belastung, Beschäftigung einer Hilfe im Haushalt)
  - Steuerpflichtige für Aufwendungen durch die Beschäftigung einer Hilfe im Haushalt, wenn ... der Steuerpflichtige oder sein nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte oder ein zu seinem Haushalt gehöriges Kind oder eine andere zu seinem Haushalt gehörige unterhaltene Person ... „hilflos im Sinne des § 33b oder schwerbehindert ist ...“,
- nach § 33b EStG (Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen)
  - „(2) Die Pauschbeträge erhalten
    1. Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung auf mindestens 50 festgestellt ist;
    2. Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung auf weniger als 50, aber mindestens 25 festgestellt ist, wenn
      - a) dem behinderten Menschen wegen seiner Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen ..., oder
      - b) die **Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht.**
    - (3) Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung
  - ...
  - Für behinderte Menschen, die hilflos im Sinne des Absatzes 6 sind, und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag
  - ...

(6) Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er an Stelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag ... geltend machen (Pflegepauschbetrag), wenn er dafür keine Einnahmen erhält. Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Voraussetzung ist,“

- nach den Hinweisen zu Abschnitt 189 der Einkommensteuer-Richtlinien (Aufwendungen wegen Krankheit, Behinderung und Tod) für Fahrtkosten (neben denen für einen Privat-PKW):

Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80, oder  
Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 70 und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Geh- und Stehbehinderung; Merkzeichen „G“) sowie  
behinderte Menschen mit den Merkzeichen aG, Bl oder H.

Weder die Versorgungsbehörden noch die Sozialgerichte haben zu beurteilen, ob Behinderungen, die keine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bedingen, gleichwohl beim Steuerpflichtigen zu vergleichbaren wirtschaftlichen Belastungen führen und daher steuerlich ebenfalls den entsprechenden Pauschbetrag rechtfertigen. Die Versorgungsbehörden haben lediglich die gesundheitlichen Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Steuervergünstigungen festzustellen. Die Einräumung des steuerrechtlichen Nachteilsausgleichs selbst, und damit die Prüfung, ob unter Beachtung des Gleichheitssatzes die Gleichstellung von Fällen geboten ist, in denen diese Merkmale nicht vorliegen, ist Aufgabe der Finanzbehörden und der sie kontrollierenden Gerichtsbarkeit (BSG, Urteil vom 26.02.1992 - 9a RVs 2/91 -).

Der Begriff der „äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ ist nicht eng auszulegen. Auch innere Leiden können zu einer solchen Einbuße der körperlichen Beweglichkeit führen; diese muss aber auch tatsächlich erkennbar sein.

Bei Magen-, Zwölffingerdarm-, Nieren- und Leberleiden komme - so der SVB - eine solche Einbuße nur in Betracht, wenn die Leiden mit einer deutlichen andauernden Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes und einer entsprechend eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit (Beweglichkeit) einhergehen.

Eine solche Einschränkung trete allerdings beim Diabetes mellitus nicht



auf. Dies gelte auch im Hinblick auf mit der Erkrankung verbundene, gelegentlich auftretende hypoglykämische Zustände, diese seien nämlich nicht „dauernd“ vorhanden.

Nach einer Brustamputation kann nach Auffassung des SVBs dann eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit angenommen werden, wenn als Folgen der Operation oder einer Bestrahlung Funktionseinschränkungen im Schultergürtel oder Arm bestehen.

Die zu treffende Feststellung sei zwar nicht von einem bestimmten GdB abhängig; bei den o.a. Fällen, bei denen eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit in Betracht komme, spreche aber allerdings nur ein GdB von 40 dafür, dass die Voraussetzungen für die Feststellung erfüllt seien (Beirat vom 23.04.1986: „Äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit - Einzelfälle“).

Allerdings sei eine solche Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit bei einem Diabetes mellitus selbst mit einem GdB von 40 nicht vorstellbar (Beirat vom 17./18.05.2006: „Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit und Diabetes mellitus“).

Bei kardiopulmonalen Krankheiten komme die Feststellung einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit nur dann in Betracht, wenn die kardialen oder pulmonalen Funktionseinschränkungen für sich allein mit einem GdB von wenigstens 40 zu beurteilen sind (Beirat vom 26.10.1988 und vom 25.04.1990: „Beurteilung einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei kardiopulmonalen Krankheiten“).

Die Forderung des SVBs aus den Jahren 1986 bis 1990, dass bei den o.a. inneren Krankheiten erst ab einem GdB von 40 die Feststellung einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit möglich sei, dürfte allerdings überholt sein. Die Nr. 28 AHP 1996 pp sehen nämlich auch bei diesen Erkrankungen ausdrücklich („beispielsweise bei Herz- und Lungenfunktionsstörungen mit einem GdB/MdE-Grad von 30“) die Feststellung bereits ab einem GdB von 30 vor.

Psychische Behinderungen - z.B. Neurosen - können wegen der erforderlichen Psychopharmakotherapie zu einer allgemeinen Verlangsamung und einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit führen. Allerdings spricht nach Auffassung des SVBs eine Medikamentendosierung, die zu einer erheblichen allgemeinen Verlangsamung führt, für den Ansatz eines höheren GdB als 40, so dass sich schon deshalb die Frage nach einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit erübrige (Beirat vom 25.04.1990: „Äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei psychischen Störungen“).

Ein Wirbelsäulenschaden, der mit einem GdB von 10 beurteilt wurde, kann die Annahme einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit rechtfertigen. Dies ist nach Meinung des SVBs aber nicht bei den seltenen und kurzdauernd auftretenden leichten Wirbelsäulensyndromen möglich. Vielmehr müssten - wesentlich seltener zu beobachtende - anhaltende Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule, die sachgerecht mit einem GdB von 10 zu beurteilt wurden, vorliegen (Beirat vom 15./16.04.1997 und vom 12./13.11.1997: „Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei Wirbelsäulenschäden“).

Eine angeborene Einnierigkeit bedingt keine äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit (BSG, Urteil vom 26.02.1992 - 9a RVs 2/91 -).

**Nr. 29 AHP** weist daraufhin, wie Berufskrankheiten - s.o. § 33b Abs. 2 EStG - festzustellen bzw. zu bewerten sind, wenn der Betroffene nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert ist.

### **Hilflosigkeit (Merkzeichen H)**

s. (S. 60) Teil A 4 VMG - Allgemein - u. (S. 74) Teil A 5 VMG - bei Kindern und Jugendlichen.

### **Merkzeichen TBI (taubblind)**

#### **§ 3 Schwerbehindertenausweisverordnung**

(1) Im Ausweis sind auf der Rückseite folgende Merkzeichen einzutragen:  
... 8. TBI

wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 hat.

#### **Anmerkung zum Merkzeichen TBI (Taubblind)**

Mit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG BGBl 2016 Teil I Nr. 66) zum 30.12.2016 ist das Merkzeichen „TBI“ - taubblind - für taubblinde Menschen im Schwerbehindertenausweis einzutragen (§ 3 SchwbAwV).

Dazu wurde im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ u.a. ausgeführt:

#### ***„Zu Nummer 2b (§ 3)***

*Die Neuregelung sieht vor, dass im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „TBI“ für „taubblind“ einzutragen ist, wenn bei einem schwerbehinderten Menschen wegen einer Störung der Hörfunktion ein Grad der Behinderung von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein Grad der Behinderung von 100 anerkannt ist.*

*Die Neuregelung geht auf Forderungen der Verbände behinderter Men-*

schen zurück, für die durch diese außergewöhnlich schwerwiegende Behinderung eigener Art betroffenen Menschen ein eigenes Merkzeichen zu schaffen. Das Fachgutachten des gemeinsamen Fachausschusses hörsehbehindert/taubblind wurde in die Überlegungen einbezogen. Die Beeinträchtigungen der Teilhabe der vom Merkzeichen erfassten Personengruppe sind äußerst heterogen, so dass sich einheitliche konkrete Bedarfe nicht ermitteln lassen. Deswegen ist das Merkzeichen mit keinem konkreten bundesrechtlichen Nachteilsausgleich verbunden. Es kommt als Nachweis für die Rundfunkbeitragsbefreiung nach dem Rundfunkbeitragsstaatsvertrag in Betracht, sofern die für das Rundfunkwesen ausschließlich zuständigen Länder dies festlegen. Das Merkzeichen umfasst nicht automatisch die Nachteilsausgleiche für blinde und gehörlose Menschen wie zum Beispiel Landesblindengeld, Landesgehörlosengeld oder steuerliche Nachteilsausgleiche. Deshalb werden die Merkzeichen „Bl“ (blind) und „GL“ (gehörlos) bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen zusätzlich zum Merkzeichen „TBI“ in den Schwerbehindertenausweis eingetragen.“

### **Mithin:**

1. Nachteilsausgleiche oder Leistungen wie Assistenz, Rehabilitation oder Hilfsmittel sind mit dem Merkzeichen „TBI“ nicht verbunden. Es gibt weiterhin die Merkzeichen „Bl“ und „Gl“. Wer blind oder gehörlos ist, bekommt oder behält das jeweilige Merkzeichen. Wer blind und gehörlos ist, bekommt oder behält beide Merkzeichen. Das Merkzeichen TBI gibt es zusätzlich zu den Merkzeichen Bl und Gl. Wer das Merkzeichen Bl hat, bekommt Blindengeld. Gehörlose Menschen mit dem Merkzeichen Gl bekommen Gehörlosengeld, wenn es im jeweiligen Bundesland Gehörlosengeld gibt.
2. Derjenige, bei dem eine „an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ vorliegt, hat aufgrund der Höreinschränkung einen GdB von mindestens 70. An Taubheit grenzend bedeutet einen Hörverlust auf beiden Ohren von 80-95% (s. dazu Teil B 5.2.4 VMG). Eine hochgradige Sehbehinderung (Sehschärfe von 0,05 bzw. 1/20 oder 5%) bedingt einen GdB von 100. Ab einer Sehschärfe von 0,02 besteht Blindheit (s. dazu Teil B 4.3 VMG). Dabei können andere Seheinschränkungen wie Gesichtsfeldeinschränkung oder Nachtblindheit angerechnet werden. Werden diese Bedingungen zusammen erfüllt, besteht Anspruch auf das Merkzeichen „TBI“.
3. Zum weiteren Verständnis: Taubblinden Menschen fehlen zwei wichtige Sinne, sie hören nicht oder kaum und sie sehen nicht oder kaum. Sind noch Hör- oder Sehreste vorhanden, so reichen sie nicht, um Sprache zu verstehen oder sich sicher zu orientieren. Taubblinde Menschen nehmen dennoch sehr viel von Ihrer Umwelt wahr, sie nutzen nur andere Kanäle. Die Umwelt wird über den Tastsinn, den Geruchssinn,

über andere Menschen, Assistenten, Freunde oder Nachbarn erfasst, die die Welt vermitteln. Es gibt wirkungsvolle Hilfsmittel wie den allen bekannten Taststock oder Vibrationsmelder und allerlei Dinge, die den Alltag unterstützen. Besonders wichtig sind Computer bzw. Lesegeräte mit Braillezeile. Die Braillezeile setzt die Buchstaben in ertastbare Zeichen um. Sie ermöglichen die Informationsaufnahme und den Zugang zum Internet. Das Internet ist für taubblinde Menschen eine wichtige Informationsquelle und ein wertvolles Kommunikationsmittel. Kommunikation ist natürlich auch direkt möglich.

Das Merkzeichen kann helfen, Behörden deutlich zu zeigen, dass man wirklich taubblind ist und taubblindenspezifischen Bedarf/Anspruch hat, wie zum Beispiel bei der Beantragung

- einer qualifizierten Taubblindenassistenten
- von passenden Hilfsmitteln, zum Beispiel Braillezeile oder Vibrations-signalanlage
- von Rehabilitationsunterricht, zum Beispiel Orientierung- und Mobili-tätskurse für Usher-Betroffene.
- Vielleicht wird es in der Zukunft noch weitere Leistungen (Nachteils-ausgleiche) geben. Dann kann man sie leichter in Anspruch nehmen.

INFOBLATT über das Merkzeichen „TBl“ für Menschen mit Hörsehbehinderung/Taubblindheit“ des /der Kompetenzzentrum Selbstbestimmtes Leben, Deutsche Gesellschaft für Taubblindheit, Deutscher Blinden und Sehbehindertenverband e.V.

## Anhang

### **Nicht bzw. nicht mehr in den VMG enthaltene Hinweise, Unterlagen pp**

#### **Vorbemerkung**

Zum 01.01.2009 ist die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) in Kraft getreten.

Bisher wurde das Ausmaß der nach dem Bundesversorgungsgesetz auszu-gleichenden Schädigungsfolgen und des Grades der Behinderung nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Ent-schädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ (AHP) festgestellt. Die AHP wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf der Grundlage von Beschlüssen und Empfehlungen des bisherigen ärztlichen „Sachverständigenbeirates Versorgungsmedizin“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegeben.

Die Rechtsprechung hatte allerdings wiederholt beanstandet, dass es keine verfassungskonforme Rechtsgrundlage für diese AHP gebe. Die nun verabschiedete Verordnung setzt die Vorgaben der Rechtsprechung um. Nunmehr enthalten die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ - Anlage zu § 2 der VersMedV vom 10.12.2008 - (VMG) die zugrundezulegenden Bewertungsvorgaben.

Dabei sind insbesondere die in den AHP niedergelegten Vorgaben zur Bestimmung des Grades der Behinderung (GdB) und des Grades der Schädigungsfolgen (GdS, früher MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit) nahezu vollständig übernommen worden, so dass auch weiter noch auf die AHP zurückgegriffen werden kann. Als PDF-Dokument kann der Text der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (VMG) derzeit beim BMAS (<http://www.bmas.de/>) heruntergeladen werden.

Entfallen in den VMG sind:

- die Nrn. 1 - 15 AHP (Durchführung der Begutachtung)
- die Nr. 33 AHP (Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht) und 34 (Gesundheitliche Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse)
- die Wiedergabe von Rechtsgrundlagen (Nr. 27 und 35 AHP)
- die Nrn. 53 - 143 AHP (Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern).

Gerade bei Letzterem ist die Begründung (Bundesrat Drucksache 767/08) (s. S. 538) von Bedeutung:

Die Nrn. 53 bis 143 der Ausgabe 2008 der AHP behalten auch nach Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung zumindest Gültigkeit als antizipiertes Sachverständigengutachten. Dies entbindet allerdings nicht von der Prüfung, ob die dort aufgeführten Wertungsvorgaben noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

An vielen Stellen der VMG fehlen nunmehr auch die erläuternden Zusätze z.B. zu einzelnen Krankheitsbildern, da die VMG keinen Lehrbuchcharakter haben sollen. Diese Zusätze werden in den von anhaltspunkte.de veröffentlichten Anmerkungen zu den VMG weiter fortgeführt, sofern sie nicht schon von Anfang an überflüssig waren (z.B. die pauschale Bemerkung in den AHP, dass außergewöhnliche psychische Beeinträchtigungen ggf. zusätzlich zu berücksichtigen sind). Gleichermaßen werden auch weitgehend inhaltslose - da eine Begründung nicht enthaltende - Beschlüsse des Sachverständigenbeirats aufgeführt, um der Gefahr zu begegnen, dass eine im Einzelfall sinnvolle Diskussion durch den Hinweis auf solche Beschlüsse zu unterbinden versucht wird.

§§ 3, 4 VersMedV bestimmt, dass der „Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) das BMAS in versorgungsärztlichen Angelegenheiten beraten und die Fortentwicklung der VMG nach dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft vorbereiten soll. Der Beirat besteht aus 17 vom BMAS auf vier Jahre berufenen Mitgliedern, darunter je acht versorgungsmmedizinisch und acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärzte sowie ein Arzt aus dem versorgungsärztlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr. Der Beirat kann zu seinen nichtöffentlichen Beratungen externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzuziehen. Sie sind ebenso wie die Beiratsmitglieder zur Verschwiegenheit verpflichtet, so dass die Kritik an mangelnder Transparenz der VMG weiteraufrecht zu erhalten ist. Bereits zur Zeit der Geltung der AHP hat sich das BMAS allenfalls unzureichend an die Vorgaben in Nr. 3 AHP - „Die Beschlüsse der Tagungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats (Sektion Versorgungsmedizin), die sich auf die Anhaltspunkte beziehen (diese ändern, ergänzen oder erläutern) werden veröffentlicht (Bundesarbeitsblatt, Internet, BMAS, Rundschreiben)“ - gehalten, in dem es sein Ermessen restriktiv ausgeübt, Beratungsergebnisse - wenn überhaupt - nur gekürzt wiedergegeben, die Veröffentlichungen - so denn überhaupt - nicht regelmäßig aktualisiert und vor 2002 erarbeitete Beratungsergebnisse nicht veröffentlicht hat.

Die VMG werden - im Ergebnis das Konzept der AHP fortsetzend - durch Verordnungen zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung fortgeschrieben. Die tragenden Gründe der Änderungen werden nun auch in einer amtlichen Begründung veröffentlicht; nicht bekanntgegeben werden weiterhin z.B. anstehende Änderungsüberlegungen, die Erörterungsergebnisse von Beurteilungsproblematiken oder gar die Gründe für die Ablehnung von Änderungsanregungen. Die Handhabung ist mithin weiterhin restriktiv und der Sache der behinderten Menschen wenig förderlich.

Die weiteren Einzelheiten zu der Einführung der VMG sind der Bundesrats-Drucksache 767/08 zu entnehmen:

#### A. Allgemeiner Teil

*Das Ausmaß einer nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) auszugleichenden Schädigungsfolge wurde bisher nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“-AHP - festgestellt. Die AHP wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf der Grundlage von Beschlüssen und Empfehlungen des bisherigen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim BMAS herausgegeben. Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei den AHP um antizipierte Sachverständigengutachten. Ihre Beachtlichkeit ergibt sich zum einen daraus, dass sie eine dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz entsprechende Rechtsanwendung gewährleisten und zum anderen daraus,*

---

*dass sie ein geeignetes und auf jahrzehntelanger Erfahrung der Verwaltung und der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge darstellen.*

*Allerdings hat die Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht, Bundessozialgericht) wiederholt gerügt, dass die AHP nicht demokratisch legitimiert sind. Weder für die AHP selbst noch für die Organisation, das Verfahren und die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums gab es bislang eine Rechtsgrundlage im Sinne eines materiellen Gesetzes. Die AHP wirken daher nur normähnlich.*

*Durch das Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) wurde § 30 Absatz 17 BVG eingefügt und damit die geforderte Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die nunmehr durch eine Rechtsverordnung zu konkretisieren ist. Diese Verordnung setzt die Vorgaben der Rechtsprechung um, ohne dass die in den AHP niedergelegten Grundsätze und Kriterien inhaltlich geändert werden. Vielmehr wird an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. Dadurch ist gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist. Die Anlage zur Verordnung entspricht weitgehend den AHP Ausgabe 2008.*

*Nach § 69 SGB IX gelten die Maßstäbe auch für die Feststellung des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind.*

*Darüber hinaus werden in der Verordnung die Bildung, die Regularien und die Aufgaben des neuen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin (Beirat) im Einzelnen geregelt.*

## *B. Besonderer Teil*

*Zu § 1: Die Vorschrift bestimmt Sinn und Zweck der Verordnung.*

*Zu § 2: Die konkreten Ausführungen zur künftig rechtsverbindlichen Beschreibung und Definition der in § 30 Abs. 17 BVG und in § 1 dieser Verordnung genannten Grundsätze und Kriterien werden in der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu dieser Verordnung zusammengefasst. Die Anlage entspricht - lediglich redaktionell angepasst - den in der Ausgabe 2008 der AHP niedergelegten Texten und Tabellen mit den unten genannten Ausnahmen. Dadurch soll zum einen die von den Gerichten und Ländern gewünschte Kontinuität bis zur Konstitution des gemäß dieser Verordnung zu berufenden Beirats und zum anderen die Einheitlichkeit und Qualität der versorgungsärztlichen Begutachtung gewahrt bleiben.*

*Die Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ umfasst die vom bisherigen Beirat gefassten und veröffentlichten Beschlüsse und Empfehlungen und spiegelt somit den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Versorgungsmedizin wider. Konkret handelt es sich dabei um*

- Grundsätze zur versorgungsmedizinischen Bewertung von Schädigungsfolgen,*
- Grundsätze zur Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) sowie um Kriterien zur Ermittlung eines Gesamt-GdS,*
- die Übernahme der „GdS/GdB-Tabelle“,*
- Grundsätze für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 BVG,*
- Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG.*

*Die Kapitel eins bis fünfzehn der Ausgabe 2008 der AHP waren entbehrlich, da dort nur allgemeine Grundsätze zur Durchführung einer sozialmedizinischen Begutachtung innerhalb des Verwaltungsverfahrens beschrieben wurden.*

*Herausgenommen wurden die Kapitel 33 und 34, da hierzu für eine Regelung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales keine Rechtsgrundlage besteht. Rechtsgrundlagen aus anderen Rechtsgebieten sind in einer Verordnung des Bundesministeriums nicht zu wiederholen, weshalb Kapitel 27 und 35 entfallen.*

*Der Abschnitt „Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern“ (AHP 53 - 143) war als Arbeitshilfe für Versorgungsärzte gedacht. Es handelt sich jedoch um medizinisches Lehrbuchwissen, das nicht durch ein Bundesministerium verordnet werden kann. Soweit die Kannversorgung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes betroffen ist, bleibt das Rundschreiben des BMA vom 12. Dezember 1996 - Az. VI 5 - 55470 - 2 wirksam. Zudem behalten die Nr. 53 bis Nr. 143 der Ausgabe 2008 der AHP auch nach Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung Gültigkeit als antizipiertes Sachverständigengutachten.*



*Um weiterhin eine einheitliche Anwendung des wissenschaftlich allgemein anerkannten Lehrbuchwissens zu gewährleisten, sollte durch die Länder - mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales - eine Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsverwaltung gebildet werden.*

*Im Übrigen wird sichergestellt, dass eine Fortentwicklung und Anpassung dieser Grundsätze ausschließlich aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen erfolgt. Änderungen der Anlage zur Verordnung erfolgen ausschließlich durch eine Änderungsverordnung.*

*Zu §§ 3 und 4:*

*Diese Vorschriften beschreiben die Bildung, die üblichen Regularien und die Aufgaben des neuen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin. Die Anzahl der Beiratsmitglieder wird vergleichbar mit dem amtierenden Beirat auf siebzehn festgelegt, um eine effektive und ergebnisorientierte Arbeitssituation zu gewährleisten.*

*Während der Beirat bisher aus erfahrenen Versorgungsärzten und -ärztinnen bestand, deren Fachwissen vorwiegend auf Erfahrung in der Anwendung der AHP beruht, wird der neue Sachverständigenbeirat zur Hälfte von wissenschaftlich besonders ausgewiesenen Fachärzten und -ärztinnen aus Hochschule und Kliniken gebildet. Dies ist dringend erforderlich, um insbesondere bei der grundlegenden Überarbeitung der AHP kontinuierlich und zeitnah den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen zu können. Die weiteren Mitglieder sind versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Dadurch wird die Berücksichtigung einer sachgerechten und praxisnahen Gestaltung und Anwendung gewährleistet.*

*Aus dem gleichen Grund wird auch das bisher erprobte Verfahren der Fortentwicklung beibehalten: Änderungsvorschläge von Bürgerinnen und Bürgern, von Verbänden, von Gutachterinnen und Gutachtern sowie Vorschläge aus den Ländern und aus der Wissenschaft werden dem Beirat vorgelegt, der bei Bedarf andere Sachverständige hinzuzieht oder Arbeitsgruppen bildet.*

*Es hat sich bewährt, zu speziellen Themen das Fachwissen der Verbände mit einzubeziehen. Daher wird in § 3 Abs. 3 bestimmt, dass durch Beschluss des Beirats sachkundige ärztliche Vertreter der Verbände zu einzelnen Beiratssitzungen eingeladen werden können. Bei der Vielzahl der im Beirat zu behandelnden Themen ist so eine effektive Beteiligung der Verbände möglich.*

*Generell ist hervorzuheben, dass der neue Beirat - wie bisher - unabhängig, weisungsfrei und unparteiisch seine Tätigkeit auszuüben hat. Für eine sachorientierte Arbeit des Beirats sind die Nichtöffentlichkeit der Beratungen und die Pflicht zur Verschwiegenheit unerlässlich.*

*Zu § 5: Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.*

Die ab 01.01.2009 geltende Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (**Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV**) v. **10.12.2008** (BGBl. I S. 2412) lautet:

*Auf Grund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 32 Buchstabe i des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:*

### **§ 1 Zweck der Verordnung**

*Diese Verordnung regelt die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung.*

### **§ 2 Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“**

*Die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien sind in der Anlage zu dieser Verordnung \*) als deren Bestandteil festgelegt. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt.*

*\*) Die Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts ausgegeben. Abonnenten des Bundesgesetzblatts Teil I wird der Anlageband auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt.*

### **§ 3 Beirat**

*(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.*

*(2) Der Beirat hat 17 Mitglieder, und zwar*

- 1. acht versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,*
- 2. eine Ärztin oder einen Arzt aus dem versorgungsärztlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr,*
- 3. acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.*

*(3) Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden.*

*(4) Die Mitglieder des Beirats werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von vier Jahren berufen. Wiederwahl ist möglich. Das*

---

*Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist berechtigt, Beiratsmitglieder jederzeit ohne Angabe von Gründen abzurufen. Ein Beiratsmitglied kann jederzeit seine Abberufung beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben. Nach Ausscheiden eines Mitglieds erfolgt eine Neuberufung für den restlichen Zeitraum der Berufungsperiode. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und bestimmt durch Wahl aus seiner Mitte den Vorsitz und die Stellvertretung. Die Geschäftsführung des Beirats liegt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, welches zu den Sitzungen einlädt und im Einvernehmen mit dem vorsitzenden Mitglied die Tagesordnung festlegt.*

*(5) Die Beratungen des Beirats sind nicht öffentlich. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein persönliches Ehrenamt, das keine Vertretung zulässt. Die Mitglieder des Beirats unterliegen keinerlei Weisungen, üben ihre Tätigkeit unabhängig und unparteilich aus und sind nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt auch für die in Absatz 3 genannten Personen.*

#### **§ 4 Beschlüsse**

*Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder gefasst. Zur Beschlussfassung ist die Anwesenheit von mindestens zwölf Mitgliedern erforderlich.*

#### **§ 5 Inkrafttreten**

*Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.*

*Der Bundesrat hat zugestimmt.*

*(Aktuelle Fassung der VmG siehe S. 596.)*

## Geschichte der AHP / VMG

Geschichte der Anhaltspunkte und der Versorgungsmedizinischen Grundsätze

Die Anhaltspunkte basieren auf Begutachtungsrichtlinien für die Kriegsofferversorgung. Bereits 1916 erschienen die ersten „Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen.“ Diese wurden durch die „Anhaltspunkte für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Reichsversorgungsgesetz vom 12.05.1920“ fortgeschrieben. 1952 wurden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen“ vom Bundesarbeitsminister herausgegeben, die sich weiterhin zunächst im Wesentlichen mit den Folgen von Kriegsbeschädigungen befassten und in den Jahren 1954, 1958, 1965 und 1973 erweitert wurden. 1974 trat das Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft - SchwBG - in Kraft und 1977 erschienen die „Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz“ als Richtlinie für die Begutachtungen von Behinderungen, aber auch von Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz. Diese wurden 1983 und 1996, nunmehr unter dem Titel „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP), vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) neu aufgelegt.

Die wesentlichen Gründe für die Überarbeitung der AHP hat der (damalige) Bundesarbeitsminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm in seinem Vorwort zu der Auflage 1996 - auch heute noch zutreffend - dargestellt:

*Die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ haben sich als Grundlage für alle Begutachtungen in dem immer umfangreicher gewordenen sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz Jahrzehnte bewährt. Neue Erkenntnisse und Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft über die Auswirkungen und die Ursachen von Gesundheitsstörungen, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, zwischenzeitliche Änderungen der Rechtsgrundlagen sowie Erfahrungen bei der Anwendung der bisherigen „Anhaltspunkte“ haben eine generelle Überarbeitung erforderlich gemacht.*

*Viele haben an der jetzt vorliegenden Neufassung der „Anhaltspunkte“ mitgewirkt. So haben die Minister und Senatoren für Soziales der Länder, die Kriegsoffer- und Behindertenverbände und das Bundesministerium der Verteidigung aufgrund ihrer Erfahrungen bei der Anwendung der „Anhaltspunkte“ Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge unterbreitet.*

*Auch ärztliche Fachgesellschaften, einzelne Sachverständige sowie Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen von Behinderten haben sich beteiligt.*

*Alle bisherigen Ausführungen in den „Anhaltspunkten“ und die Änderungsvorschläge sind in fachbezogenen Arbeitsgruppen mit speziell erfahrenen Ärzten aus den Bereichen der Wissenschaft und Klinik, mit besonders sachkundigen Ärzten der versorgungsärztlichen Dienste der Länder und der Bundeswehr sowie mit Ärzten, die von Behindertenverbänden entsandt worden waren, mit nichtmedizinischen Sachverständigen und mit Medizinerinnen und Juristen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sehr eingehend erörtert worden; insgesamt waren über 160 externe Sachverständige beteiligt. Jeder Änderung von GdB/MdE-Werten sind sorgfältige Prüfungen vorausgegangen, und es ist besonders darauf geachtet worden, dass jeweils die Relation zu anderen Behinderungen gewahrt und damit vergleichbare Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auch gleich bewertet werden.*

*Das bewährte Grundkonzept der bisherigen „Anhaltspunkte“ ist auf Wunsch der Anwender, aber auch aller an der Erarbeitung Beteiligten beibehalten worden.*

*Die Änderungsentwürfe der Arbeitsgruppen sind in der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen SVBs beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abschließend beraten und mit den Ministern und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder abgestimmt worden.*

*Die neuen „Anhaltspunkte“ enthalten noch mehr Beurteilungskriterien für den Gutachter, als dies bisher der Fall war; hierbei wurde insbesondere die GdB/MdE-Tabelle erheblich erweitert. Damit ist gewährleistet, dass der ärztliche Sachverständige trotz des größer gewordenen Spektrums an Schädigungsfolgen und Behinderungen weiterhin sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten auch einheitliche Beurteilungen abgeben kann. Die „Anhaltspunkte“ tragen somit entscheidend zur Qualitätssicherung in der versorgungsmedizinischen Begutachtung bei. Sie liefern damit der Versorgungsverwaltung die Grundlage, bei jedem einzelnen Versorgungsberechtigten und Behinderten gerechte Verwaltungsentscheidungen zu treffen.“*

Seit 1996 wurden die AHP nach dem o.a. Konzept vom jeweils zuständigen Ministerium (derzeit Bundesministerium für Arbeit und Soziales - BMAS - , davor u.a. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung - BMGS - und Bundesministerium für Arbeit - BMA -) im Zusammenwirken mit den Mitgliedern der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen SVBs (SVB) beim BMAS (vorher BMA bzw. BMGS) weiter fortgeschrieben. Dessen Tagungen fanden fast regelmäßig zweimal im Jahr statt, um aktuelle Begutachtungsfragen zu erörtern. Sofern nach dem Ergebnis der Beratungen Änderungen bzw. Erweiterungen der AHP erforderlich wurden,

sollten diese zumindest mit Rundschreiben des Ministeriums bekannt gegeben und im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht werden; vereinzelt fand man diese auch auf den Internetseiten des BMAS.

Von Bedeutung ist hier **weiterhin** das Urteil des LSG NRW vom 22.04.2004 - L 7 SB 60/03 - : Danach besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Herausgabe der Niederschriften des ärztlichen SVB. Innerhalb eines laufenden Verwaltungsverfahrens nach dem SGB IX kann nämlich der betroffene Antragsteller Auskunft über die der Entscheidung und ihrer rechtlichen Würdigung zugrunde liegenden, schriftlich fixierten Empfehlungen des SVBes zur Auslegung, Konkretisierung und Anwendung der AHP beanspruchen; die Waffengleichheit im Verfahren ist zu gewährleisten. Nach dem Prinzip von Treu und Glauben muss die Behörde den Beteiligten eines Verwaltungsverfahrens auf Anfrage die zur Rechtsverfolgung nötigen und anders nicht erreichbaren Auskünfte erteilen. Der Inhalt der Anhaltspunkte, die antizipierte Sachverständigengutachten darstellen, ist nämlich nicht ausschließlich mit Hilfe juristischer Auslegungsmethoden zu ermitteln. Vielmehr sind Zweifel vorzugsweise durch Nachfrage bei dem verantwortlichen Urheber (dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin bzw. bei dem für diesen geschäftsführend tätigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales) zu klären (BSG, Beschluss vom 02.12.2010 - B 9 VH 2/10 B -).

Im Juni 2004 wurden die AHP unter dem Titel „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ neu aufgelegt. Dabei wurden im Wesentlichen die zwischenzeitlichen Änderungen seit 1996 eingearbeitet und sprachliche Anpassungen aufgrund der Überführung des Schwerbehindertengesetzes in das zum 01.07.2001 in Kraft getretene Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorgenommen. **2005 und 2008** erfolgten neue Auflagen mit nur wenigen Änderungen.

Nunmehr endlich, nämlich nachdem das BSG schon vor 14 Jahren (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 -, s. auch „Rechtsnatur der Anhaltspunkte“ in der Kommentierung der AHP 2008 - *auf der CD von anhaltspunkte.de*) eine Ermächtigungsnorm sowie klare gesetzlichen Vorgaben für die AHP angemahnt hat, wurde durch das zum 21.12.2007 in Kraft getretene „Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts“ vom 13.12.2007 (BGBl. 2007 I S. 2904 ff) für die Verrechtlichung der AHP eine Ermächtigungsgrundlage für eine vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu erlassende Rechtsverordnung geschaffen. Dem § 30 BVG wurde der Absatz 17 angefügt:

*„Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des Absatzes 1 maßgebend sind, sowie die für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 maßgebenden Grundsätze und die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 aufzustellen und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung zu regeln.“*

Dem folgend werden die für Feststellungsverfahren nach dem SGB IX zuständigen Behörden an diese Maßstäbe gebunden. § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX wurde wie folgt gefasst:

*„Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der aufgrund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung gelten entsprechend.“*

Durch das Gesetz wurden im Übrigen zwar zahlreiche Änderungen im Bereich des Versorgungs- und auch des Schwerbehindertenrechts vorgenommen. Inhaltlich sind die Änderungen aber eher gering und beschränken sich im Wesentlichen auf eine sprachliche Aktualisierung. So wurde im Sozialen Entschädigungsrecht die Bezeichnung „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) durch „Grad der Schädigungsfolgen“ (GdS) ersetzt. Dies soll der Klarstellung dienen, dass nicht schädigungsbedingte Gesundheitsstörungen auch nicht entschädigt werden. In den AHP wurde indes der Begriff der MdE bei der Bewertung von Schädigungsfolgen bis Ende 2008 weiter benutzt.

Mit Wirkung zum 01.01.2009 wurden die AHP durch die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ - Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 - ersetzt (s. im Weiteren die Vorbemerkung zu den VMG (S. 536)); sie werden nun - im Ergebnis das o.a. Konzept der AHP fortsetzend - durch Verordnungen zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung fortgeschrieben. Zu beachten ist dabei, dass die VersMedV, bei der es sich um eine Rechtsverordnung und damit eine untergesetzliche Rechtsnorm handelt, die Rechtsanwender dann nicht bindet, wenn inhaltlich gegen höherrangige Rechtsnormen verstößt (BSG, Urteil vom 23.04.2009 - B 9 SB 3/08 R - zu den Bewertungsvorgaben der VMG zum Diabetes mellitus). Grundsätzlich ist allerdings davon auszugehen, dass die VMG den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln. Denn es gehört zu den Aufgaben des beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales gebildeten Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin, die Fortentwicklung der VMG entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft vorzubereiten. Etwas Anderes gilt nur

dann, wenn substantiiert dargelegt wird, dass und inwiefern neuere medizinische Erkenntnisse bestehen (BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - B 9 SB 35/10 B - LSG NRW, Urteil vom 03.09.2018 - L 21 SB 102/16 -).

Die Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf pp führt gegenüber den VMG nicht weiter, denn sie beschäftigt sich alleine mit der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. Auch die UN-BRK enthält keine Maßstäbe für die Bewertung des GdB (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20.07.2018 - L 8 SB 1348/18).

Quellen: Rohr/Strässer, Bundesversorgungsgesetz, Bd.V, A 1 ff, Rösner, „AP 1996“ - wichtige Änderungen und Ergänzungen. Die Versorgungsverwaltung 1997, S. 4 ff.

## **Vorteilsgewährung aufgrund Feststellungen nach dem SGB IX**

### **Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) -**

#### **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -**

Das zum 01.07.2001 in Kraft getretene SGB IX hat das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) abgelöst. Es hat das Ziel, Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in ihrer Selbstbestimmung und in der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (s. (S. 552) dazu auch Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundesrats-Drucksache 428/16 vom 12.08.2016 zur Neufassung des SGB IX mit Wirkung zum 01.01.2018 unter Änderung des SGB IX.)

Der Gesetzgeber hat dazu eine Reihe von „Vorteilen“ vorgesehen, die infolge von Behinderungen auftretenden Handicaps im allgemeinen Leben (nämlich in Arbeit, Beruf und Gesellschaft) entgegenwirken sollen. Voraussetzung zur Bewilligung dieser Vorteile ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen. Zur Beurteilung der Auswirkungen der jeweils vorliegenden Gesundheitsstörung(en) bieten die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“, im Interesse einer objektiven und objektivierbaren Bewertung und einer am Gleichheitsgebot orientierten Gleichbehandlung mannigfache Hilfen.

Mit der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft sind u.v.a. folgende „Vorteile“ verbunden:

#### 1.) Altersrente

Schwerbehinderte können bereits vom 60. Lebensjahr an Altersrente erhalten.



a) Bis zum 31.12.2000 galt:

Versicherte haben Anspruch auf Altersrente (§ 37 SGB VI), wenn sie

- das 60. Lebensjahr vollendet haben,
- bei Beginn der Altersrente als Schwerbehinderte (§ 1 SchwbG) anerkannt, berufsunfähig oder erwerbsunfähig sind  
und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

b) Ab 01.01.2001 gilt (§ 236a SGB VI):

Versicherte, die vor dem 1. Januar 1951 geboren sind, haben Anspruch auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen, wenn sie

- das 60. Lebensjahr vollendet haben,
- bei Beginn der Altersrente als schwerbehinderte Menschen (§ 2 Abs. 2 Neuntes Buch) anerkannt, berufsunfähig oder erwerbsunfähig nach dem am 31. Dezember 2000 geltenden Recht sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Die Altersgrenze von 60 Jahren wird für Versicherte angehoben, die nach dem 31. Dezember 1940 geboren sind. Die vorzeitige Inanspruchnahme der Altersrente ist möglich. Die Anhebung der Altersgrenze und die Möglichkeit der vorzeitigen Inanspruchnahme bestimmen sich nach Anlage 22. Die Altersgrenze von 60 Jahren wird nicht angehoben für Versicherte, die

- bis zum 16. November 1950 geboren sind und am 16. November 2000 schwerbehindert (§ 2 Abs. 2 Neuntes Buch), berufsunfähig oder erwerbsunfähig nach dem am 31. Dezember 2000 geltenden Recht waren oder
- vor dem 1. Januar 1942 geboren sind und 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben, wobei § 55 Abs. 2 nicht für Zeiten anzuwenden ist, in denen Versicherte wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe versicherungspflichtig waren.

2.) Kündigungsschutz

Im Arbeitsleben stehende schwerbehinderte Menschen genießen ferner einen besonderen Kündigungsschutz. So können sie nur mit vorheriger Zustimmung des Integrationsamtes (früher der Hauptfürsorgestelle) gekündigt werden (§ 168 SGB IX, zuvor § 85 SGB IX, davor § 15 SchwbG>). Ohne diese vorherige Zustimmung der Hauptfürsorgestelle ist eine Kündigung eines schwerbehinderten Menschen unwirksam.

Darüber hinaus beträgt für schwerbehinderte Menschen die Kündigungsfrist mindestens 4 Wochen (§ 169 SGB IX, zuvor § 86 SGB IX, davor § 16 SchwbG>).

3.) Freistellung von Mehrarbeit

Schwerbehinderte Menschen sind nach § 207 SGB IX (zuvor § 124 SGB IX, davor § 46 SchwbG) auf ihr Verlangen von jeglicher Form der Mehrarbeit freizustellen.

#### 4.) Anspruch auf Zusatzurlaub

Nach § 208 SGB V (zuvor § 125 SGB IX, davor § 47 SchwbG) haben schwerbehinderte Menschen einen zusätzlichen bezahlten Urlaubsanspruch von 5 Arbeitstagen.

Der ab 01.01.2018 geltende § 208 SGB IX bestimmt:

*(1) Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Urlaubsjahr; verteilt sich die regelmäßige Arbeitszeit des schwerbehinderten Menschen auf mehr oder weniger als fünf Arbeitstage in der Kalenderwoche, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Soweit tarifliche, betriebliche oder sonstige Urlaubsregelungen für schwerbehinderte Menschen einen längeren Zusatzurlaub vorsehen, bleiben sie unberührt.*

*(2) Besteht die Schwerbehinderteneigenschaft nicht während des gesamten Kalenderjahres, so hat der schwerbehinderte Mensch für jeden vollen Monat der im Beschäftigungsverhältnis vorliegenden Schwerbehinderteneigenschaft einen Anspruch auf ein Zwölftel des Zusatzurlaubs nach Absatz 1 Satz 1. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden. Der so ermittelte Zusatzurlaub ist dem Erholungsurlaub hinzuzurechnen und kann bei einem nicht im ganzen Kalenderjahr bestehenden Beschäftigungsverhältnis nicht erneut gemindert werden.*

*(3) Wird die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nach § 152 Absatz 1 und 2 rückwirkend festgestellt, finden auch für die Übertragbarkeit des Zusatzurlaubs in das nächste Kalenderjahr die dem Beschäftigungsverhältnis zugrunde liegenden urlaubsrechtlichen Regelungen Anwendung.*

#### 5.) Steuerermäßigungen

Schwerbehinderten Menschen stehen bei der Einkommensteuer Freibeträge zu. § 33b Einkommensteuergesetz sieht z. Zt. (2018, aber seit vielen Jahren unverändert) folgende Pauschbeträge vor:

<b>GdB v.H.</b>	
von 25 und 30	310 EUR
von 35 und 40	430 EUR
von 45 und 50	570 EUR
von 55 und 60	720 EUR
von 65 und 70	890 EUR
von 75 und 80	1060 EUR
von 85 und 90	1230 EUR
von 95 und 100	1420 EUR

Bei behinderten Menschen, die infolge der Behinderung hilflos sind, sowie für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag auf 3.700 EUR.

6.) Nachteilsausgleiche bieten folgende u.a. „Vorteile“:

- Behinderte Menschen mit den Merkzeichen „H“ (Hilflosigkeit), „Bl“ (Blind), „aG“ (Außergewöhnliche Gehbehinderung): Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer
- Behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „G“ (Erhebliche Gehbehinderung): Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer bzw. Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr (einkommensabhängig)
- Behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „G“ und zusätzlich „B“: Kostenlose Beförderung einer Begleitperson im öffentlichen Nahverkehr
- Behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „Bl“ und „aG“: Parkerleichterungen im Straßenverkehr
- Behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „RF“: Befreiung von den Rundfunkgebühren

7.) Weitere „Vorteile“ sind u.a.:

- Bevorzugte Zulassung zur Ausübung einer unabhängigen Tätigkeit
- Zinszuschüsse zur Gründung und Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz
- Technische Arbeitshilfen
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes
- Zuschuss zur Erhaltung der Arbeitskraft
- Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten
- Leistungen in besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen
- Hilfe zur Wohnraumbeschaffung

## **Änderung des SGB IX**

Das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 13.12.2016 (BGBl. 2016 Teil I. Nr 66) mit Wirkung zum 01.01.2018 neu gefasst.

In der Begründung dafür (**Geszentwurf der Bundesregierung, Bundesrats-Drucksache 428/16 vom 12.08.2016**) heißt es u.a.:

*Die Leistungen für Menschen, „die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, sollen aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausgeführt und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden.“ Dabei soll die Einführung eines Bundesteilhabegeldes geprüft werden. Die Neuorganisation der Ausgestaltung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen soll so geregelt werden, dass keine neue Ausgabendynamik entsteht. Bezüglich der im Koalitionsvertrag zudem zugesagten Entlastung der Kommunen um 5 Milliarden Euro jährlich ab 2018 haben sich Bund und Länder am 16. Juni 2016 darauf verständigt, dass zur Umsetzung der Entlastung der Umsatzsteueranteil der Gemeinden, die Bundesbeteiligung an den Kosten der Unterkunft sowie der Umsatzsteueranteil der Länder erhöht werden sollen.*

*Mögliche Inhalte eines Bundesteilhabegesetzes wurden in einem breit angelegten Beteiligungsprozess vorab mit den Verbänden und Institutionen erörtert. Zu diesem Zweck hat die Bundesministerin für Arbeit und Soziales die hochrangige „Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz“ eingesetzt. Nach dem Grundsatz der Selbstvertretung der Menschen mit Behinderungen „Nichts über uns ohne uns“, der auch Eingang in den Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode gefunden hat, stellten die Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände die größte Anzahl an Mitgliedern in der Arbeitsgruppe.*

*Die Arbeitsgruppe hat von Juli 2014 bis April 2015 in insgesamt neun Sitzungen die möglichen Reformthemen und -ziele eines Bundesteilhabegesetzes besprochen und die Kernpunkte der Reform erörtert und abgewogen.*

*Folgende Ziele sollen im Lichte der UN-BRK mit dem Gesetz verwirklicht werden:*

- *Dem neuen gesellschaftlichen Verständnis einer inklusiven Gesellschaft soll durch einen neu gefassten Behinderungsbegriff Rechnung getragen werden.*

- *Leistungen sollen wie aus einer Hand erbracht und zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zulasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden.*
- *Die Position der Menschen mit Behinderungen im Verhältnis zu den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern soll durch eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung gestärkt werden.*
- *Die Anreize zur Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen auf persönlicher und institutioneller Ebene verbessert werden.*
- *Die Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung sollen unter Berücksichtigung des Sozialraumes bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe gestärkt werden.*
- *Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung sollen insbesondere im Hinblick auf studierende Menschen mit Behinderungen verbessert werden.*
- *Die Zusammenarbeit der unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation befindlichen Rehabilitationsträger und die Transparenz des Rehabilitationsgeschehens sollen verbessert werden.*
- *Gleichzeitig soll die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe verbessert werden, um keine neue Ausgabendynamik entstehen zu lassen und den insbesondere demographisch bedingten Ausgabenanstieg in der Eingliederungshilfe zu bremsen.*
- *Im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II) und im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) sollen präventive Maßnahmen ergriffen und neue Wege erprobt werden, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit (drohenden) Behinderungen zu erhalten und so Übergänge in die Eingliederungshilfe zu reduzieren.*
- *Im Schwerbehindertenrecht soll das ehrenamtliche Engagement der Schwerbehindertenvertretungen gestärkt, sollen Mitwirkungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen verbessert und sollen die besonders schweren Beeinträchtigungen von taubblinden Menschen berücksichtigt werden.*

...

*Mit diesem Gesetz werden Empfehlungen aus den „Abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands“ aufgegriffen und die Behindertenpolitik in Deutschland im Einklang mit der UN-BRK weiterentwickelt. Gleichzeitig werden Vorgaben des Koalitionsvertrages für die 18. Legislaturperiode auch im Lichte der Diskussionen in der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz umgesetzt, die u.a. vorsehen, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu verbessern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Darüber hinaus wird mit diesem Gesetz das Schwerbehindertenrecht weiterentwickelt.*

*Schwerpunkt dieses Gesetzes ist die Neufassung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX). Das SGB IX hat künftig die folgende Struktur:*

- In Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst. Dieses allgemeine Recht wird durch zum Teil abweichungsfest ausgestaltete Regelungen im Sinne von Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 des Grundgesetzes innerhalb des SGB IX gestärkt.*
- In Teil 2 wird die aus dem SGB XII herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“ geregelt. Das SGB IX wird insofern zu einem Leistungsgesetz aufgewertet.*
- In Teil 3 steht künftig das weiterentwickelte Schwerbehindertenrecht, das derzeit im SGB IX, Teil 2 geregelt ist*

*Im Einzelnen werden mit der Neufassung des SGB IX die folgenden Inhalte umgesetzt:*

*Das SGB IX, Teil 1 wird gestärkt und verbindlicher ausgestaltet, ohne dabei das gegliederte Sozialleistungssystem in Frage zu stellen. Im SGB IX, Teil 1 werden die allgemeinen, für alle Rehabilitationsträger geltenden Grundsätze normiert, während die jeweiligen Leistungsgesetze ergänzende Verfahrensspezifika regeln. Die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabepflichtverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander werden geschärft und für alle Rehabilitationsträger verbindlich ausgestaltet. Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung ihrer Teilhabemöglichkeiten werden mit diesem Gesetz ergänzende Angebote einer von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen - ausschließlich dem Leistungsberechtigten verpflichteten - Teilhabeberatung gefördert. Die Leistungskataloge zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe werden präzisiert und erweitert.*

*Das künftig im SGB IX, Teil 2 geregelte Recht der Eingliederungshilfe wird konsequent personenzentriert ausgerichtet. Die notwendige Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung wird nicht mehr an einer bestimmten Wohnform, sondern unter ganzheitlicher Perspektive am notwendigen individuellen Bedarf ausgerichtet sein. Die mit dem SGB XII begonnenen Schritte einer Trennung von Fachleistung und von Leistungen zum Lebensunterhalt werden zum Abschluss gebracht. Die Eingliederungshilfe konzentriert sich künftig auf die reinen Fachleistungen. Die Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen sollen wie bei Menschen ohne Behinderungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII bzw. nach dem SGB II erbracht werden. Die Gliederung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen wird deshalb für erwachsene Menschen mit Behinderungen aufgegeben. Bestehende Betreuungsmöglichkeiten in Wohnformen, wo Menschen mit Behinderungen zusammenleben, werden erhalten. Unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts wird auch künftig jeder erwachsene Mensch mit Behinderung entsprechend seinen individuellen Bedarfen wohnen und sein Leben gestalten können. Für minderjährige Menschen mit Behinderung wird durch Sonderregelungen das geltende Recht weitergeführt, da die im Zusammenhang mit der Trennung von Fachleistungen und Leistungen zum Lebensunterhalt verbundenen Änderungen im Vierten Kapitel des SGB XII verortet werden und diese Regelungen nicht für Kinder und Jugendliche gelten. Die Diskussion zur Reform des SGB VIII bleibt davon unberührt.*

*Die Regelungen über die Anrechnung von Einkommen und die Heranziehung von Vermögen bei der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe werden stufenweise im Sinne der Betroffenen verbessert:*

*In einer ersten Stufe, die als Übergangsregelung bereits zum 1. Januar 2017 in Kraft tritt, profitieren Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe von Verbesserungen bei der Anrechnung von eigenem Erwerbseinkommen und von einem gegenüber dem geltenden Recht deutlich erhöhten Vermögensfreibetrag, mit dem sie eine angemessene Lebensführung und eine angemessene Alterssicherung sicherstellen können. Personen, die erwerbstätig sind und Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, profitieren ebenfalls von Verbesserungen bei der Anrechnung von Einkommen und Heranziehung von Vermögen. Diese Übergangsregelungen gelten ebenso für die Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).*

*In einer zweiten Stufe, die zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt, wird das derzeitige, dem Fürsorgegedanken verpflichtete Anrechnungsverfahren durch ein Beitragsverfahren ersetzt. Oberhalb eines Freibetrages sollen die leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen mit ihrem Einkommen zu den Aufwendungen der Eingliederungshilfe beitragen. Dabei kann die weit überwiegende Zahl der Betroffenen künftig deutlich mehr von ihren Einkünften behalten als nach dem derzeit geltenden Recht. Ziel des Beitragsmodells ist es auch, größere Anreize zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu schaffen. Die Verbesserungen bei der Einkommensanrechnung werden flankiert durch eine gegenüber der ersten Stufe weitere Anhebung des Vermögensfreibetrages.*

*Personen, die erwerbstätig sind und Leistungen der Hilfe zur Pflege oder die ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, profitieren dauerhaft von den in der ersten Stufe umgesetzten Verbesserungen bei der Anrechnung von Einkommen und Heranziehung von Vermögen. Das Einkommen und Vermögen des Partners des Leistungsberechtigten bleibt - auch im Sinne von Artikel 23 UN-BRK - anrechnungsfrei.*

*Das Beitragsverfahren gilt ebenso für die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BVG. Um der besonderen Lage der Beschädigten, ihrer Familienangehörigen und Hinterbliebenen im Recht der sozialen Entschädigung angemessen Rechnung zu tragen, werden zudem die Absetzbeträge angehoben. Die Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen sollen dadurch besser gestellt werden, dass ein geringerer Teil ihres Arbeitsentgelts auf die Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Viertes Kapitel angerechnet wird.*

*Die Leistungen der neu ausgerichteten Eingliederungshilfe sollen passgenau bei den Betroffenen ankommen und sparsam und wirtschaftlich erbracht werden. Daher wird die Steuerungsfunktion der Leistungsträger gegenüber den Leistungserbringern gestärkt.*

*Insbesondere wird für die Träger der Eingliederungshilfe eine praktikable, bundesweit vergleichbare Gesamtplanung normiert, die das für alle Rehabilitationsträger verbindlich geltende Teilhabeplanverfahren ergänzt. Erbrachte Leistungen werden künftig einem Prüfungsrecht des Leistungsträgers und einer Wirkungskontrolle unterzogen.*

*Die Maßnahmen zur Erhöhung der Steuerfähigkeit der Eingliederungshilfe werden von präventiven Maßnahmen in den Rechtskreisen SGB II und SGB VI flankiert, um Zugänge in die Eingliederungshilfe - und hier insbesondere in die Werkstätten für behinderte Menschen - zu vermeiden.*

*Die Reform des Rechts der Eingliederungshilfe hat auch Auswirkungen auf die Leistungen der Eingliederungshilfe im Sozialen Entschädigungsrecht*



nach dem BVG. Insoweit sind die Regelungen im SGB IX, Teil 2 entsprechend anzuwenden.

*Das Schwerbehindertenrecht wird im neuen SGB IX, Teil 3 weiterentwickelt. Die inhaltlichen Änderungen umfassen im Wesentlichen die Stärkung des ehrenamtlichen Engagements der Schwerbehindertenvertretungen, die Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen, Regelungen zur Benutzung von Behindertenparkplätzen sowie die Schaffung eines Merkzeichens für taubblinde Menschen im Schwerbehindertenausweis.*

Für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX sind im Wesentlichen lediglich Änderungen der relevanten Paragraphen-Bezeichnungen festzustellen:

### **SGB IX in der ab 01.01.2018 geltenden Fassung**

#### **§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**

*Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.*

#### **§ 2 Begriffsbestimmungen**

*(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.*

*(2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.*

*(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).*

### **§ 151 Geltungsbereich**

*(1) Die Regelungen dieses Teils gelten für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen.*

*(2) Die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen (§ 2 Absatz 3) erfolgt auf Grund einer Feststellung nach § 152 auf Antrag des behinderten Menschen durch die Bundesagentur für Arbeit. Die Gleichstellung wird mit dem Tag des Eingangs des Antrags wirksam. Sie kann befristet werden.*

*(3) Auf gleichgestellte behinderte Menschen werden die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen mit Ausnahme des § 208 und des Kapitels 13 angewendet.*

*(4) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind auch behinderte Jugendliche und junge Erwachsene (§ 2 Absatz 1) während der Zeit ihrer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen oder einer beruflichen Orientierung, auch wenn der Grad der Behinderung weniger als 30 beträgt oder ein Grad der Behinderung nicht festgestellt ist. Der Nachweis der Behinderung wird durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Die Gleichstellung gilt nur für Leistungen des Integrationsamtes im Rahmen der beruflichen Orientierung und der Berufsausbildung im Sinne des § 185 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe c.*

### **§ 152 Feststellung der Behinderung, Ausweise**

*(1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. Beantragt eine erwerbstätige Person die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (§ 2 Absatz 2), gelten die in § 14 Absatz 2 Satz 2 und 3 sowie § 17 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 genannten Fristen sowie § 60 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzu-*

wenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. Durch Landesrecht kann die Zuständigkeit abweichend von Satz 1 geregelt werden.

(2) Feststellungen nach Absatz 1 sind nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.

(3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.

(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.

(5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach diesem Teil oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises soll befristet werden. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.

### **§ 153 Verordnungsermächtigung**

*(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die Gestaltung der Ausweise, ihre Gültigkeit und das Verwaltungsverfahren zu erlassen.*

*(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind.*

### **§ 209 Nachteilsausgleich**

*(1) Die Vorschriften über Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen (Nachteilsausgleich) werden so gestaltet, dass sie unabhängig von der Ursache der Behinderung der Art oder Schwere der Behinderung Rechnung tragen.*

*(2) Nachteilsausgleiche, die auf Grund bisher geltender Rechtsvorschriften erfolgen, bleiben unberührt.*

### **§ 228 Unentgeltliche Beförderung, Anspruch auf Erstattung der Fahrgeldausfälle**

*(1) Schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, werden von Unternehmern, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises nach § 152 Absatz 5 im Nahverkehr im Sinne des § 230 Absatz 1 unentgeltlich befördert; die unentgeltliche Beförderung verpflichtet zur Zahlung eines tarifmäßigen Zuschlages bei der Benutzung zuschlagpflichtiger Züge des Nahverkehrs. Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer gültigen Wertmarke versehen ist.*

*(2) Die Wertmarke wird gegen Entrichtung eines Betrages von 80 Euro für ein Jahr oder 40 Euro für ein halbes Jahr ausgegeben. Der Betrag erhöht sich in entsprechender Anwendung des § 160 Absatz 3 jeweils zu dem Zeitpunkt, zu dem die nächste Neubestimmung der Beträge der Ausgleichsabgabe erfolgt. Liegt dieser Zeitpunkt innerhalb der Gültigkeitsdauer einer bereits ausgegebenen Wertmarke, ist der höhere Betrag erst im Zusammenhang mit der Ausgabe der darauffolgenden Wertmarke zu entrichten. Abweichend von § 160 Absatz 3 Satz 4 sind die sich ergebenden Beträge auf den nächsten vollen Eurobetrag aufzurunden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt den Erhöhungsbetrag und die sich nach entsprechender Anwendung des § 160 Absatz 3 Satz 3 ergebenden Beträge im Bundesanzeiger bekannt.*

(3) Wird die für ein Jahr ausgegebene Wertmarke vor Ablauf eines halben Jahres ihrer Gültigkeitsdauer zurückgegeben, wird auf Antrag die Hälfte der Gebühr erstattet. Entsprechendes gilt für den Fall, dass der schwerbehinderte Mensch vor Ablauf eines halben Jahres der Gültigkeitsdauer der für ein Jahr ausgegebenen Wertmarke verstirbt.

(4) Auf Antrag wird eine für ein Jahr gültige Wertmarke, ohne dass der Betrag nach Absatz 2 in seiner jeweiligen Höhe zu entrichten ist, an schwerbehinderte Menschen ausgegeben,

1. die blind im Sinne des § 72 Absatz 5 des Zwölften Buches oder entsprechender Vorschriften oder hilflos im Sinne des § 33b des Einkommensteuergesetzes oder entsprechender Vorschriften sind oder

2. die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch oder für den Lebensunterhalt laufende Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des Zwölften Buches, dem Achten Buch oder den §§ 27a und 27d des Bundesversorgungsgesetzes erhalten oder

3. die am 1. Oktober 1979 die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 und Absatz 3 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung von Kriegs- und Wehrdienstbeschädigten sowie von anderen Behinderten im Nahverkehr vom 27. August 1965 (BGBl. I S. 978), das zuletzt durch Artikel 41 des Zuständigkeitsanpassungs-Gesetzes vom 18. März 1975 (BGBl. I S. 705) geändert worden ist, erfüllten, solange ein Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 70 festgestellt ist oder von mindestens 50 festgestellt ist und sie infolge der Schädigung erheblich gehbehindert sind; das Gleiche gilt für schwerbehinderte Menschen, die diese Voraussetzungen am 1. Oktober 1979 nur deshalb nicht erfüllt haben, weil sie ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt zu diesem Zeitpunkt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet hatten.

(5) Die Wertmarke wird nicht ausgegeben, solange eine Kraftfahrzeugsteuerermäßigung nach § 3a Absatz 2 des Kraftfahrzeugsteuergesetzes in Anspruch genommen wird. Die Ausgabe der Wertmarken erfolgt auf Antrag durch die nach § 152 Absatz 5 zuständigen Behörden. Die Landesregierung oder die von ihr bestimmte Stelle kann die Aufgaben nach den Absätzen 2 bis 4 ganz oder teilweise auf andere Behörden übertragen. Für Streitigkeiten in Zusammenhang mit der Ausgabe der Wertmarke gilt § 51 Absatz 1 Nummer 7 des Sozialgerichtsgesetzes entsprechend.

*(6) Absatz 1 gilt im Nah- und Fernverkehr im Sinne des § 230, ohne dass die Voraussetzung des Absatzes 1 Satz 2 erfüllt sein muss, für die Beförderung*

*1. einer Begleitperson eines schwerbehinderten Menschen im Sinne des Absatzes 1, wenn die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen und dies im Ausweis des schwerbehinderten Menschen eingetragen ist, und*

*2. des Handgepäcks, eines mitgeführten Krankenfahrstuhles, soweit die Beschaffenheit des Verkehrsmittels dies zulässt, sonstiger orthopädischer Hilfsmittel und eines Führhundes; das Gleiche gilt für einen Hund, den ein schwerbehinderter Mensch mitführt, in dessen Ausweis die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen ist.*

*(7) Die durch die unentgeltliche Beförderung nach den Absätzen 1 bis 6 entstehenden Fahrgeldausfälle werden nach Maßgabe der §§ 231 bis 233 erstattet. Die Erstattungen sind aus dem Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 1370/2007 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über öffentliche Personenverkehrsdienste auf Schiene und Straße und zur Aufhebung der Verordnungen (EWG) Nr. 1191/69 und (EWG) Nr. 1107/70 des Rates (ABl. L 315 vom 3.12.2007, S. 1) ausgenommen.*

### **§ 229 Persönliche Voraussetzungen**

*(1) In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Der Nachweis der erheblichen Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr kann bei schwerbehinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 nur mit einem Ausweis mit halbseitigem orangefarbenem Flächenaufdruck und eingetragendem Merkzeichen „G“ geführt werden, dessen Gültigkeit frühestens mit dem 1. April 1984 beginnt, oder auf dem ein entsprechender Änderungsvermerk eingetragen ist.*

*(2) Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder für andere darstellt.*

*(3) Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor,*

wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung - dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen - aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind. Verschiedenste Gesundheitsstörungen (insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems) können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten Beeinträchtigung gleich kommt.

### **§ 230 Nah- und Fernverkehr**

*(1) Nahverkehr im Sinne dieses Gesetzes ist der öffentliche Personenverkehr mit*

- 1. Straßenbahnen und Obussen im Sinne des Personenbeförderungsgesetzes,*
- 2. Kraftfahrzeugen im Linienverkehr nach den §§ 42 und 43 des Personenbeförderungsgesetzes auf Linien, bei denen die Mehrzahl der Beförderungen eine Strecke von 50 Kilometern nicht übersteigt, es sei denn, dass bei den Verkehrsformen nach § 43 des Personenbeförderungsgesetzes die Genehmigungsbehörde auf die Einhaltung der Vorschriften über die Beförderungsentgelte gemäß § 45 Absatz 3 des Personenbeförderungsgesetzes ganz oder teilweise verzichtet hat,*
- 3. S-Bahnen in der 2. Wagenklasse,*
- 4. Eisenbahnen in der 2. Wagenklasse in Zügen und auf Strecken und Streckenabschnitten, die in ein von mehreren Unternehmern gebildetes, mit den unter Nummer 1, 2 oder 7 genannten Verkehrsmitteln zusammenhängendes Liniennetz mit einheitlichen oder verbundenen Beförderungsentgelten einbezogen sind,*
- 5. Eisenbahnen des Bundes in der 2. Wagenklasse in Zügen, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Nahverkehr zu befriedigen (Züge des Nahverkehrs),*
- 6. sonstigen Eisenbahnen des öffentlichen Verkehrs im Sinne von § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes in der 2. Wagenklasse auf Strecken, bei denen die Mehrzahl der Beförderungen eine Strecke von 50 Kilometern nicht überschreitet,*

*7. Wasserfahrzeugen im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr, wenn dieser der Beförderung von Personen im Orts- und Nachbarschaftsbereich dient und Ausgangs- und Endpunkt innerhalb dieses Bereiches liegen; Nachbarschaftsbereich ist der Raum zwischen benachbarten Gemeinden, die, ohne unmittelbar aneinander grenzen zu müssen, durch einen stetigen, mehr als einmal am Tag durchgeführten Verkehr wirtschaftlich und verkehrsmäßig verbunden sind.*

*(2) Fernverkehr im Sinne dieses Gesetzes ist der öffentliche Personenverkehr mit*

*1. Kraftfahrzeugen im Linienverkehr nach § 42a Satz 1 des Personenbeförderungsgesetzes,*

*2. Eisenbahnen, ausgenommen der Sonderzugverkehr,*

*3. Wasserfahrzeugen im Fähr- und Übersetzverkehr, sofern keine Häfen außerhalb des Geltungsbereiches dieses Buches angelaufen werden, soweit der Verkehr nicht Nahverkehr im Sinne des Absatzes 1 ist.*

*(3) Die Unternehmer, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, weisen im öffentlichen Personenverkehr nach Absatz 1 Nummer 2, 5, 6 und 7 im Fahrplan besonders darauf hin, inwieweit eine Pflicht zur unentgeltlichen Beförderung nach § 228 Absatz 1 nicht besteht.*

### **§ 241 Übergangsregelung**

*(1) Abweichend von § 154 Absatz 1 beträgt die Pflichtquote für die in § 154 Absatz 2 Nummer 1 und 4 genannten öffentlichen Arbeitgeber des Bundes weiterhin 6 Prozent, wenn sie am 31. Oktober 1999 auf mindestens 6 Prozent der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen beschäftigt hatten.*

*(2) Eine auf Grund des Schwerbehindertengesetzes getroffene bindende Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung, eines Grades der Behinderung und das Vorliegen weiterer gesundheitlicher Merkmale gelten als Feststellungen nach diesem Buch.*

*(3) Die nach § 56 Absatz 2 des Schwerbehindertengesetzes erlassenen allgemeinen Richtlinien sind bis zum Erlass von allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 224 weiter anzuwenden.*

*(4) Auf Erstattungen nach Kapitel 13 dieses Teils ist § 231 für bis zum 31. Dezember 2004 entstandene Fahrgeldausfälle in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung anzuwenden.*

*(5) Soweit noch keine Verordnung nach § 153 Absatz 2 erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.*



(6) *Bestehende Integrationsvereinbarungen im Sinne des § 83 in der bis zum 30. Dezember 2016 geltenden Fassung gelten als Inklusionsvereinbarungen fort.*

(7) *Die nach § 22 in der am 31. Dezember 2017 geltenden Fassung bis zu diesem Zeitpunkt errichteten gemeinsamen Servicestellen bestehen längstens bis zum 31. Dezember 2018. Für die Aufgaben der nach Satz 1 im Jahr 2018 bestehenden gemeinsamen Servicestellen gilt § 22 in der am 31. Dezember 2017 geltenden Fassung entsprechend.*

(8) *Bis zum 31. Dezember 2019 treten an die Stelle der Träger der Eingliederungshilfe als Rehabilitationsträger im Sinne dieses Buches die Träger der Sozialhilfe nach § 3 des Zwölften Buches, soweit sie zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 8 Nummer 4 des Zwölften Buches bestimmt sind.*

### **SGB IX in der vom 01.07.2001 bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung**

#### **SGB IX § 2 - Behinderung**

(1) *Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

(2) *Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.*

(3) *Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).*

#### **SGB IX § 69 - Feststellung der Behinderung, Ausweise**

*(Gesetzestext in der Fassung zum 15.01.2015 - BGBl. II S. 15 vom 14.01.2015)*

(1) *Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Beantragt eine erwerbstätige Person die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (§ 2 Abs. 2), gelten die in § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 sowie Abs. 5 Satz 2 und 5 genannten Fristen sowie § 60 Abs. 1 des Ersten Buches entsprechend. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als*

*Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. Durch Landesrecht kann die Zuständigkeit abweichend von Satz 1 geregelt werden.*

*(2) Feststellungen nach Absatz 1 sind nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.*

*(3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.*

*(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.*

*(5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach Teil 2 oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises soll befristet werden. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.*

### **SGB IX § 70 Verordnungsermächtigung**

*(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die Gestaltung der Ausweise, ihre Gültigkeit und das Verwaltungsverfahren zu erlassen.*

*(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind.*

## **SGB IX § 145 - Unentgeltliche Beförderung, Anspruch auf Erstattung der Fahrgeldausfälle**

(Gesetzestext in der Fassung zum 01.01.2013 - BGBl. I S. 2598 vom 19.12.2012)

*(1) Schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, werden von Unternehmern, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises nach § 69 Abs. 5 im Nahverkehr im Sinne des § 147 Abs. 1 unentgeltlich befördert; die unentgeltliche Beförderung verpflichtet zur Zahlung eines tarifmäßigen Zuschlages bei der Benutzung zuschlagpflichtiger Züge des Nahverkehrs. Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer gültigen Wertmarke versehen ist. Sie wird gegen Entrichtung eines Betrages von 72 Euro für ein Jahr oder 36 Euro für ein halbes Jahr ausgegeben. Der Betrag erhöht sich in entsprechender Anwendung des § 77 Absatz 3 erstmals zu dem Zeitpunkt, zu dem die nächste Neubestimmung der Beträge der Ausgleichsabgabe erfolgt. Liegt dieser Zeitpunkt innerhalb der Gültigkeitsdauer einer bereits ausgegebenen Wertmarke, ist der höhere Betrag erst im Zusammenhang mit der Ausgabe der darauffolgenden Wertmarke zu entrichten. Abweichend von § 77 Absatz 3 Satz 4 sind die sich ergebenden Beträge auf den nächsten vollen Eurobetrag aufzurunden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt den Erhöhungsbetrag und die sich nach entsprechender Anwendung des § 77 Absatz 3 Satz 3 ergebenden Beträge im Bundesanzeiger bekannt. Wird die für ein Jahr ausgegebene Wertmarke vor Ablauf eines halben Jahres ihrer Gültigkeitsdauer zurückgegeben, wird auf Antrag die Hälfte der Gebühr erstattet. Entsprechendes gilt für den Fall, dass der schwerbehinderte Mensch vor Ablauf eines halben Jahres der Gültigkeitsdauer der für ein Jahr ausgegebenen Wertmarke verstirbt. Auf Antrag wird eine für ein Jahr gültige Wertmarke, ohne dass der Betrag nach Satz 3 in seiner jeweiligen Höhe zu entrichten ist, an schwerbehinderte Menschen ausgegeben,*

- 1. die blind im Sinne des § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches oder entsprechender Vorschriften oder hilflos im Sinne des § 33b des Einkommensteuergesetzes oder entsprechender Vorschriften sind oder*
- 2. die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch oder für den Lebensunterhalt laufende Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des Zwölften Buches, dem Achten Buch oder den §§ 27a und 27d des Bundesversorgungsgesetzes erhalten oder*
- 3. die am 1. Oktober 1979 die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 und Abs. 3 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung von Kriegs- und Wehrdienstbeschädigten sowie von anderen Behinderten im Nahverkehr vom 27. August 1965 (BGBl. I S. 978), das zuletzt durch Artikel 41 des Zuständigkeitsanpassungs-Gesetzes vom 18. März 1975 (BGBl. I S. 705) geändert worden ist, erfüllen, solange ein Grad der Schädigungsfolge von mindestens 70 festgestellt ist oder von mindestens 50 festgestellt ist und sie infolge der Schädigung erheblich gehbehindert sind; das Gleiche gilt für schwerbehinderte Menschen, die diese Voraussetzungen am 1. Oktober 1979 nur deshalb nicht erfüllt haben, weil sie ihren Wohnsitz*

*oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt zu diesem Zeitpunkt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet hatten.*

*Die Wertmarke wird nicht ausgegeben, solange der Ausweis einen gültigen Vermerk über die Inanspruchnahme von Kraftfahrzeugsteuerermäßigung trägt. Die Ausgabe der Wertmarken erfolgt auf Antrag durch die nach § 69 Abs. 5 zuständigen Behörden. Die Landesregierung oder die von ihr bestimmte Stelle kann die Aufgaben nach Absatz 1 Satz 3 bis 5 ganz oder teilweise auf andere Behörden übertragen. Für Streitigkeiten in Zusammenhang mit der Ausgabe der Wertmarke gilt § 51 Abs. 1 Nr. 7 des Sozialgerichtsgesetzes entsprechend.*

*(2) Das Gleiche gilt im Nah- und Fernverkehr im Sinne des § 147, ohne dass die Voraussetzung des Absatzes 1 Satz 2 erfüllt sein muss, für die Beförderung*

- 1. einer Begleitperson eines schwerbehinderten Menschen im Sinne des Absatzes 1, wenn die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen und dies im Ausweis des schwerbehinderten Menschen eingetragen ist, und*
- 2. des Handgepäcks, eines mitgeführten Krankenfahrstuhles, soweit die Beschaffenheit des Verkehrsmittels dies zulässt, sonstiger orthopädischer Hilfsmittel und eines Führhundes; das Gleiche gilt für einen Hund, den ein schwerbehinderter Mensch mitführt, in dessen Ausweis die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen ist.*

*(3) Die durch die unentgeltliche Beförderung nach den Absätzen 1 und 2 entstehenden Fahrgeldausfälle werden nach Maßgabe der §§ 148 bis 150 erstattet. Die Erstattungen sind aus dem Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 1370/2007 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über öffentliche Personenverkehrsdienste auf Schiene und Straße und zur Aufhebung der Verordnungen (EWG) Nr. 1191/69 und (EWG) Nr. 1107/70 des Rates (ABl. L 315 vom 3.12.2007, S. 1) ausgenommen.*

### **SGB IX § 146 - Persönliche Voraussetzungen**

*(1) In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Der Nachweis der erheblichen Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr kann bei schwerbehinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 nur mit einem Ausweis mit halbseitigem orangefarbenem Flächenaufdruck und eingetragenen Merkzeichen G geführt werden, dessen Gültigkeit frühestens mit dem 1. April 1984 beginnt, oder auf dem ein entsprechender Änderungsvermerk eingetragen ist.*

*(2) Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder für andere darstellt.*

### **SGB IX § 159 Übergangsregelung**

*(1) Abweichend von § 71 Abs. 1 beträgt die Pflichtquote für die in § 71 Abs. 3 Nr. 1 und 4 genannten öffentlichen Arbeitgeber des Bundes weiterhin 6 Prozent, wenn sie am 31. Oktober 1999 auf mindestens 6 Prozent der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen beschäftigt hatten.*

*(2) Auf Leistungen nach § 33 Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes in Verbindung mit dem Ersten Abschnitt der Schwerbehinderten-Ausgleichs-abgabeverordnung jeweils in der bis zum 30. September 2000 geltenden Fassung sind die zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsvorschriften weiter anzuwenden, wenn die Entscheidung über die beantragten Leistungen vor dem 1. Oktober 2000 getroffen worden ist.*

*(3) Eine auf Grund des Schwerbehindertengesetzes getroffene bindende Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung, eines Grades der Behinderung und das Vorliegen weiterer gesundheitlicher Merkmale gelten als Feststellungen nach diesem Buch.*

*(4) Die nach § 56 Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes erlassenen allgemeinen Richtlinien sind bis zum Erlass von allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 141 weiter anzuwenden.*

*(5) § 17 Abs. 2 Satz 1 ist vom 1. Januar 2008 an mit der Maßgabe anzuwenden, dass auf Antrag Leistungen durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden.*

*(6) Auf Erstattungen nach Teil 2 Kapitel 13 ist § 148 für bis zum 31. Dezember 2004 entstandene Fahrgeldausfälle in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung anzuwenden.*

*(7) Soweit noch keine Verordnung nach § 70 Absatz 2 erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.*

## Hinweise der AHP 2008 zur Begutachtung

### **Gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage - Nr. 5 AHP 2008**

*Auf eine Untersuchung kann - insbesondere bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht - zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen verzichtet werden, wenn die erforderliche Beurteilung durch Stellungnahme aufgrund der beigezogenen ärztlichen Unterlagen erfolgen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Unterlagen in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermitteln. Je mehr Unterlagen vorliegen, die sich gegenseitig ergänzen oder bestätigen, desto eher wird eine Beurteilung ohne Untersuchung möglich sein.*

#### **Anmerkung:**

Eine gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage soll die Ausnahme sein. Die Nr. 5 AHP 2008 regelt indes die Voraussetzungen für den Fall, in dem auf eine Untersuchung verzichtet werden kann. Die Praxis sieht jedoch anders aus.

So werden im Verwaltungsverfahren allzu häufig nicht einmal die Akten anderer Versicherungsträger beigezogen und ausgewertet. Im Zuge der „Verschlankung“ der Verwaltung sind einige Versorgungsämter bzw. zu Feststellungen nach dem SGB IX berufene Behörden sogar dazu übergegangen, nicht mehr alle von den Antragstellern angegebenen Ärzte anzuschreiben, sondern nur noch den Hausarzt.

Auch der SVB hat diese Missstände erkannt und sich auf mehreren Sitzungen mit der Frage beschäftigt, ob und in welcher Form Antragsteller untersucht werden sollen. Als Ergebnis ist zusammenfassend festzustellen:

Da vielfach nicht alle erforderlichen Unterlagen beigezogen würden, sei es dringend geboten, auch bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht vermehrt körperliche Untersuchungen durchzuführen. Gerade die Auswirkungen von vielen Funktionsbeeinträchtigungen und die Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche könnten oft schon durch einfach körperliche Untersuchungen besser beurteilt werden als aufgrund von Befundberichten der behandelnden Ärzte. Allerdings sei die Einholung von Fachgutachten verschiedener Gebietsärzte in der Regel nicht erforderlich. Schon von einem erfahrenen versorgungsärztlichen Gutachter ohne Facharztanerkennung sei zu erwarten, dass er die sich aus mehreren Gesundheitsstörungen ergebenden Auswirkungen im allgemeinen Leben in ihrer Gesamtheit beurteilen könne. Gerade die Gesamtbeurteilung sehr unterschiedlicher Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen könne von

einem gutachtlich erfahrenen Allgemeinarzt sogar oft zutreffender abgegeben werden als von Gutachtern spezieller Fachrichtungen, die wegen ihrer fachspezifischen Sichtweise das Gesamtausmaß der Beeinträchtigung oft nicht sachgerecht zu beurteilen vermögen. In Sonderfällen - bei besonders schwer zu erhebenden Befunden - müsse allerdings ein Facharzt beteiligt werden (s. dazu (S. 572) weiterführend die Anmerkung zu Nr. 6 AHP).

Auf körperliche Untersuchungen der Antragsteller könne nur verzichtet werden, wenn bereits die beigezogenen Unterlagen in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermittelten. Je mehr Unterlagen, die sich gegenseitig ergänzten oder bestätigten, vorliegen würden, desto eher würde eine Beurteilung ohne Untersuchung möglich sein. Keinesfalls könnten die erforderlichen Feststellungen jedoch ohne Beteiligung des ärztlichen Dienstes getroffen werden (Beirat vom 28./29.04.1999: „Situation der versorgungsärztlichen Dienste“; Beirat vom 21./22.03.2001: „Notwendigkeit versorgungsärztlicher Untersuchungen“; Beirat vom 21./22.03.2001: „Unterlassene fachärztliche Begutachtung als Verfahrensmangel <unzureichende Gebietsbezeichnung>“; s. zu dem Problem unzulänglicher Begründung von Verwaltungsentscheidungen auch (S. 35) die Anmerkungen zu Teil A 3 VMG).

Im sozialgerichtlichen Verfahren kann und sollte unzureichenden Ermittlungen im Verwaltungsverfahren zumindest durch eine entsprechende Kostenentscheidung des Gerichts, das die unterlassenen Ermittlungen zwingend nachzuholen hat, Rechnung getragen werden. Wird nämlich eine versorgungsärztliche Stellungnahme lediglich nach Aktenlage abgegeben, obwohl sich - z.B. mangels aussagekräftiger Befundberichte - eine Untersuchung hätte aufdrängen müssen, so kann die Behörde damit Veranlassung zur Klageerhebung gegeben haben. Folge sollte dann sein, dass die Behörde auch dann die Kosten des Verfahrens zu tragen hat, wenn die angestrebte Klage erfolglos war (z.B. LSG NRW, Beschluss vom 21.09.1998 - L 10 B 6/98 SB -; LSG Berlin, Beschluss vom 12.04.2000 - L 11 B 5/00 SB -).

## **Gutachtliche Untersuchung - Nr. 6 AHP 2008**

*(1) Reichen die ermittelten Unterlagen für eine Beurteilung nicht aus, ist eine Untersuchung durchzuführen, deren Umfang und ggf. deren Fachgebiet davon bestimmt werden, welche geltend gemachten Gesundheitsstörungen oder welche gutachtlichen Fragen anhand der vorliegenden Unterlagen nicht beurteilt werden können.*

*(2) Die Untersuchung kann erleichtert und beschleunigt werden, wenn der zu Untersuchende mit der Einbestellung zur Untersuchung besondere Hinweise erhält, wie er sich - z.B. durch Enthalten von Essen, Trinken und Rauchen für ... Stunden vor der Untersuchung - auf die Untersuchung vorbereiten soll. Bewährt hat sich folgender Vermerk auf den Benachrichtigungsformularen: „Alle vorhandenen Unterlagen, die Ihre Gesundheitsstörungen betreffen (z.B. Krankenblätter, Arztberichte, Röntgenbilder und EKG-Befunde), bitte mitbringen“.*

### **Anmerkung**

#### **1. Simulation, Aggravation pp**

Häufiges Problem bei der gutachtlichen Untersuchung ist das Auseinanderfallen von sog. objektiven Befunden und Beschwerdeschilderung bzw. -darstellung.

Gebräuchliche Begriffe in diesem Zusammenhang sind

*(Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH & CoKG):*

- **Simulation**, d.h. Verstellung bzw. Vortäuschen von Krankheitszuständen (lat. simulatio = Verstellung, Täuschung)
- **Aggravation**, d.h. im Verhältnis zum objektiven Befund übertriebene, ggf. auch zweckgerichtete Darstellung subjektiv empfundener Symptome (lat. aggravare = schwerer machen); hier liegt im Gegensatz zur Simulation jedoch ein pathologischer Befund zugrunde
- **Dissimulation**, d.h. ein absichtliches Verbergen vorhandener körperlicher oder (vielfach) psychischer Krankheitssymptome, z.B. bei Depressionen (lat. dissimulare = verheimlichen).

Der SVB hat dazu darauf hingewiesen, dass es vorrangig von den Erfahrungen des Gutachters abhängt, ob eine echte Simulation oder - was häufiger vorkomme - eine Aggravation und psychogene Symptomverstärkung bemerkt und gutachtlich entsprechend gewürdigt werde. Es sei stets eine sorgfältige, umfassende Untersuchung erforderlich. Bestünden eindeutige Hinweise auf Verdeutlichungsstendenzen, könne auf weitere Untersuchungen verzichtet werden. Ansonsten seien die Befunde durch diagnostische Maßnahmen aus anderen Fachgebieten zu ergänzen; z.B. kämen bei Verdacht einer Simulation auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet zusätzliche Augen- und Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Untersuchungen zur Objektivierung einer angeblichen Einschränkung der Sinnesleistung in Betracht.



Der Begriff „Simulation“ sei im Gutachten zu vermeiden; empfohlen werde, diesen Tatbestand z.B. damit zu umschreiben, dass die Beschwerden mit den erhobenen Befunden nicht in Einklang stehen (Beirat vom 31.10.1989: „Zum Problem der Simulation im Rahmen der versorgungsärztlichen Untersuchung“).

## 2. Sachverständigengutachten

Einellig wird vertreten, dass zur Aufklärung medizinischer Sachverhalte in gerichtlichen Verfahren grundsätzlich ein Sachverständigengutachten einzuholen ist. z.B.:

Die Einholung von **Befundberichten** der behandelnden Ärzte mag zwar im Einzelfall zu zutreffenden Ergebnissen führen; Befundberichte können auch Grundlage von Vergleichsvorschlägen sein, sie rechtfertigen es aber grundsätzlich nicht, von einer weiteren Sachaufklärung durch Sachverständigengutachten von Amts wegen (§ 106 SGG) abzusehen (LSG NRW, Urteil vom 29.01.2003 - L 10 SB 97/02 -).

In einem - wie dem Schwerbehindertenrecht - medizinisch geprägtem Sachgebiet darf sich ein Gericht mangels entsprechender medizinischer Fachkenntnisse nicht allein auf die aktenkundigen ärztlichen Unterlagen und die dazu nach Aktenlage ergangenen **versorgungsärztlichen Stellungnahmen** stützen. Die Auswertung eingeholter Befundberichte der behandelnden Ärzte genügt im Regelfall nicht, um den Erfordernissen der Amtsermittlung gerecht zu werden. Zur Aufklärung eines Sachverhalts in medizinischer Hinsicht bedarf es vielmehr regelmäßig der Einholung eines Sachverständigengutachtens oder, wenn mehrere Fachgebiete betroffen sind, mehrerer Sachverständigengutachten (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.11.2012 - L 13 SB 113/12 -).

Die Aufklärung eines medizinisch geprägten Sachverhalts unterliegt in allen Gerichtsinstanzen einheitlichen Qualitätsanforderungen. Ungeachtet etwaiger medizinischer Grundkenntnisse durch richterliche Tätigkeit in medizinischen Sparten berechnen diese jedenfalls im Regelfall nicht zu einer eigenständigen Beurteilung medizinischer Sachverhalte. Auch genügt die Auswertung eingeholter Befundberichte der behandelnden Ärzte im Regelfall nicht. Zur Aufklärung eines Sachverhalts in medizinischer Hinsicht bedarf es vielmehr regelmäßig der Einholung eines Sachverständigengutachtens. Dabei ist sowohl im Hinblick auf das jeweilige medizinische Fachgebiet als auch im Hinblick auf die sozialmedizinischen Erfordernisse auf eine hinreichende Qualifikation und Erfahrung des Sachverständigen zu achten (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.07.2012 - L 13 SB 88/12 -).

Liegen mehrere unterschiedliche Behinderungen vor, aus denen der Gesamt-GdB zu bilden ist, ist bei der **Auswahl des Sachverständigen** nach der Rechtsprechung des BSG zu beachten, dass dieser über Kenntnisse und differenzierte Einsichten verfügt, die es ihm erlauben, auch

die Auswirkung von Behinderungen außerhalb seines Fachgebietes zu beurteilen. So soll ein HNO-Arzt in der Regel nicht in der Lage sein, den Gesamt-GdB festzustellen, wenn neben Leiden auf HNO-Gebiet auch Magen-, Bluthochdruck- und Wirbelsäulenleiden vorliegen (BSG Urteil vom 15.03.1979 - 9 RVs 16/78 BSG). Gegebenenfalls soll - so das BSG - ein „**Gutachterteam**“ zur Bildung des Gesamt-GdB zusammengestellt werden (BSG a.a.O.).

Nach Auffassung des LSG Bayern kann ein Gutachten eines Arztes mit der **Zusatzbezeichnung Sozialmedizin** die erforderlichen fachkompetenten Begutachtungen nicht ersetzen, wie sich aus den unterschiedlichen Ausbildungsanforderungen „Facharzt“ und der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ ergebe. Im Einzelfall könne eine sozialmedizinische Beurteilung allerdings ausreichend sein, z.B. bei hinreichend geklärten medizinischen Sachverhalten. Wenn aber Art und Umfang von Behinderungen auf verschiedenen Fachgebieten im sozialgerichtlichen Verfahren zu klären seien, müssten entsprechende Fachgutachten eingeholt werden (Bayerisches LSG, Urteil vom 08.03.2000 - L 18 SB 110/99 -).

Anderer Auffassung ist der ärztliche SVB. Dieser meint, ein sozialmedizinisch erfahrener Sachverständiger ohne Facharztanerkennung könne durchaus die sich aus mehreren Gesundheitsstörungen ergebenden Auswirkungen im allgemeinen Leben in ihrer Gesamtheit beurteilen. Gerade dies sei bei Gutachtern spezieller Fachrichtungen wegen ihrer fachspezifischen Sichtweise oft nicht der Fall. In Sonderfällen sei allerdings ein Facharzt zu beteiligen (Beirat vom 21./22.03. 2001: „Unterlassene fachärztliche Begutachtung als Verfahrensmangel (unzureichende Gebietsbezeichnung)“). Nach der Rechtsprechung des BSG, Beschluss vom 12.05.2016 - B 9 SB 101/15 B - besteht keine grundsätzliche Verpflichtung zur Einholung eines Gutachtens von einem Facharzt. Die Rechtsprechung habe das dem Tatsachengericht nach § 404 Abs. 1 ZPO i.V.m. § 118 SGG eingeräumte Ermessen bei der Sachverständigenauswahl lediglich dann ausnahmsweise eingeschränkt, wenn es sich um besonders schwierige Fragen handle oder aber den vorhandenen Gutachten grobe Mängel anhafteten.

Zu beachten ist bei Allem schließlich, dass die Bemessung des GdB grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe ist und dass die Gerichte bei der rechtlichen Bewertung nicht an die Vorschläge der von ihnen gehörten Sachverständigen gebunden sind (ständige Rechtsprechung, s.u.v.a. BSG, Beschluss vom 21.03.2016 - B 9 SB 81/15 B -).

Der vom Gericht bestellte Sachverständiger hat sein Gutachten grundsätzlich selber zu fertigen, kann aber bei der Erstellung des Gutachtens auf die Mitarbeit eines anderen Arztes in den nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 407a Abs. 3 Zivilprozessordnung (ZPO n.F.) erlaubten Grenzen zurück-

greifen („*Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.*“). Ein Verstoß gegen § 407a Abs. 3 ZPO n.F. kann grundsätzlich einen Fehler bei der Sachaufklärung bedingen und daher als ein beachtenswerter Verfahrensmangel i.S. des § 160 Abs. 2 Nr. 3 SGG in Betracht zu ziehen sein. Die Grenze der erlaubten Mitarbeit mit der Folge der Unverwertbarkeit des Gutachtens ist überschritten, wenn aus Art und Umfang der Mitarbeit eines weiteren Arztes gefolgert werden kann, der beauftragte Sachverständige habe seine das Gutachten prägenden und regelmäßig in einem unverzichtbaren Kern von ihm selbst zu erbringenden Zentralaufgaben nicht selbst wahrgenommen, sondern delegiert. Bei psychiatrischen Gutachten muss der Gutachter die persönliche Begegnung mit dem Probanden und das explorierende Gespräch im wesentlichen Umfang selbst durchführen (BSG, Beschluss vom 05.05.2009 - B 13 R 535/08 B -).

Ein Ermittlungs- und Darstellungsdefizit auf Seiten der Versorgungsverwaltung kann zur Aufhebung ihrer Entscheidung nach Maßgabe des § 131 Abs. 5 SGG führen („*Hält das Gericht eine weitere Sachaufklärung für erforderlich, kann es, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid aufheben, soweit nach Art oder Umfang die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist.*“ - SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid vom 14.04.2020 - S 12 SB 3113/19 -).

### **3. Anwesenheit des Ehegatten oder anderer Dritter bei Untersuchung durch den Sachverständigen**

Der Ausschluss des Ehegatten von der Untersuchung durch den Sachverständigen stellt nicht ohne Weiteres einen Verstoß gegen ein faires Verfahren oder einen verfassungswidrigen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Klägers nach Artikel 2 Abs. 1 GG oder gar dessen Menschenwürde nach Artikel 1 GG dar. Im sozialgerichtlichen Verfahren besteht kein Zwang, sich einer Begutachtung zu unterziehen. Der Kläger muss eine Begutachtung ohne Anwesenheit ihres Ehemanns nicht dulden und kann die Begutachtung ablehnen. Es obliegt dann dem Gericht, zu entscheiden, ob die Weigerung der Mitwirkung rechtliche Folgen wie z.B. die Umstellung des Gutachtensauftrages auf eine Begutachtung nach Aktenlage, ein Vorgehen wegen Verweigerung der Mitwirkung nach §§ 60 ff. SGB I oder eine Beweislastenscheidung auslöst bzw. ob die Untersagung der Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der Untersuchung verhältnismäßig war. Denkbar wäre beispielsweise auch der Ausschluss der Vertrauensperson nur bei Teilen der Untersuchung (Bayerisches LSG, Beschluss vom 20.11.2013 - L 2 SF 155/12 B -).

Der Grundsatz der Parteiöffentlichkeit der Beweiserhebung räumt den Verfahrensbeteiligten einen Anspruch darauf ein, über bevorstehende Beweiserhebungen unterrichtet zu werden und daran teilzunehmen. Dieses nach § 116 SGG bestehende Anwesenheits- und Fragerecht insbesondere bei der Zeugenbeweisaufnahme ist eines der wichtigsten Parteirechte und ein direkter Anwendungsfall des Art. 103 Abs. 1 Grundgesetz. Der Grundsatz der Parteiöffentlichkeit bezieht sich auch auf die Ermittlung von Tatsachen durch Sachverständige zur Vorbereitung des Gutachtens. Der Grundsatz des fairen Verfahrens und der Anspruch auf Gewährung rechtlichen Gehörs gebieten es, den Verfahrensbeteiligten die Möglichkeit zu geben, der Ermittlung der tatsächlichen Grundlagen eines Gutachtens durch den Sachverständigen beizuwohnen. Die Frage einer möglichen Verletzung dieses Grundsatzes stellt sich indes im vorliegenden Zusammenhang aufgrund der ohnehin gegebenen Anwesenheit des Klägers bei der Untersuchung allenfalls modifiziert; hierbei ist im Übrigen zu beachten, dass aufgrund des Schutzes der Intimsphäre des Klägers insbesondere der Beklagtenseite die Anwesenheit eines Vertreters bei der körperlichen Untersuchung einer Partei bzw. eines Beteiligten nicht ermöglicht werden kann, dies unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde (Art. 1 Grundgesetz). Dementsprechend stellt sich auch die Frage einer Verletzung des Grundsatzes der Waffengleichheit der Beteiligten in diesem Zusammenhang nicht, denn der Beklagte ist von jeglicher Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen und der gerichtliche Sachverständige ist eine neut-

rale Hilfsperson des Gerichts. Wenn es ein Sachverständiger für erforderlich hält, die Untersuchung in Abwesenheit dritter Personen vorzunehmen, bewegt er sich vorbehaltlich besonderer Umstände im Bereich seiner Fachkompetenz. Es ist kein wissenschaftlicher Standard erkennbar, der die Anwesenheit Dritter bei Gutachten der vorliegenden Art vorsieht. Zweck der Beweisanordnung ist es, ein gerichtlich verwertbares Beweisergebnis zu erreichen. Ist ein solches bei Anwesenheit eines Dritten nicht möglich oder besteht zumindest die hinreichende Gefahr, dass eine Verfälschung des Ergebnisses droht, kann die Anwesenheit einer Vertrauensperson des Betroffenen ausgeschlossen werden (so LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 11.12.2019 - L 13 SB 4/19 -).

#### **4. Einzelfragen**

Es besteht kein Anspruch des behinderten Menschen, zur Klärung der Frage nach der Höhe des GdB eine quantitative sensorische Testung - QST - einzuholen, die der Erfassung von Symptomen dienen soll, die auf spezifische neurobiologische Mechanismen von chronischem Schmerz hinweisen. Für die Bemessung des GdB kommt es maßgeblich allein auf die vorhandenen Funktionseinschränkungen an, die die Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen, unabhängig davon, welche Symptomatik ihnen zugrunde liegt. Die QST-Testung ist deshalb im Schwerbehindertenrecht nicht entscheidungserheblich (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.08.2015 - L 6 SB 425/15 -, nachfolgend im BSG, Beschluss vom 12.01.2016 - B 9 SB 76/15 B -)

## **Vorgeschichte - Nr. 7 AHP 2008**

*(1) Die Erhebung der Vorgeschichte muss der gutachtlichen Fragestellung angepasst sein. Sie muss Einzelheiten über durchgemachte Krankheiten, Operationen und Unfälle, über den Verlauf der geltend gemachten Gesundheitsstörungen und je nach Lage des Falles auch über den schulischen und beruflichen Werdegang und Arbeitseinsatz enthalten. Stets ist nach der Dauer der angegebenen Gesundheitsstörungen zu fragen, besonders auch danach, ob stationäre Behandlung durchgeführt worden ist, welche Behandlungsmaßnahmen ergriffen worden sind und ob und ggf. wie lange Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.*

*(2) Den Schluss der Erhebung der Vorgeschichte bilden die Angaben über die jetzigen Beschwerden des zu Untersuchenden. Sie sind möglichst genau, manchmal wörtlich wiederzugeben. Es sollte zu erkennen sein, welche Beschwerden erst auf Befragen angegeben worden sind.*

*(3) Bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ist die Vorgeschichte im Hinblick auf die Kausalitätsfragen besonders ausführlich zu erheben.*

*Bei der Begutachtung ehemaliger Soldaten sind von besonderer Bedeutung die anamnестischen Erhebungen über den Wehrdienst, über Beginn und Ende, Ergebnisse der Musterung, der Einstellungs- und Entlassungsuntersuchungen, Gründe etwaiger Zurückstellung, Änderung des Tauglichkeitsgrades, Truppengattung, spezielle Verwendungsfähigkeiten (z.B. Flieger- oder Tropentauglichkeit), Art und Ort der Verwendung und der Einsätze. War der Beschädigte in Gefangenschaft, so ist nach Gewahrsamsmacht und -dauer, Art und Ort der Lager, Arbeitsgruppeneinteilung, Arbeitseinsätzen und ihrer Dauer zu fragen. Besonderheiten gewisser Lager sind zu beachten.*

*Verwundungen, Erkrankungen und Unfälle sind mit allen Einzelheiten (Symptomatik, Art der Behandlung, Dauer und Art der stationären Behandlung, Genesungszeit, Wechsel der Verwendung, Zeitpunkt des erneuten Einsatzes) chronologisch aufzuzeichnen. Es muss auch dargelegt werden, wo und wann die Erkrankung oder der Unfall aufgetreten ist, z.B. bei der Truppe, im Urlaub, in der Gefangenschaft.*

*(4) Die Befragung muss objektiv und frei von jeder Kritik sein. Suggestivfragen sind zu vermeiden. Bei widersprechenden Angaben ist eine Klärstellung vor Abschluss des Gutachtens anzustreben.*

### **Anmerkung**

Auch wenn viele Untersuchte bei der Befragung dazu neigen, in eine Aufzählung der Diagnosen zu verfallen, sollte seitens des Gutachters versucht werden, die Beschwerden isoliert von etwaigen sie begründenden Diagnosen zu erfragen. Denn nicht die Diagnose, sondern die bestehende Funktionseinschränkung (einschließlich der Beschwerden) begründet den

GdB.

Somit kommt der (ehrlichen) Beschwerdeschilderung große Bedeutung zu, da eine Diagnose (z.B. Organschaden) ohne Beschwerden u.U. keine Behinderung darstellt. Die intellektuellen Fähigkeiten des Untersuchten sollten bei der Befragung berücksichtigt werden, da hinsichtlich der Vollständigkeit der Schilderung bei einfach strukturierten Untersuchten oft Abstriche gemacht werden müssen.

Bei Beurteilung von Schädigungsfolgen nach dem BVG geben bei der Auswertung ehemaliger Untersuchungs- bzw. Musterungsberichte Hilfestellung: *(beide auf der CD zu diesem Buch)*

- die Fehlertabelle für die deutsche Wehrmacht
- das Krankheitenverzeichnis der Deutschen Wehrmacht.

### **Befund - Nr. 8 AHP 2008**

*(1) Der Befund soll - gegebenenfalls unter Einbeziehung vorhandener Unterlagen - ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Untersuchten vermitteln.*

*(2) Die Befunderhebung soll den Allgemeinbefund (Alter, Größe, Gewicht, Allgemeinzustand, Puls, Blutdruck, Urinstatus) und einen ausführlichen Organbefund umfassen.*

*(3) Bei Kindern sind zur Feststellung der körperlichen und/oder geistigen Entwicklung entsprechende Untersuchungsverfahren anzuwenden; hierzu gehören insbesondere entwicklungsneurologische und -psychologische sowie endokrinologische Untersuchungen. Gegebenenfalls sind radiologische Befunde beizuziehen.*

*(4) Bei eingehenden Untersuchungen zu Krankheiten innerer Organe sollen eine Blutkörperchen-Senkungsreaktion, ein vollständiger Blutstatus und die spezifischen organbezogenen Laboruntersuchungen und Funktionsprüfungen nicht fehlen; bei Laborwerten sind Methode und Referenzbereich der untersuchenden Stelle anzugeben.*

*Daneben können - insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht - apparative Untersuchungen erforderlich sein:*

- *Bei Lungenkrankheiten kommen in Betracht: Lungenfunktionsprüfungen in Ruhe, unter Belastung und unter Berücksichtigung des Medikamenten- und Hormonspiegels im Serum (z.B. Spirographie, Messung des Widerstandes der Atemwege, Blutgasanalyse, Provokations- und Reversibilitätsteste) sowie zusätzlich kardiopulmonale Untersuchungen (z.B. Druckmessung im kleinen Kreislauf in Ruhe und unter Belastung). Bei der Spirographie sind die unteren Sollwerte der EGKS (Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl) zugrunde zu legen, wobei in der Regel erst Abweichungen von den Sollwerten von über 20% klinisch relevant werden.*

**Anmerkung:** s. hierzu im Einzelnen (S. 222) Anmerkung zu Teil B 8 VMG.

- *Bei Herz- und Kreislaufschäden kommen in Betracht: Elektrokardiographie, Langzeitelektrokardiographie, Echokardiographie, Ergometrie, Blutdrucklangzeitmessung, Herzsintigraphie. Bei entsprechender Indikation auch Links- und/oder Rechtsherzkatheteruntersuchungen.*
- *Bei Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen darf nicht die Angabe über Hauttemperatur und -farbe, ob bläulich, rot oder blass, unterlassen werden. Puls und Blutdruck beiderseits sind stets zu vergleichen. Die schmerzfreie Strecke beim Gehen ist zu erfragen. Objektive Messmethoden sollen die klinische Untersuchung ergänzen (Ratschow-Lagerungsprobe, Doppler-Druckmessung, Belastungsdruckmessung, Laufbanduntersuchung, Phlebodynamometrie). Bei entsprechender Indikation auch Röntgenkontrastdarstellungen der Gefäße oder gleichwertige bildgebende Verfahren.*
- *Bei Krankheiten der Bauchorgane sind häufig sonographische, endoskopische und auch bioptische Untersuchungen notwendig; insbesondere bei Leberkrankheiten ist bei sonst nicht klärbaren Fällen eine Biopsie anzustreben. In Einzelfällen können zusätzliche Untersuchungen (z.B. spezielle bildgebende Verfahren oder Funktionsuntersuchungen) und bei entsprechender Indikation auch Röntgenuntersuchungen erforderlich sein.*
- *Bei Krankheiten der Harnorgane sind neben speziellen Nierenfunktionsprüfungen (z.B. Kreatininbestimmung, Clearance-Untersuchungen und weitere qualitative und quantitative Urinuntersuchungen) eine Sonographie, ggf. Urethrozystoskopie, urodynamische Untersuchungen, bei entsprechender Indikation nuklearmedizinische Methoden und Röntgenuntersuchungen angebracht; eine Nierenbiopsie soll nur besonderen Fällen vorbehalten bleiben.*

*(5) Bei gynäkologischen Krankheiten ist - insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht - eine fachärztliche Untersuchung mit Sonographie erforderlich, in Einzelfällen auch eine Laparoskopie.*

*(6) Zur Ermittlung von Art und Ausmaß dermatologischer und allergologischer Krankheiten ist im allgemeinen - insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht - eine dermatologische Untersuchung erforderlich. Hierbei ist eine ausführliche Beschreibung des Erscheinungsbildes, der Lokalisation und der Ausdehnung der Hautveränderungen notwendig. Gegebenenfalls sollten die Hautbefunde durch fotografische Aufnahmen, Figurenstempel oder Zeichnungen dokumentiert werden. Histologische, allergologische, immunologische, virologische, mykologische, bakteriologische und dermatoskopische Untersuchungen können zusätzlich erforderlich sein.*

*(7) Im sozialen Entschädigungsrecht sind bei Begutachtungen von Verletzungsfolgen alle Narben genau zu beschreiben. Stets ist hinzuzufügen, wodurch sie entstanden sind. Der Befund ist ggf. durch eine Skizze oder Fotodokumentation zu ergänzen. Immer ist zu prüfen, ob außer Weichteilen auch Knochen, Nerven, Gefäße oder innere Organe verletzt waren.*



*Der Verlauf mancher Schusskanäle wird erst verständlich, wenn der Untersuchte die Körperhaltung angibt oder darstellt, welche er im Augenblick der Verletzung eingenommen hatte.*

*(8) Bei Entstellungen werden photographische Aufnahmen empfohlen.*

*(9) Bei Zahnschäden ist ein genauer Zahnstatus mit exakter Angabe der festgestellten Veränderungen in ein Schema einzuzichnen:*

R	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	L
R	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	L

*Zu achten ist auf Narbenbildungen oder andere Veränderungen in den Weichteilen des Mundes oder an den Kiefern, vor allem bei angeblich traumatischem Zahnverlust.*

*(10) Bei Verlust oder Teilverlust von Gliedern ist eine genaue Beschreibung der Stumpfverhältnisse erforderlich. Die Angabe der Körperseite und der Stumpflänge mit Angabe der Messbezugspunkte darf nie vergessen werden. Der Befund soll Auskunft geben, wie die Funktion mit und ohne Hilfsmittel ist, bzw. warum ein Hilfsmittel nicht getragen werden kann.*

*(11) Bei Schäden an den Fingern ist anzugeben, was der Untersuchte greifen und halten kann, wobei Sensibilitätsstörungen von Bedeutung sein können. Auf Gebrauchsspuren ist zu achten. Bei den Fingern ist nicht vom 1., 2. und 3. Glied oder Gelenk zu sprechen, sondern vom Grund-, Mittel- und Endglied oder -gelenk. Für die Messung wird die Neutral-0-Methode empfohlen.*

*(12) Bei Schäden an den Beinen ist der Gang mit und ohne Schuh oder orthopädische Hilfsmittel zu beachten und die Art der Beschwiellung der Fußsohlen zu untersuchen. Neben dem „normalen“ Gangbild sind auch differenzierte Stand- und Gangformen zu prüfen (z.B. Ballen- und Fersenstand, Hockversuch, Grätschstand, Einbeinstand, wechselseitiges Hüpfen, Beinhaltung im Sitzen und im Liegen).*

*(13) Die Bewegungsfähigkeit der Gelenke ist anzugeben. Dabei soll nicht von Versteifung gesprochen werden, wenn nur eine Bewegungseinschränkung besteht. Immer muss auf eigentätige und fremdtätige, auf schmerzfreie und schmerzhafte Bewegungsfähigkeit - auch unter Belastung - untersucht werden.*

*Die Messungen an den Gliedmaßen sind stets beiderseits vorzunehmen; die Messstellen müssen auf feste Skelettpunkte bezogen und im Gutachten genau bezeichnet werden. Für die Messung wird die Neutral-0-Methode empfohlen. Für die Dokumentation sind nach Möglichkeit die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegebenen Messblätter zu verwenden.*

### **Anmerkung**

zu Abs. 13 - Gelenke:

Die in den früheren Ausgaben der AHP abgedruckten Skizzen über die einzelnen Bewegungsmaße sind in den Ausgaben 2004 ff AHP bzw. in den VMG nicht mehr enthalten. Da sie aber wichtige Hilfestellung bei der Beurteilung von Gutachten geben, kann auf sie zumindest hier nicht verzichtet werden. Zu verweisen ist nun auf die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegebenen Messblätter. Mit ihnen kann eine effiziente Überprüfung der Gutachten erfolgen; die Gutachten und die Ergebnisse werden für alle Beteiligten transparent.

Die wesentlichen Formblätter sind

- Anleitung Messblatt Neutral-0-Methode (4220)
- Messblatt für obere Gliedmaßen - Neutral-0-Methode (4220)
- Messblatt für untere Gliedmaßen - Neutral-0-Methode (4224)
- Messblatt Wirbelsäule (6222)

### **A 4220 0799 Anleitung Messblatt Neutral-0-Methode Anleitung zur Benutzung der Messblätter und der Messung nach der NEUTRAL - 0 - METHODE**

Bei dieser Messmethode werden alle Gelenkbewegungen von einer einheitlich definierten 0-Stellung aus gemessen. Diese **Neutral-0-Stellung** entspricht der Gelenkstellung, die ein gesunder Mensch im aufrechten Stand mit hängenden Armen und nach vorn gehaltenen Daumen und parallelen Füßen einnehmen kann. Bei der **Messung** von dieser 0-Stellung aus wird der bei der Bewegung durchlaufene Winkel abgelesen und unter Aufrundung auf die nächste 5er-Stelle notiert. Es wird grundsätzlich der Bewegungsumfang gemessen, wie er durch eigentätige, vom Untersucher geführte Bewegungen möglich ist.

Bei der **Protokollierung** werden immer 3 Zahlen eingetragen. Im Normalfall wird die 0 zwischen die beiden Ziffern für die Anfangs- und Endstellung gesetzt, da üblicherweise die Gelenke über die 0-Stellung hinaus in 2 Richtungen zu bewegen sind. Kann ein Gelenk jedoch nur in einer Richtung bewegt werden, z. B. bei **Kontrakturen**, so steht die 0 am Anfang oder am Ende, um anzuzeigen, dass die 0-Stellung nicht erreicht werden kann.

Bei **Ankylosen** werden vor oder nach der 0 zwei gleiche Zahlen eingesetzt.

**Beispiel:**

<b>Hüftgelenk:</b>	<b>rechts</b>	<b>links</b>
Streckung/Beugung	10 - 0 - 130	0 - 10 - 90
Abspreizung/Anführung	40 - 0 - 30	20 - 0 - 20
Drehung auswärts/Drehung einwärts (Hüftgelenke 90 ° gebeugt)	45 - 0 - 35	25 - 10 - 0

Am **linken** Hüftgelenk liegt sowohl eine Beugekontraktur als auch eine Außendrehkontraktur vor.

<b>Kniegelenk:</b>	<b>rechts</b>	<b>Links</b>
Streckung/Beugung	10 - 0 - 130	0 - 20 - 20

Das **linke** Kniegelenk ist in einer Beugestellung von 20 ° völlig versteift. Die **Versteifung** wird dadurch beschrieben, dass die gemessene Winkelstellung 2 x nebeneinander hinter die 0 gesetzt wird.

Zusätzlich zur Beschreibung der Greifformen (Spitz-, Schlüssel-, Grob- und Hakengriff) der **Hände** im Gutachten wird wie folgt gemessen:

An den **Fingern** gilt die Streckstellung als Neutral-0-Stellung, von der aus Überstreckungsmöglichkeit und Beugung als aktive Bewegungen gemessen werden. Die radiale und palmare Abduktion wird vom adduziert gehaltenen **Daumen** aus (= 0-Stellung) gemessen.

<b>Beispiel::</b>	<b>rechts</b>	<b>Links</b>
<b>Daumen:</b>	0 - 0 - 50	0 - 30 - 30

Das **linke** Sattelgelenk ist in radialer Abduktion um 30 ° versteift.

Die **Längen- und Umfangsmessungen** sollen ebenfalls wenn möglich in der **Neutral-0-Stellung** erfolgen, um vergleichbare Werte zu erhalten. Als Messband ist ein kunststoffüberzogenes Schneidermaßband zu empfehlen. Stahlmessbänder legen sich der Haut weniger gut an. Die Notierung soll mit einer Genauigkeit von 0,5 cm erfolgen.

Das Messblatt (Anlage) muss möglichst vollständig und genau ausgefüllt werden, um dem Nachuntersucher brauchbare Vergleichswerte liefern zu können. Dem Untersucher noch erforderlich erscheinende Zusatzmessungen können eingefügt werden.

## A 4222 0799 Messblatt für obere Gliedmaßen - Neutral-0-Methode

Name:

Aktenzeichen:

Untersuchungstag:

Rechtshänder

Linkshänder

### Schultergelenke:

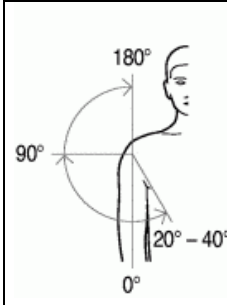
Arm seitw. / körperl. (Abb. 1)

Arm rückw. / vorw. (Abb. 2)

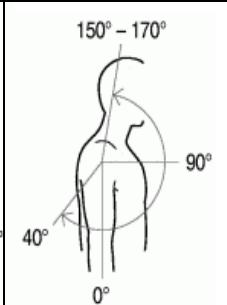
Arm ausw. / einw. drehen (Oberarm anliegend) (Abb. 3)

Arm ausw. / einw. (Oberarm 90° seitw. abgeh.) (Abb. 4)

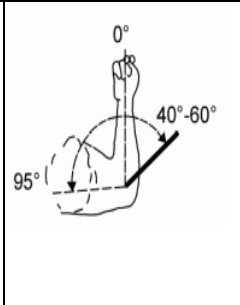
Rechts			Links		



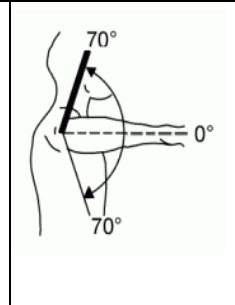
**Abb. 1**  
seitw./körperw.  
Normalwerte:  
180 0 20-40



**Abb. 2**  
rückw./vorw.  
Normalwerte:  
40 0 150-170



**Abb. 3**  
Drehg. ausw./einw.  
Normalwerte:  
40-60 0 95

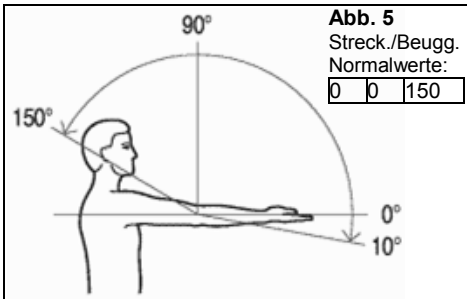


**Abb. 4** Drehg.  
ausw./einw.  
Normalwerte:  
70 0 70

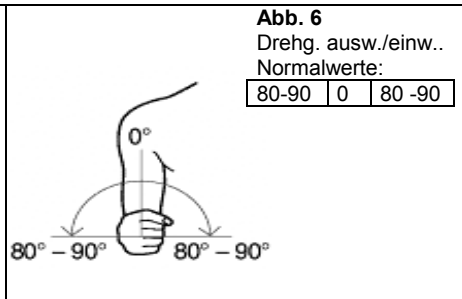
### Ellenbogengelenke:

Streckung / Beugung (Abb. 5)

Rechts			Links		



**Abb. 5**  
Streck./Beugg.  
Normalwerte:  
0 0 150



**Abb. 6**  
Drehg. ausw./einw..  
Normalwerte:  
80-90 0 80-90

### Unterarmdrehung:

ausw. / einw. (Abb. 6)

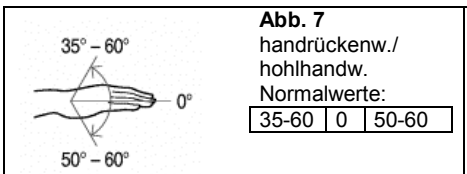
Rechts			Links		

### Handgelenke:

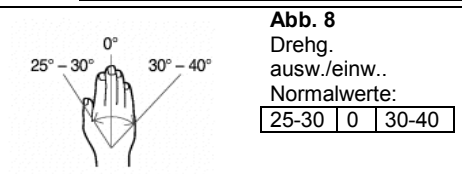
handrückenw./hohlhandw. (Abb. 7)

speichenw. / ellenw. (Abb. 8)



Rechts			Links		



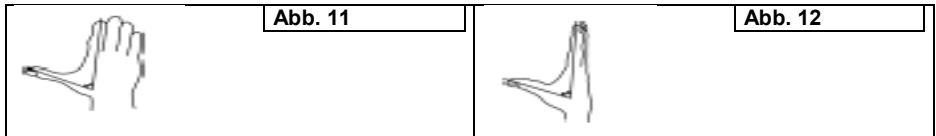
**Abb. 7**  
handrückenw./  
hohlhandw.  
Normalwerte:  
35-60 0 50-60



**Abb. 8**  
Drehg.  
ausw./einw..  
Normalwerte:  
25-30 0 30-40

Fingergelenke:	Rechts				Links				
	II	III	IV	V	II	III	IV	V	
Abstände in cm: Nagelrand / quere Hohlhandfalte ( <b>Abb. 9</b> )									
Abstände in cm: Nagelrand / verl. Handrückenebene ( <b>Abb. 10</b> )									
 <b>Abb. 9</b>					 <b>Abb. 10</b>				

Daumengelenke <b>Streckung/Beugung:</b>	Rechts			Links		
Grundgelenk						
Endgelenk						
Daumengelenke Abstreizung (Winkel zwischen 1. und 2. Mittelhandknochen)	Rechts			Links		
In der Handebene ( <b>Abb. 11</b> )	0			0		
Rechtwinklig zur Handebene ( <b>Abb.12</b> )	0			0		



Daumengelenke	Rechts				Links			
	II	III	IV	V	II	III	IV	V
Ankreuzen, welche Langfingerkuppen mit der Daumenspitze erreicht werden können								

Handspanne:	Rechts	Links
Größter Abstand in cm zwischen Daumen- und Kleinfingerkuppe		

Umfangmaße in cm: (Hängender Arm)	Rechts	Links
15 cm ob. äußerem Oberarmknorren		
Ellenbogengelenk		
10 cm unt. äußerem Oberarmknorren		
Handgelenk		
Mittelhand (ohne Daumen)		

Armlänge in cm:	Rechts	Links
Schulterhöhe / Speichenende		

Stumpflängen in cm:	Rechts	Links
Schulterhöhe / Stumpfende		
Äuß. Oberarmknorren / Stumpfende		

**A 4224 0799 Messblatt für untere Gliedmaßen - Neutral-0-Methode**

Name:

Aktenzeichen:

Untersuchungstag:

Standbein:  Rechts

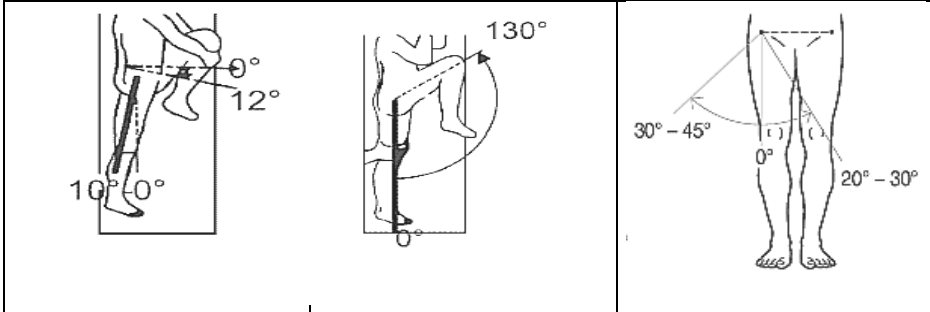
Links

**Hüftgelenke:**

**Rechts**

**Links**

Streckung / Beugung (Abb.1 a u. 1 b)						
Abstreiz. / Anführen (Abb. 2)						
Drehg. ausw. / einw. (Hüftgel. 90° gebeugt) (Abb. 3)						
Drehg. ausw. / einw. (Hüftgel. gestreckt) (Abb. 4)						



**Abb. 1 a** Streck./Beugg.

**Abb. 1 b** Streck./Beugg.

**Abb. 2** Abstreiz./Anführen

Normalwerte:

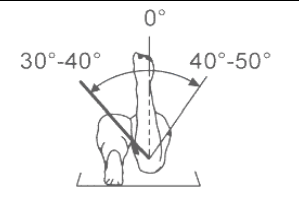
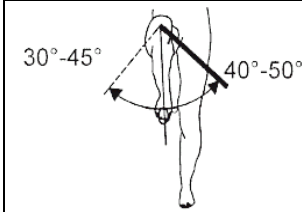
Normalwerte:

Normalwerte:

10	0	130
----	---	-----

10	0	130
----	---	-----

30-45	0	20-30
-------	---	-------



**Abb. 3** Drehg. ausw./einw.

**Abb. 4** Drehg. ausw./einw.

Normalwerte:

Normalwerte:

40-50	0	30-45
-------	---	-------

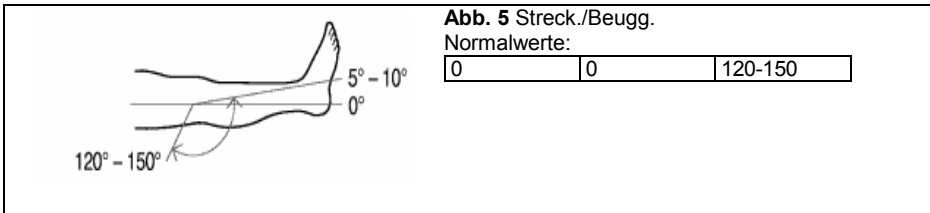
40-50	0	30-40
-------	---	-------

**Kniegelenke:**

**Rechts**

**Links**

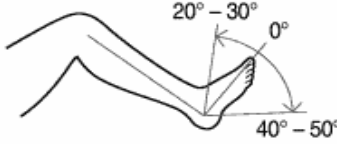
Streckung / Beugung (Abb. 5)					
------------------------------	--	--	--	--	--




**Abb. 5** Streck./Beugg.

Normalwerte:

0	0	120-150
---	---	---------

<b>Obere Sprunggelenke:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
Heben / Senken des Fußes ( <b>Abb. 6</b> )				
	<b>Abb. 6</b> Heben/Senken			
	Normalwerte:			
	20-30	0	40-50	

<b>Untere Sprunggelenke:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
Ges.-Beweglichk. (Fußaußenr. heb. / senk.) ( <b>Abb. 7 a u. 7 b</b> ) (in Bruchteilen der normalen Beweglichkeit)				
	<b>Abb. 7a Abb. 7b</b> Gesamtbeweglichkeit			

<b>Zehengelenke:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
(in Bruchteilen der normalen Beweglichkeit)				

<b>Umfangmaße in cm:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
20 cm ob. inn. Knie-Gelenkspalt				
10 cm ob. inn. Knie-Gelenkspalt				
Kniescheibenmitte				
15 cm unterh. inn. Gelenkspalt				
Unterschenkel, kleinster Umfang				
Knöchel				
Rist über Kahnbein				
Vorfußballen				

<b>Beinlänge in cm:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
Vord. ob. D-beinstachel - Außenknöchelsp.				

<b>Stumpflänge in cm:</b>	<b>Rechts</b>		<b>Links</b>	
Sitzbein - Stumpfende				
Inn. Knie-Gelenkspalt - Stumpfende				

**A 6222 0799 Messblatt Wirbelsäule (nach der Neutral-0-Methode)**

Az.:

Erkrankung/Unfall

, geb. , vom

Größe in cm:

Gewicht in kg:

**Halswirbelsäule**

Vorneigen/Rückneigen ( <b>Abb. 1</b> )	
Seitneigen re./li. ( <b>Abb. 2</b> )	
Drehen re./li. ( <b>Abb. 3</b> ) Kinnspitzenschulter-höhenabstand bei maximaler Drehseitneigung re./li.	

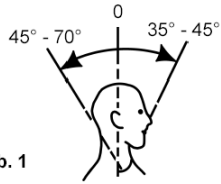


Abb. 1

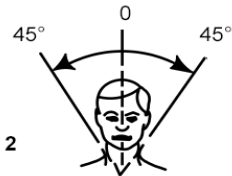


Abb. 2

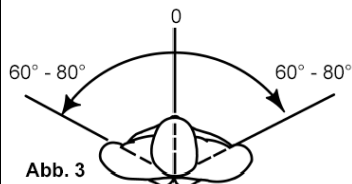


Abb. 3

**BWS und LWS**

Seitneigen re./li. ( <b>Abb. 4</b> )	
Drehen im Sitzen re./li. ( <b>Abb. 5</b> )	
Liegen/Jugulumabstand (cm) ( <b>Abb. 6</b> )	
Aktive Aufrichtung aus Rückenlage Messstrecke Liege - DF C7	

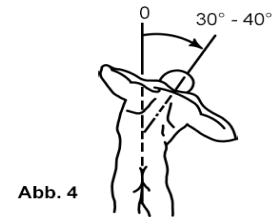


Abb. 4

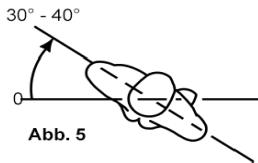


Abb. 5



Abb. 6



Fingerbogenabstand (cm)

a) Ott (Abb. 7)

Messstrecke DF C7

30 cm caudal

b) Schober (Abb. 7)

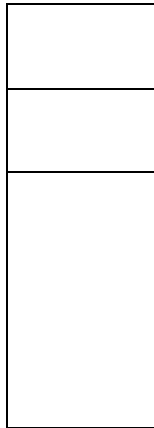
Messstrecke DF S1

10 cm cranial

c) Messstrecke

10 cm mit Mittelpunkt (Abb. 7)

DF L 1



a : a' = 30 : 32

b : b' = 10 : 15

c : c' = 10 : 13

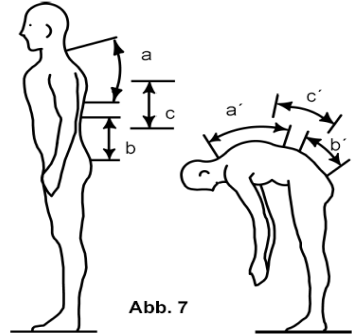


Abb. 7

Beckentiefstand (cm) re./li. \_\_\_\_\_

Seitverbiegung \_\_\_\_\_

Schulterstand \_\_\_\_\_

(rechts tief/links tief) \_\_\_\_\_

Sagittale Verbiegung (kyphotische oder lordotische Fehlform): \_\_\_\_\_

(14) Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule und ggf. die Art und Nutzung von Hilfsmitteln sind eingehend zu beschreiben. Zusätzlich werden die Anwendung von Messverfahren mit genauer Angabe der Messpunkte, z.B. Finger-Boden-Abstand, Kinn-Sternum-Abstand, Messbandstreckenverfahren nach Schober (Veränderung der im Stehen markierten Messstrecke vom ersten Sakralwirbel bis 10 cm oberhalb bei maximaler Beugung) und nach Ott (Veränderung der im Stehen markierten Messstrecke vom 7. Halswirbel bis 30 cm unterhalb bei maximaler Beugung) sowie segmentale Untersuchungen empfohlen.

### Anmerkung

Auf die kritische Stellungnahme des Dr. Ammermann - auf der CD zu diesem Buch - wird verwiesen.

(15) Für die Beurteilung der Sehbehinderung ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe (Prüfung mit Gläsern) maßgebend. Die Sehschärfe ist grundsätzlich nach DIN 58220 zu prüfen, in Ausnahmefällen (z.B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) ist analog zu verfahren. Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) entsprechend eine einwandfreie gutachtliche Beurteilung erlauben. Bei der Gesichtsfeldbestimmung dürfen nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4 verwertet werden.

### **Anmerkung**

Die DIN 58220 besteht als deutsche Norm weiterhin; sie entspricht der europäischen Norm DIN EN ISO 8596 (Beirat vom 28./29.04.1999: „Sehschärfenbestimmung“).

Bei Überprüfung der Vorgaben der Nr. 8 Abs. 15 AHP ging der SVB 1991 noch davon aus, dass Grundlage für die Gesichtsfeldbestimmung in Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht - ebenso wie in der gesetzlichen als auch in der privaten Unfallversicherung - nach wie vor das Goldmann-Perimeter sei.

Sollte eine Begutachtung mittels Goldmann-Perimeter nicht möglich sein, könne aber auch ein von der DOG geprüftes statisches (programmgesteuertes, automatisches) Perimeter mit einem entsprechenden Blindenprogramm zur Anwendung gelangen. Mit automatischen Perimetern erhobene Untersuchungsbefunde müssten dann aber von dem untersuchenden Augenarzt interpretiert werden, um sie gutachtlich verwerten zu können (Beirat vom 13.11.1991: „Bestimmung des Gesichtsfeldes“).

2001 gelangte der SVB zu dem Ergebnis, dass zur Bestimmung des Gesichtsfelds außer dem Goldmann-Perimeter auch das Twinfield-Perimeter der Firma Oculus für gutachtliche Fragestellungen geeignet sei. Es müsse jedoch sichergestellt sein, dass bei Verwendung des Twinfield-Perimeters die Befunde manuell-kinetisch und nicht automatisch erhoben werden (Beirat vom 07.-08.11.2001: „Gesichtsfeldbestimmung mit neuen Perimetern“).

*Die Feststellung von Blindheit setzt einen Befund voraus, der aufgrund einer speziellen augenärztlichen Untersuchung unter Begutachtungsgrundsätzen erhoben worden ist.*

*(16) Bei Hörschäden sind spezielle Hörprüfungen notwendig, insbesondere Prüfung der Hörschwelle im Tonaudiogramm und des Sprachhörverlustes nach dem Sprachaudiogramm. Der prozentuale Hörverlust ist in erster Linie nach dem Sprachaudiogramm, in Ausnahmefällen nach dem Tonaudiogramm zu ermitteln (4-Frequenztafel nach Röser 1973, bei Hochtonverlusten [Typ Lärmschwerhörigkeit] 3-Frequenztafel nach Röser 1980 [siehe auch Nummer 26.5 (- jetzt Teil B 5.2.3 - (S. 204)]. Bei der Beurteilung von Zusammenhangsfragen können ergänzende Untersuchungen, z.B. überschwellige Messungen, impedanzaudiometrische Untersuchungen, ggf. auch Ableitung evozierter Potentiale und/oder otoakustischer Emissionen, erforderlich sein.*

*Bei Ohrgeräuschen (Tinnitus) sind audiometrische Analysen notwendig. Bestehen wesentliche psychovegetative Begleiterscheinungen, ist eine psychiatrische Zusatzuntersuchung angezeigt.*

*(17) Bei Gleichgewichtsstörungen ist eine vestibulometrische Prüfung erforderlich. Für die GdB/MdE-Bewertung sind neben einer ausführlichen Beschwerdeschilderung Geh- und Stehversuche in ansteigender Belastungsstufe (Romberg, Unterberger, Tandem-Romberg mit geschlossenen Augen, Seiltänzerengang mit geschlossenen Augen) von besonderer Bedeutung.*

(18) Bei Geruchs- und Geschmacksstörungen sind entsprechende Funktionsprüfungen durchzuführen.

(19) Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen bedürfen oft einer speziellen phoniatischen, ggf. auch einer neurolinguistischen Untersuchung.

(20) Geistige und seelische Störungen erfordern häufig - bei Erstbegutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht in jedem Fall - eine spezielle psychiatrische, im Kindesalter eine entsprechende neuropädiatrische und/oder kinderpsychiatrische Untersuchung. Außer einer neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, die oft über die allgemeine Vorgeschichte hinaus eine zeitaufwendige biographische Anamneseerhebung einschließen muss, ist häufig zusätzlich eine gutachtenrelevante leistungspsychologische Untersuchung einschließlich Persönlichkeitsdiagnostik angezeigt. Bei der Begutachtung der psychischen Folgen von Hirnschäden gilt im Grundsatz das Gleiche.

Nach traumatischen oder anderen Hirnschädigungen wird in manchen Fällen eine stationäre Beobachtung erforderlich sein; dies gilt insbesondere, wenn Anfälle geltend gemacht werden, die nach ihrem Erscheinungsbild ätiologisch und differentialdiagnostisch keine eindeutige Zuordnung erlauben.

Als Zusatzuntersuchungen kommen Elektroenzephalographie, Dopplersonographie, Kernspintomographie (syn. Magnetresonanztomographie), Szintigraphie, und die Ableitung evozierter Potentiale in Betracht. Bei entsprechender Indikation können auch computertomographische und hirnarteriographische Untersuchungen erforderlich sein. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen, z.B. durch Hals-Nasen-Ohren- oder Augenärzte durchzuführen.

Folgen von Schädigungen des Stirnhirns, Schläfenhirns oder Scheitelhirns sind mitunter schwer zu erfassen. Sie bedürfen besonders eingehender Untersuchungen.

Ist nach Vorgeschichte und Befund ein Hirnschaden gesichert, so hat der Gutachter dies bei seiner Beurteilung nach dem sozialen Entschädigungsrecht ausdrücklich zu vermerken.

(21) Zur Ermittlung von Art und Ausmaß peripherer Nervenschädigungen und von Muskelkrankheiten ist im allgemeinen - insbesondere bei Erstbegutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht - eine neurologische Untersuchung notwendig, häufig unter Einbeziehung elektrophysiologischer Methoden, manchmal auch bildgebender Verfahren.

(22) Die Röntgenverordnung ist zu beachten. Das Röntgenverfahren soll zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung mit Kritik angewandt werden. Das bedeutet, dass zunächst Röntgenbefunde anderer Stellen beizuziehen und mitzuverwerten sind. Für die Durchführung jeder Röntgenuntersuchung ist eine ärztliche Indikation geboten; d.h. solche Untersuchungen kommen nur dann in Betracht, wenn mit anderen, weniger belastenden Untersuchungsmethoden (z.B. Ultraschall) die notwendige Klärung nicht erreicht werden kann.

# Anmerkung zur TNM-Klassifikation

**Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH & CoKG**

## **TNM-Klassifikation**

Es handelt sich um eine von der AJCC (American Joint Committee against Cancer) und UICC (Union internationale contre le cancer) vorgeschlagene Stadieneinteilung von malignen Tumoren.

Bezeichnungen:

**T** (Tumor) = Ausdehnung des Primärtumors

**N** (Nodus) = Fehlen bzw. Vorhandensein von (juxta-)regionären Lymphknotenmetastasen

**M** (Metastase) = Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

**C** (Certainty) = Grad der Befundssicherung (optionale Angabe, während die Angabe von TNM grundsätzlich gefordert wird)

Durch Hinzufügen von Zahlen (z. B. T1, T2 ..., N0, N1 ..., M0, M1) wird die Ausdehnung des malignen Prozesses beschrieben.

## **1. Prätherapeutische klinische Klassifikation (TNM)**

unter Zugrundelegung der Ergebnisse der klinischen, radiologischen, endoskopischen u.ä. Untersuchungen, einschließlich einer chirurgischen Exploration

T	Primärtumor
Tis	präinvasives Karzinom (Carcinoma in situ)
T0	keine Evidenz für einen Primärtumor
T1, T2, T3, T4	Evidenz zunehmender Größe u./o. lokaler Ausdehnung des Primärtumors
TX	Die Minimalerfordernisse zur Bestimmung des Sitzes oder Ausbreitungsgrades des Primärtumors liegen nicht vor
N	Regionäre Lymphknoten
N0	keine Evidenz für einen Befall regionärer Lymphknoten
N1, N2, N3	Evidenz zunehmenden Befalls regionärer Lymphknoten
N4	Evidenz des Befalls juxta-regionärer Lymphknoten

NX	Die Minimalerfordernisse zur Beurteilung der regionären Lymphknoten liegen nicht vor
M	Fernmetastasen
M0	keine Evidenz für Fernmetastasen
M1	Evidenz für Fernmetastasen Diese Kategorie kann spezifiziert werden: PUL Lunge MAR Knochenmark OSS Knochen PLE Pleura HEP Leber SKI Haut BRA Hirn EYE Augen LYM Lymphknoten OTH Andere
MX	Die Minimalerfordernisse zur Beurteilung des Vorhandenseins von Fernmetastasen liegen nicht vor.
C1	Evidenz allein aufgrund klinischer Untersuchung
C2	Evidenz unter Zuhilfenahme spezieller diagnostischer Hilfsmittel
C3	Evidenz allein aufgrund chirurgischer Exploration
C4	Evidenz der Krankheitsausdehnung nach erfolgter definitiver chirurgischer Behandlung einschließlich der vollständigen Untersuchung des therapeutisch gewonnenen Resektionspräparates C4 (entspricht der pTNM-Klassifikation).
C5	Evidenz aufgrund der Autopsie

## **2. Postoperative histopathologische Klassifikation (pTNM-Klassifikation)**

in Ergänzung oder Abänderung der prätherapeutischen klinischen Klassifikation aufgrund der bei einem chirurgischen Eingriff und bei der histopathologischen Untersuchung des Resektionspräparats gewonnenen Erkenntnisse

**p** = histologische Stadienbestimmung am Operationspräparat

**G** = histologische Bestimmung des Malignitätsgrades

pT	Primärtumor (pTis, pT0-pT4, pTX)
G	histopathologisches Grading (G1-G3, GX) - optional
L	Einbruch in das Lymphsystem (L0-L2, LX) - optional
V	Einbruch in die Venen (V0-V2, VX) - optional
pN	regionäre Lymphknoten (pN0-pN4, pNX)
pM	Fernmetastasen (pM0, pM1, pMX)

Quelle: Anmerkung zur TNM-Klassifikation

Psychembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH & CoKG

### **Anmerkung:**

Ergibt sich bei einem Tumor, bei dem primär (prätherapeutisch histologisch gesichert) ein T3-Stadium vorlag, nach radiochemotherapeutischer Behandlung bei der nachfolgenden Tumoroperation ein Stadium pTispNopM0, so ist nach Auffassung des Sachverständigenbeirats auch nach der Behandlung das Tumorstadium pT3 zugrunde zu legen, wenn dieses Stadium vor der Behandlung histologisch und klinisch gesichert war (Beirat vom 10. November 2004: „Wertigkeit von T und pT im TNM-System“).

## Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht
AHP	Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) - früher „... nach dem Schwerbehindertengesetz“
Beirat	Sachverständigenbeirat - ärztlicher Sachverständigenbeirat (AHP „Sektion Versorgungsmedizin“ bis 2002 beim BMAS (VersMedV § 3 „ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (ab 1.1.2009 beim BMAS, 2002-2005 beim BMGS, ab 2005 beim BMAS)
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMAS	bis 2002 - Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ab 2005 - Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMGS	2002 - 2005 - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung - ab 2005 BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Zuständigkeit für Rente wieder beim BMAS)
BSG	Bundessozialgericht
Bt-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
EQ	Entwicklungsquotient
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolgen (früher MdE)
GG	Grundgesetz
LSG	Landessozialgericht
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
RdfunkBeitrStVtr	Rundfunkbeitragsstaatsvertrag
RGebStV	Rundfunkgebührenstaatsvertrag
SchwBawV	Schwerbehindertenausweisverordnung
SchwBG	Schwerbehindertengesetz
SG	Sozialgericht
SGB I	Erstes Buch Sozialgesetzbuch (Allgemeiner Teil)
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (Schwerbehindertengesetz)
SGB VI	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Rentenversicherung)
SGB X	Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz)
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Pflegeversicherung)
StVO	Strassenverkehrsordnung
SVB	Sachverständigenbeirat
TOP	Tagesordnungspunkt
VersMedV	Versorgungsmedizin-Verordnung
VMG	Versorgungsmedizinische Grundsätze (Anlage zu § 2 der VersMedV)
VwV-StVO	Verwaltungsvorschriften zur Straßenverkehrsordnung

Textformat der Versorgungsmedizinischen Grundsätze

Textformat der AHP 2008 und außer Kraft getretener VMG

## **Text der Versorgungsmedizin-Verordnung**

„Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412), die zuletzt durch Artikel 27 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist“ - **Stand: Zuletzt geändert durch (Art. 26 (Anlage) zum 20.12.2019)**, Art. 27 (§ 1, (Anlage) zum 1.1.2024) **G v. 12.12.2019 I 2652**  
(*zuvor geändert durch: - Art. 1 der VO vom 1.1.2010 (BGBl. I S. 249 (Anlage); - Art. 1 der VO vom 14.7.2010 (BGBl. I S. 928)(Anlage); - Art. 1 der VO vom 17.12.2010 (BGBl. I S. 2124) (Anlage); - Art. 1 der VO vom 28.10.2011 (BGBl. I S. 2153) (Anlage); - Art. 1 der VO vom 11.10.2012 (BGBl. I S. 2122) ) (Anlage); - Art. 18 Abs. 4 des BTHG vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) (§ 3 Abs. 6 neu, Anlage); - Art. 18 des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2541) (§ 4 neu zum 1.1.2018))*)

### **Verordnung zur Durchführung des**

### **§ 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des**

### **Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)**

#### **Eingangsformel**

Auf Grund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 32 Buchstabe i des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:

#### **§ 1 Zweck der Verordnung**

Diese Verordnung regelt die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung.

#### **§ 2 Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“**

Die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien sind in der Anlage zu dieser Verordnung als deren Bestandteil festgelegt. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt.

#### **§ 3 Beirat**

(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.

(2) Der Beirat hat 17 Mitglieder, und zwar

1. acht versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,



2. eine Ärztin oder einen Arzt aus dem versorgungsgärtlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr,
3. acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.

(3) Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden.

(4) Die Mitglieder des Beirats werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von vier Jahren berufen. Wiederwahl ist möglich. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist berechtigt, Beiratsmitglieder jederzeit ohne Angabe von Gründen abzuberufen. Ein Beiratsmitglied kann jederzeit seine Abberufung beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben. Nach Ausscheiden eines Mitglieds erfolgt eine Neuberufung für den restlichen Zeitraum der Berufenungsperiode. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und bestimmt durch Wahl aus seiner Mitte den Vorsitz und die Stellvertretung. Die Geschäftsführung des Beirats liegt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, welches zu den Sitzungen einlädt und im Einvernehmen mit dem vorsitzenden Mitglied die Tagesordnung festlegt.

(5) Die Beratungen des Beirats sind nicht öffentlich. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein persönliches Ehrenamt, das keine Vertretung zulässt. Die Mitglieder des Beirats unterliegen keinerlei Weisungen, üben ihre Tätigkeit unabhängig und unparteilich aus und sind nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt auch für die in Absatz 3 genannten Personen.

(6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen und Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht auf Bundesebene erhalten ein Mitberatungsrecht im Beirat. Der Deutsche Behindertenrat benennt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales hierzu zwei sachverständige Personen für den Zeitraum der Berufenungsperiode des Beirats. Er berücksichtigt dabei die Anliegen von Verbänden, die die Belange von Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht vertreten, auch soweit sie nicht Mitglieder des Deutschen Behindertenrates sind. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Geschäftsordnung des Beirats gilt auch für die vom Deutschen Behindertenrat benannten Personen.

#### **§ 4 Beschlüsse**

Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit der nach § 3 Absatz 2 berufenen Mitglieder gefasst.

#### **§ 5 Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

#### **Schlussformel**

Der Bundesrat hat zugestimmt.

**Anlage** zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008

### **Text der Versorgungsmedizin-Verordnung**

vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412)

- zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften (ReRaG k.a.Abk.) - G. v. 17.07.2017 BGBl. I S. 2541 (Nr. 49); **Geltung ab 25.07.2017: § 4 wird neu gefasst.**

vorhergehende Änderung: Artikel 18 - Absatz 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234): (4) Die Versorgungsmedizin-Verordnung die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2122) geändert worden ist, wird wie folgt geändert: 1. Dem § 3 wird Absatz 6 angefügt.

2. Die Anlage zu § 2 wird wie folgt geändert: Teil D Nummer 3 wird aufgehoben.

### **Verordnung zur Durchführung des**

### **§ 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des**

### **Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)**

#### **Eingangsformel**

Auf Grund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 32 Buchstabe i des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:

#### **§ 1 Zweck der Verordnung**

Diese Verordnung regelt die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung.

#### **§ 2 Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“**

Die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien sind in der Anlage zu dieser Verordnung als deren Bestandteil festgelegt. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt.

#### **§ 3 Beirat**

(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsz ärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.

(2) Der Beirat hat 17 Mitglieder, und zwar

1. acht versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,
2. eine Ärztin oder einen Arzt aus dem versorgungsz ärztlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr,

3. acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.

(3) Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden.

(4) Die Mitglieder des Beirats werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von vier Jahren berufen. Wiederwahl ist möglich. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist berechtigt, Beiratsmitglieder jederzeit ohne Angabe von Gründen abzuberufen. Ein Beiratsmitglied kann jederzeit seine Abberufung beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben. Nach Ausscheiden eines Mitglieds erfolgt eine Neuberufung für den restlichen Zeitraum der Berufenungsperiode. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und bestimmt durch Wahl aus seiner Mitte den Vorsitz und die Stellvertretung. Die Geschäftsführung des Beirats liegt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, welches zu den Sitzungen einlädt und im Einvernehmen mit dem vorsitzenden Mitglied die Tagesordnung festlegt.

(5) Die Beratungen des Beirats sind nicht öffentlich. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein persönliches Ehrenamt, das keine Vertretung zulässt. Die Mitglieder des Beirats unterliegen keinerlei Weisungen, üben ihre Tätigkeit unabhängig und unparteilich aus und sind nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt auch für die in Absatz 3 genannten Personen.

*(6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen und Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht auf Bundesebene erhalten ein Mitberatungsrecht im Beirat. Der Deutsche Behindertenrat benennt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales hierzu zwei sachverständige Personen für den Zeitraum der Berufenungsperiode des Beirats. Er berücksichtigt dabei die Anliegen von Verbänden, die die Belange von Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht vertreten, auch soweit sie nicht Mitglieder des Deutschen Behindertenrates sind. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Geschäftsordnung des Beirats gilt auch für die vom Deutschen Behindertenrat benannten Personen.*

#### **§ 4 Beschlüsse**

Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder gefasst. Zur Beschlussfassung ist die Anwesenheit von mindestens zwölf Mitgliedern erforderlich.

#### **§ 5 Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

#### **Schlussformel**

Der Bundesrat hat zugestimmt.

**Anlage** zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008

# Index

## A

Abhängigkeit .....176  
 Ablauf des täglichen Lebens ..... 34  
   geistig-seelische Existenz ..... 65  
   Gesamt-GdB/GdS .....46  
   Hilflosigkeit ..... 60, 75  
   Schwerhörigkeit .....207  
   Schw XI § 14.....69  
   verschiedene Bereiche ..... 39  
 Abschmelzung .....116  
 abstoßend ..... 172, 350  
   Merkzeichen RF ..... 520, 521  
 Achondroplasie.....367  
 Adipositas.....330  
   Merkzeichen aG .....492  
   Merkzeichen G .....455  
 Agnosie .....151  
   Hirnschaden ..... 95  
   Merkzeichen B .....471  
   Merkzeichen G .....455  
   Merkzeichen RF .....512  
   visuelle .....93  
 Alimentäre Fettsucht .....330  
 Alkoholkrankheit .....174  
   Merkzeichen G .....455  
 Alpha-1-Antitrypsinmangel226, 329  
 Altersrente ..... 51, 52, 548  
 Analphabetismus ..... 81, 456  
 Anämie .....264, 287, 340, 342, 346,  
   365  
   Merkzeichen G .....455  
 Aneurysmen .....252  
 Anfallsleiden .....28  
   epileptisch .....154  
   Hilflosigkeit ..... 61  
   Merkzeichen aG .....493  
   Merkzeichen B .....472  
   Merkzeichen G .....439, 448, 456  
 Anhörung ..... 17, 112, 115, 127  
   Merkzeichen G .....464  
 Anorexia nervosa .....265  
 Antidiabetica .....326  
 Antidiabetika .....313  
 Aortenklappenersatz .....244  
 Aphasie .....151  
   Merkzeichen B .....471  
   Merkzeichen G .....456  
   Merkzeichen RF .....524

Arbeitgeber .....47  
 Arterielle Verschlusskrankheiten  
   .....250  
   Merkzeichen aG .....493  
   Merkzeichen G .....457  
 Arthrosen ..... 24, 359, 394  
 Aseptische Nekrosen .....383  
 Augentumor .....196

## B

Bandscheibenoperation .... 358, 376  
 Basalzellkarzinom ..... 139, 357  
 Bauchspeicheldrüse ...226, 272, 281  
 Bechterew-Krankheit..... 360, 362  
 Befund ..... 17, 67, 130, 374, 579  
   objektiver .....572  
 Begründungsmängel..... 57  
 Behinderung ..... 10  
   Begutachtungsrichtlinie .....544  
   Definition .....11  
   Steuerermäßigung .....550  
   Vorteilsgewährung .....548  
 Beidseitige Gliedmaßen .....378  
 Bein .....390  
 Beinlängendifferenz .....393  
 Belastungsstörung .....171  
 Berufliche Betroffenheit.....20  
   Merkzeichen aG .....494  
   Merkzeichen RF .....515  
 Bescheid  
   Abänderung .....98  
   Anerkennungs- ..... 16  
   Bezeichnungen ..... 15  
   Bindungswirkung .....21  
   Feststellungs- ..... 36  
   Überprüfung .....111  
   Umdeutung ..... 109, 126  
   Vorbescheid .....102  
 Beurteilung nach Aktenlage .....570  
 Bewegungsstörung .....170  
   Merkzeichen RF .....522  
 Beweiserleichterung .....104  
 Beweislast ..... 18  
 Bewertungsvorgabe VMG .....145  
 Bezeichnung  
   der Behinderung .....15  
   medizinisch-diagnostisch ..... 16  
 Biguanide ..... 313, 326  
 Blasenekstrophie .....293

Blindheit .....	92, 96
Hilflosigkeit .....	61
Merkzeichen aG .....	482
Sehorgan .....	185
Bronchialasthma .....	228
Bronchialkarzinom .....	227
Heilungsbewährung .....	133
Bundesteilhabegesetz .....	436, 475
BVG	
§ 1 .....	411, 412, 547
§ 30 .....	136, 385, 515
§ 30 Abs. 1 .....	15, 20, 25, 421
§ 30 Abs. 17 .....	546
§ 30 Abs. 2 .....	20
§ 31 .....	149
§ 35 .....	64, 547
§ 38 .....	17
§ 62 .....	110
Bypass .....	245

**C**

Carcinoma in situ (Cis) .....	301, 592
Heilungsbewährung .....	129
CFS .....	361, 364
Child .....	277
Chondrodysplasie .....	367
chronisches Leiden .....	266
Cluster-Kopfschmerz .....	145
Cochlearimplantat .....	200
Crohn-Krankheit .....	264

**D**

Darmstörung .....	262
Merkzeichen RF .....	520
Darmtumor .....	267
dauernd	
Merkzeichen G .....	457
Demenzerkrankte .....	24, 150
Merkzeichen aG .....	494
Dermatomyositis .....	352
Merkzeichen aG .....	494
Diabetes mellitus .....	472
Behinderung .....	322
Bewertungsvorgaben .....	313
Einbuße d. Beweglichkeit .....	532
Einstellbarkeit .....	321
Einzelfälle .....	326
Kinder .....	324
Merkzeichen B .....	472
Merkzeichen G .....	449
Diabetes mellitus Typ I und II	
frühere Rechtslage .....	314
jetzige Rechtslage .....	316

Rechtsprechung .....	319
Diagnose .....	18
klinische .....	15
medizinische .....	43, 578
Dialyse .....	287
Merkzeichen B .....	472
Down-Syndrom .....	76, 160
Merkzeichen aG .....	495
Merkzeichen RF .....	522
Drogenabhängigkeit .....	175
Dukes .....	268
Dystonie .....	169

**E**

Ehlers-Danlos-Syndrom .....	352
Einzel-GdB/GdS .....	14, 35
Ektodermaldysplasie .....	355
Ellenbogen .....	386
Endoprothesen .....	380
Entstellung .....	350, 356
Gesicht .....	137, 142
Entwicklungsquotient .....	157
Epileptische Anfälle .....	154

**F**

Facharzt .....	574
Fettleber .....	278
Fibromyalgie .....	361
Merkzeichen G .....	458
FMS .....	362
Freistellung von Mehrarbeit .....	549
Fristen .....	108, 124
Fuß .....	390, 391, 396

**G**

Galle .....	279
GdB .....	545, 550
GdB/GdS .....	10, 11
10er-Werte der Tabelle .....	26
Begründung .....	579
Behinderung .....	11
chronisches Leiden .....	28
Feststellung .....	102
Funktionssysteme .....	26
für die Zukunft .....	29
Lebensalter	
Abgrenzung .....	24
typischer Zustand .....	23
MdE-Unfallversicherung .....	21
Nachteilsausgleich .....	21
rückwirkende Feststellung .	50,
141, 527	
Schmerzen .....	32

Seelische Begleiterscheinungen	130
.....	29
Tod.....	28
ungerader Wert Auge.....	191
ungerader Wert Hörorgan.....	201
unter 10.....	13
GdS.....	10, 547
Gebärmutter.....	304
Harninkontinenz.....	310
Gebrauchsunfähigkeit.....	398
Gehörlose.....	507
Merkzeichen B.....	470
Merkzeichen G, GI.....	440
Geistige Behinderung	
Hilflosigkeit.....	61
Merkzeichen aG.....	487, 496
Merkzeichen G.....	450
Geistige Entwicklung.....	159
genetisch	
Heilungsbewährung.....	134
Krebs.....	303
Leber.....	141
Gesamt-GdB/GdS.....	14, 573
Ablauf des täglichen Lebens....	34
Bewertungsgrundlage.....	46
Eckpunkte.....	38
einstweilige Anordnung.....	59
Einzel-GdB/GdS.....	35
Rechtsprechung.....	43
von 10 / von 20.....	41
Funktionsbeeinträchtigungen.....	34
Heilungsbewährung.....	140
med. Sachverständiger.....	37
Merkzeichen G.....	447
Gesichtsfeld.....	184
Gesichtsfeldausfälle.....	195
Gleichstellung.....	47
Merkzeichen aG.....	496
Granulosazelltumor.....	135
Grundrecht.....	18
Gutachtliche Untersuchung.....	572
<b>H</b>	
HAI.....	273, 276
Halbseitenblindheit.....	195
Merkzeichen B.....	472
Hämophilie.....	347
Hand.....	387
Harninkontinenz.....	292
Merkzeichen RF.....	518
Harnorgan.....	283
Heilungsbewährung.....	129
Beginn.....	130
Brustdrüsentumor.....	300
Cis.....	139
Einzelfälle.....	138
Herzinfarkt.....	31
Magengeschwür.....	140
Psychose affektiv.....	173
und anderes Leiden.....	140
Hemianopsie.....	195
Merkzeichen G.....	459
Hepatitis.....	274
Herzinfarkt.....	241
Heilungsbewährung.....	129
Herzkrankheiten.....	241
Leistungsfähigkeit.....	243
Merkzeichen G.....	248, 458
Herzleistungsschwäche	
Merkzeichen RF.....	524
Herztransplantation.....	247
Merkzeichen aG.....	497
Merkzeichen B.....	472
Herzwandaneurysma.....	246
Hilflosigkeit.....	432, 434, 547
Ablauf des täglichen Lebens....	60
Anspruchsvoraussetzungen....	63
Einkommensteuergesetz...60, 63	
Kinder.....	74
Anfallsleiden.....	78
Antikoagulantienbehandlung	
.....	83
Bronchialasthma.....	83
Diabetes mellitus.....	84
Down-Syndrom.....	76
Entwicklungsstörungen.....	77
Hämophilie.....	87
Immundefekte.....	87
Leukämie.....	87
LKGS.....	82
Mukoviszidose.....	85
Nahrungsmittelallergie.....	88
Nebenrindeninsuffizienz.....	84
Osteogenesis imperfecta....	88
Sehbehinderung.....	78
Stoffwechselkrankheiten....	85
Taubheit.....	79
wesentliche Änderung.....	89
Zöliakie.....	88
Merkzeichen B.....	469
Merkzeichen H.....	62
persönliche Existenz.....	64
Pflegebedürftigkeit.....	61
Rollstuhl.....	68

Zeitlicher Umfang der Hilfe ..... 66	Merkzeichen G..... 460
Hilfspersonen..... 516	Kinder
Hirnoperation..... 147	Altersgrenzen ..... 76
Hirnschaden..... 146	Aphasie ..... 199
Bewertung Syndrome ..... 150	Diabetes ..... 324
Gesamtbewertung ..... 148, 591	Herzkrankheit..... 244
Hilflosigkeit ..... 61	Merkzeichen B ..... 469, 472
Kinder ..... 148	Merkzeichen G..... 460
Hirnstörungen	Merkzeichen H..... 74
kognitiv..... 151	Merkzeichen RF ..... 526
organisch-psychische ..... 150	Untersuchungsverfahren..... 579
Hirntumor ..... 155	Kinderlähmung..... 180
Histaminintoleranzsyndrom ..... 351	Kinderwunsch
histopathologisches Staging ..... 140	in jüngerem Lebensalter 295, 304
HIV-Infektion..... 348	Wesentliche Änderung der
Merkzeichen G ..... 459	Verhältnisse ..... 112
Merkzeichen RF ..... 524	Klageverfahren ..... 55, 114
Hochgradige Sehbehinderung..... 92	Kleinkinder
Hörbehinderung..... 197	Entwicklung..... 156
Merkzeichen RF ..... 512	Sehstörung ..... 190
Hörverlust ..... 202	Taubheit..... 198
Hüftgelenke ..... 391, 583	Kleinwuchs..... 263, 367
Merkzeichen G ..... 459	Merkzeichen aG..... 497
Hydrozephalus..... 148, 180	Knie ..... 393
hyperaktiv ..... 156, 166	Kniegelenk ..... 583, 586
Hypercholesterinämie ..... 330	Merkzeichen G..... 461
Hypertonie ..... 232, 256	Knochenmarktransplantation ... 346
Hypoglykämie ..... 313, 323	Knochenentumore ..... 138
Hypophysenvorderlappeninsuffizienz ..... 326	Kolektomie..... 265, 271
<b>I</b>	Kontaktallergie ..... 351
Immundefekte..... 348	Kontaktlinsen..... 186, 190
Impotentia coeundi ..... 295	Kopfschmerzsyndrom ..... 144, 145
Insulindosierpumpenträger ..... 325	Koronardilatation..... 245
<b>K</b>	Krebserkrankung..... 131
Karthagener Syndrom ..... 335	Zeitpunkt ..... 141
Karzinoid ..... 262	Kündigungsschutz ..... 549
Darm..... 267	<b>L</b>
Heilungsbewährung ..... 135	Lähmungen
Karzinom ..... 592	Merkzeichen aG..... 497
Harnblasenschleimhaut 138, 291	Rückenmarkschäden..... 179
Heilungsbewährung ..... 134	LDL-Apherese ..... 329
Leber ..... 140, 278	Lebertransplantation..... 278, 279
Magen ..... 262	Merkzeichen G..... 461
Nase Mund ..... 139	Leukämie..... 341, 342
Prostata..... 298	Intensiv-Therapie..... 87, 339
Rektum..... 270	Merkzeichen G..... 461
Katarakt..... 191	myeloische ..... 342
Kehlkopfkarzinom ..... 218	Lider ..... 192
Kehlkopflohe ..... 218	Linksherzunterstützungssystem 246
Merkzeichen B ..... 473	Merkzeichen B ..... 473
	Linsenverlust..... 187

## Index

Lungenerkrankung .....	225
Lungentuberkulose .....	238
Lymphom .....	340
Non-Hodgkin .....	341

### M

Magenentfernung .....	261
Magengeschwür .....	260
Marcumar .....	225, 226, 244
Mastektomie - Verlust der Brust .....	300
Mehraufwendungen .....	517
Mehrbedarf Merkzeichen G .....	461
Melanom .....	357
Heilungsbewährung .....	132
Menschenwürde .....	519
Merkzeichen „BL“ .....	91
Merkzeichen aG .....	434, 474
§ 229 (§ 146) Abs. 3 SGB IX .....	474
Beurteilung .....	490
Doppelunterschenkelamputiert .....	494
Einstweilige Anordnung .....	495
innere Organe .....	489
Prothese .....	499
rechtliche Konsequenzen .....	490
StVO .....	479, 482
Verfahren nach SGB IX .....	483
Verschlimmerungsgefahr .....	490
Merkzeichen B .....	466
Regelbeispiel .....	469
Merkzeichen G .....	438, 439
Merkzeichen Gl .....	199, 507
Merkzeichen RF .....	509
Einzelfälle .....	521
Härtefall .....	515
individuelle Situation .....	516
Seh- und Hörbehinderung .....	512
Zeuge .....	527
Migräne .....	144
Mindest-GdB .....	55
Merkzeichen aG .....	480, 497
Mitralklappenprolaps .....	246
Mitwirkungspflicht .....	56, 576
Müdigkeitssyndrom .....	361
Mukoviszidose .....	334
Merkzeichen B .....	335, 473
Merkzeichen H .....	334
Multiple Sklerose .....	180
Merkzeichen aG .....	498
Muskelatrophie .....	366

Muskelschwäche .....	444
----------------------	-----

### N

Nachteilsausgleich .....	528, 551
Entziehung .....	106
Merkzeichen .....	551
Merkzeichen G .....	454
rückwirkende Feststellung .....	464
Verzahnung .....	464
Narkolepsie .....	154
Nasennebenhöhlenentzündung .....	212
Nervenausfälle .....	389
Neurogenes Hinken .....	377
Merkzeichen G .....	462
neurologische Begutachtung Grundlagen .....	146
Narkolepsie .....	155
Parkinson Syndrom .....	153
Schädel-Hirntrauma .....	147
Neutral-o-Methode .....	23, 581, 588
Niere Karzinom .....	289
Kreatininwerte .....	286
Merkzeichen G .....	462
Tumor .....	288
USRDS .....	287
Nierentransplantation .....	83, 288
Nr. 36 AHP 2008 .....	428
Nr. 47 AHP 2008 .....	430

### O

Oberschenkelamputierte Merkzeichen aG .....	498
Ödembildung .....	255
Öffentliche Veranstaltungen .....	516
Ohnarmer - Merkzeichen G .....	457, 462
Ohnhänder .....	462
Organtransplantation Merkzeichen RF .....	526
Orientierungsfähigkeit Merkzeichen G .....	439, 462
Osteogenesis imperfecta .....	368
Osteoporose .....	359

### P

Parkinson .....	153
Merkzeichen aG .....	499
Penisprothese .....	294
Persönlichkeitsstörungen .....	158
Plasmozytom .....	341
Polyarthrits .....	88, 359
Polyneuropathien .....	182
Primärtumor .....	134, 138, 592, 594



Prostatakarzinom ..... 138  
 Prozesskostenhilfe ..... 59  
 Pseudarthrosen ..... 379  
   Merkzeichen aG ..... 500  
 psychische Erkrankung ..... 166  
   Einbuße d. Beweglichkeit ..... 533  
   Hilflosigkeit ..... 61  
   Merkzeichen G ..... 452  
   Rente ..... 21

**Q**

Querschnittslähmung ..... 179, 432  
   Beruf und Merkzeichen RF ..... 526  
   Hilflosigkeit ..... 61  
   Merkzeichen aG ..... 486

**R**

Refluxkrankheit ..... 259  
 Regelbeispiele  
   Merkzeichen G ..... 443, 445  
 Rente - SGB VI ..... 169  
 Restless-Legs-Syndrom ..... 237  
 Rett-Syndrom ..... 500  
 Rollator  
   Merkzeichen aG ..... 500, 503  
 Rollstuhl ..... 520  
   Merkzeichen aG ..... 487, 502, 506  
 Rückenmarkschäden ..... 179

**S**

Sachverständiger ..... 573  
 Salmonellendauerausscheidung ..... 271  
 Sarkoidose ..... 239  
 Säuglinge Kleinkinder  
   Herzleistung ..... 240  
   Merkzeichen aG ..... 474  
   Merkzeichen B ..... 466  
   Merkzeichen G ..... 438  
   Pflegezulage ..... 433  
 Schädel-Hirntrauma ..... 147  
 Schädigungsfolgen .. 10, 16, 27, 399,  
   424, 536, 544, 547  
 Scheuermann Krankheit ..... 375  
 Schilddrüsentumor ..... 336  
 Schlaf-Apnoe-Syndrom ..... 232  
 Schmerz  
   chronisch ..... 143, 577  
 Schmerzen ..... 32, 358  
   Merkzeichen aG ..... 500, 505  
   Merkzeichen G ..... 463  
 Schmerzstörung ..... 171  
 Schreibkrampf ..... 385  
 Schulter ..... 386

Schwerbehindertenausweis .. 50, 53,  
 111, 435, 476, 480, 510, 528,  
 534, 565  
 Schwerkriegsbeschädigte ..... 528  
 sechs Monate ..... 13, 63, 69, 104  
 Sehbehinderung ..... 183  
   Beurteilung ..... 589  
   Gesamtbeeinträchtigung ..... 190  
   Merkzeichen B ..... 471  
   Merkzeichen G ..... 450  
   Merkzeichen RF ..... 512  
 Sehorgan ..... 183  
   Goldmann-Perimeter ..... 184  
 Sehschärfe ..... 188  
 SGB I § 65 Mitwirkungspflicht ... 275  
 SGB IX ..... 548  
   (§ 69) ..... 565  
   (§ 69) Abs. 1 ..... 20, 25, 547  
   (§ 69) Abs. 4 ..... 476, 510  
   § 145 ..... 567  
   § 146 ..... 436, 568  
   § 152 (§ 69) ..... 36, 558  
   § 152 (§ 69) Abs. 1 ..... 15, 26, 49  
   § 152 (§ 69) Abs. 2 ..... 21, 22  
   § 168 (§ 85) Kündigungsschutz  
     ..... 549  
   § 2 ..... 12, 48, 557, 565  
   § 207 (§ 124) Mehrarbeit ..... 549  
   § 208 (§ 125) Zusatzurlaub ..... 550  
   § 228 (§ 145) ..... 440, 454, 560  
   § 229 (§ 146) ..... 440, 452, 562  
 SGB VI § 236a (§ 37) Altersrente ..... 549  
 SGB VIII § 7 - Kindbegriff ..... 231  
 SGB X  
   § 24 Anhörung ..... 17  
   § 44 ..... 118  
   § 44, § 45, § 48 ..... 98  
   § 45 ..... 122  
   § 48 ..... 102  
   § 48 Abs. 2 ..... 116  
   § 48 Abs. 3 ..... 116  
 SGB XI Pflegeversicherung  
   §§ 14, 15 ..... 69, 71  
 Soziale Anpassungsschwierigkeiten  
   ..... 166  
 Sozialmedizin ..... 574  
 Spätrezidive ..... 133  
 Sphinkterprothese ..... 292  
 Stammzelltransplantation ..... 346  
 Stentimplantation ..... 246  
 Steuerermäßigungen ..... 52, 550  
 Stoffwechselkrankheit ..... 226

Stomaträger .....267  
 Merkzeichen B .....471  
 Merkzeichen G .....463  
 Stottern .....220  
 Stuhlinkontinenz  
 Merkzeichen aG .....501

**T**

Taubheit .....507  
 Merkzeichen G .....450  
 Teilleberspende .....279  
 Teilleistungsschwäche .....160  
 TIN .....297  
 Tinnitus .....209, 211, 590  
 Merkzeichen RF .....512  
 TNM-Klassifikation ..... 268, 592  
 Trainingsmangel  
 Merkzeichen G .....464  
 Tumor  
 Brustdrüse .....301  
 Carcinoma in situ (Cis) .....138  
 Darm .....268  
 Eierstock .....308  
 Granulosazelltumor .....308  
 Haut .....357  
 Heilungsbewährung ..... 29, 129  
 Hirntumor .....155  
 histopathologisches Staging ..140  
 Hoden .....297  
 Kazinoid .....135  
 Kehlkopf .....218  
 Korpustumor .....307  
 Leber .....278  
 Metastase .....138  
 Nase ..... 213, 214  
 Niere .....288  
 Psychische Belastung .... 133, 138  
 Rezidive .....131  
 Scheide .....311  
 Schilddrüse ..... 131, 132, 336  
 Spätrezidive .....133  
 Stadieneinteilung .....592  
 Tumordiagnostik .....134

**U**

Umweltkrankheiten CFS, FMS, MCS  
 .....363  
 Unfallversicherung .....20, 385, 407  
 Unterarmstützen .....473  
 Urinalträger .....290

**V**

Vaskulitiden .....360  
 Verbrennungsfolgen .....354

Verfahren

Anfechtungsklage- .....115  
 Berufungs- .....55  
 Feststellungs- .. 18, 434, 464, 547  
 Herabsetzungs- ..... 17, 115  
 Klage- .....114  
 nach § 48 SGB X .....313  
 nach SGB IX ..... 16, 546  
 Nachteilsausgleich- .....21  
 Verfahrensmangel .....571  
 Verpflichtungs- .....114  
 Widerspruchs- . 59, 102, 112, 120  
 Verlust Gliedmaße  
 Gebrauchsunfähigkeit .....384  
 Unfallversicherung .....385  
 Verrichtung ..... 432, 532  
 Versorgungsmedizin-Verordnung  
 Änderung .. 77, 78, 164, 175, 183,  
 187, 269, 289, 314, 339, 344,  
 361, 380, 381, 399, 449, 461  
 Text ..... 542, 596  
 Vertrauen, schutzwürdig .....123  
 Vorbescheid .....110  
 Vorgeschichte .....578

**W**

Wegstrecke  
 Erschöpfungsbild .....488  
 Merkzeichen aG ..... 486, 502  
 Ortsübliche .....438  
 Merkzeichen G ..... 442, 457  
 Werkstätten .....161  
 Wesentliche Änderung der  
 Verhältnisse ..... 98, 104, 266  
 anderweitige Besserung .....107  
 Beweiserleichterung .....104  
 chronisches Leiden .....113  
 Einzelfälle .....112  
 Heilungsbewährung ..... 98, 107  
 Leidensumfang ..... 98  
 Maßstab fehlerhafter .....106  
 Maßstab geändert .....108  
 Nachteilsausgleich .....98  
 Rechtsprechung .....112  
 SGB X § 48 .....102  
 Verdacht - schwere Krankheit  
 .....106  
 Windelbenutzung .....520  
 Wirbelsäulenschäden .....370  
 Einbuße d. Beweglichkeit .....534  
 Klassifizierung .....374  
 Postdiskotomiesyndrom .....376

---

Schmerzangabe .....	376	Zeitpunkt.....	113, 119, 122, 266
schwere.....	371	Änderung der Verhältnisse.....	50
Skoliosewinkel.....	375	Bescheid .....	102
Spondylolisthesis .....	375	gerichtliche Entscheidung .....	13
Wohnsitz .....	48	Operation .....	130
Wohnung		Zeugungsunfähigkeit .....	296
Merkzeichen RF .....	516	Zöliakie .....	267
Pflegebedürftigkeit.....	69	Zusatzurlaub - Anspruch auf.....	550
<b>Z</b>		Zwangsstörung.....	172
Zehn-Jahres-Frist.....	111	Zweijahresfrist.....	104, 124

## Versorgungsmedizinische Grundsätze - Kommentar

(Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 - ehemals Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit -)

### Kommentar

von

Martin Schillings, Richter am Sozialgericht

Ulrich Wendler, Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen a.D.

10. überarbeitete Auflage

ISBN 978-3-9808427-9-2

---

### Sozialmedizinischer Verlag

#### zuvor erschienene Kommentare:

- 2000 1. Auflage - „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (...) nach dem Schwerbehindertengesetz“ Kommentar
- 2002 2. Auflage - ISBN: 3-9808427-0-3 - Schwerbehindertenrecht, Erwerbsminderungsrenten, Pflegestufen - Kommentar
- 2005 3. Auflage ISBN: 978-3-9808427-2-3 Sozialrecht - Begutachtungsrelevanter Teil - (AHP 2004 - AHP 2005)
- 2010 4. Auflage - ISBN: 978-3-9808427-3-0 Sozialrecht - Begutachtungsrelevanter Teil (AHP 2008 - VMG 2009)

#### Versorgungsmedizinische Grundsätze - Kommentar |

#### Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung |

(Ehemals: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit)

- 2012 5. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-4-7
- 2013 6. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-5-4
- 2015 7. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-6-1
- 2017 8. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-7-8
- 2018 9. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-8-5
- 2020 10. überarbeitete Auflage - ISBN 978-3-9808427-9-2

#### Herausgeber:

Sozialverband VdK Deutschland e.V., Linienstr. 131, 10115 Berlin

**Alleinvertrieb:** Sozialmedizinischer Verlag - Inh. Dorothea Strake  
Dorfstr. 31, 34399 Wesertal

**eMail:** [post@anhaltspunkte.de](mailto:post@anhaltspunkte.de)

**Internet:** [www.anhaltspunkte.de](http://www.anhaltspunkte.de) und [www.versorgungsmedizin.de](http://www.versorgungsmedizin.de)

**Gestaltung:** Dorothea Strake, Wesertal

## **So bleiben Sie immer auf dem neuesten Stand! unsere CD „Sozialrecht“**

**bietet ihnen neben dem Inhalt dieses Buches noch weitere 20.000 Seiten Informationen.**

- Ca. 2000 Urteile und Beschlüsse des SVBs im Volltext, d.h. Sie haben unmittelbar Zugriff auf den vollen Text der zitierten Fundstelle.
- **Kommentare:** Asylbewerberleistungsgesetz, Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), Rechtsanwaltsvergütungsgesetz, SGB I - Allgemeiner Teil, Schwerbehindertenrecht, Soziales Entschädigungsrecht, Sozialhilfe und Verfahrensrecht (SGB X, SGG), Verzeichnis ICD 10 und Vieles mehr.
- Übernahme von Text in eigene Dokumente (unabhängig von der benutzten Textverarbeitungssoftware).
- Vorkenntnisse zur Benutzung des Programms nicht erforderlich.
- **Kostenlose Rücknahme der CD bei Nichtgefallen**
  - Auf Wunsch kostengünstiges Abo der CD (halbjährlich) mit dem Sie immer auf dem neuesten Stand bleiben, inkl. kostenlosem EMail - Service zu aktuellen Urteilen im Sozialrecht; **alles jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündbar.**

**Systemvoraussetzungen: PC mit Mac/Apple/ Windows 95b/ 98/ 2000/ Mill /NT/ XP/ Vista u.a.**

**Ich bestelle verbindlich gegen Rechnung (zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Computerprogramm „Sozialrecht“ zum Preis von 59,38 € incl. MwSt.**
- Computerprogramm „Sozialrecht“ zum Preis von 29,63 € incl. MwSt. incl. Abo der halbjährlichen Update-CD zum Preis von je 23,68 € (jederzeit ohne Frist kündbar).**

.....  
**Name/Anschrift/ EMail (Bitte deutlich schreiben)**

**Per Fax oder Post senden an  
05572-5301593**

**Sozialmedizinischer Verlag - Inh. D. Strake  
Dorfstr. 31, 34399 Wesertal**

**(Bestellung auch telef. möglich 05572-5301592)**

