

Entwurf

des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

A. Problem und Ziel

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft fortzuentwickeln. Dabei sind die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin anzuwenden. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen. Diese Empfehlungen betreffen insbesondere den neu gefassten Teil A „Gemeinsamen Grundsätze“ sowie die fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze für „Sehfunktionen und verwandte Funktionen“, für „Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems“ und für „Muskuloskeletale Funktionen“.

Die Gesamtüberarbeitung der versorgungsmedizinischen Grundsätze ist Teil des von der Bundesregierung beschlossenen Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

B. Lösung

Änderung der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Verordnung hat keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Ein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger entsteht nicht.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Ein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft entsteht nicht. Insbesondere werden mit der Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für den Bund entsteht kein Erfüllungsaufwand. Die Begutachtung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung wird von den Ländern durchgeführt. Diese Tätigkeit wird von den zuständigen Landesbehörden bereits heute wahrgenommen. Insoweit entsteht kein Mehraufwand. Ein geringer einmaliger Aufwand entsteht dadurch, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Neuregelung vertraut machen müssen. Dem steht aber gegenüber, dass durch die neu eingeführte Möglichkeit, bestimmte Feststellungen zu befristen, der Verwaltungsaufwand reduziert wird. Im Ergebnis ist damit auch für die Länder nicht von einem Mehr an Erfüllungsaufwand auszugehen.

F. Weitere Kosten

Sonstige Kosten für die Wirtschaft, Kosten für soziale Sicherungssysteme sowie Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, entstehen nicht.

Entwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Vom ...

Auf Grund des § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -, der durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) neu gefasst worden ist, und des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes, der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe f des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:

Artikel 1

Änderung Versorgungsmedizin-Verordnung

In der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I. S. 2412), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist, wird die Anlage zu § 2 wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu Teil A wird wie folgt gefasst:
„Teil A Gemeinsame Grundsätze“.
 - b) Die Angabe zu Teil A Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
„1 Grundlagen“.
 - c) Die Angabe zu Teil A Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
„2 Heilungsbewährung“.
 - d) Die Angabe zu Teil A Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
„3 Gesamt-GdB-Bildung“.
 - e) Die Angabe zu Teil A Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
„6 Verfahren“.
 - f) Die Angabe zu Teil A Nummer 7 wird wie folgt gefasst:
„7 Wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sozialen Entschädigungsrecht“.
 - g) Die Angabe zu Teil B Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
„1 (aufgehoben)“.
 - h) Die Angabe zu Teil B Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4 Sehfunktionen und verwandte Funktionen“.

i) Die Angabe zu Teil B Nummer 16 wird wie folgt gefasst:

„16 Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems“.

j) Nach der Angabe zu Teil B Nummer 18 wird folgende Nummer 19 angefügt:

„19 Muskuloskeletale Funktionen“.

2. Teil A wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Teil A Gemeinsame Grundsätze“.

b) Die Vorbemerkung und die Nummern 1 bis 3 werden durch die folgenden Nummern 1 bis 3 ersetzt:

„1 Grundlagen

1.1 Allgemeines

1.1.1 Die in der Verordnung verwendeten Bezeichnungen der Gesundheitsstörungen und die Kriterien von Definitionen richten sich in der Regel nach dem Systematischen Verzeichnis der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)¹.

1.1.2 Der Grad der Behinderung gibt die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unabhängig von der Ursache der Gesundheitsstörung wieder (finale Betrachtungsweise), der Grad der Schädigungsfolgen nur die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch schädigungsbedingte Gesundheitsstörungen (kausale Betrachtungsweise).

1.1.3 Die in Teil B als Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft genannten Werte² sind verbindlich. Vorhandene Bewertungsspannen ermöglichen es, den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen. Bei Gesundheitsstörungen, die in Teil B nicht genannt sind, ist die Teilhabebeeinträchtigung in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu bewerten.

1.1.4 Die versorgungsmedizinische Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung erfolgt gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)³ anhand des Beurteilungsmerkmals der Leistungsfähigkeit. Dies bedeutet, dass eine standardisierte Umwelt (sogenannte Standardumwelt) zu Grunde gelegt wird. Daher wird in den pauschalierenden versorgungsmedizinischen Grundsätzen eine fiktive Umwelt angewendet. Die Beeinträchtigung der Teilhabe wird vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards

¹ Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und einsehbar auf der DIMDI-Website unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>.

² In den neu gefassten Teilen dieser Verordnung wird für diese Werte einheitlich die Abkürzung GdB verwendet, während in den noch nicht überarbeiteten Teilen dafür einheitlich die Abkürzung GdS verwendet wird.

³ Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und einsehbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>. Für die Teilhabebeeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen wird die ICF-CY angewendet.

beurteilt. Als Vergleich dient die Leistungsfähigkeit eines Menschen ohne vergleichbares Gesundheitsproblem (Bevölkerungsnorm).

1.1.5 Aus dem Grad der Behinderung und aus dem Grad der Schädigungsfolgen ist nicht auf das Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit zu schließen. Der Grad der Behinderung und der Grad der Schädigungsfolgen sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf. § 30 Absatz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) bleibt unberührt.

1.2 Faktoren der Teilhabebeeinträchtigung

1.2.1 Entsprechend dem Konzept der funktionalen Gesundheit der ICF sind alle Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen, bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen. Bezogen auf Gesundheitsstörungen sind diese Faktoren die Körperfunktionen, die Körperstrukturen und die Aktivitäten. Dazu zählen insbesondere folgende mit einer Gesundheitsstörung zusammenhängende Faktoren: Art und Ausprägung der Störung, Therapieaufwand und krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen. Diese Faktoren sind im GdB für die jeweilige Gesundheitsstörung berücksichtigt.

1.2.2 Die Aktivitäten und Lebensbereiche, auf die in der Verordnung Bezug genommen wird, entsprechen der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) der ICF:

- a) Lernen und Wissensanwendung: bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung;
- b) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen;
- c) Kommunikation: Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken;
- d) Mobilität: die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen;
- e) Selbstversorgung: sich waschen, seine Körperteile pflegen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten;
- f) Häusliches Leben: Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen;
- g) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen;
- h) Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben;
- i) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, Menschenrechte, politisches Leben und Staatsbürgerschaft.

1.2.3 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung ist sowohl von der Anzahl der betroffenen Aktivitäten und Lebensbereiche als auch von der Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten abhängig. Sofern kein anderer Parameter angewendet werden kann, der das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wiedergibt, ist in dieser Verordnung die Beeinträchtigung von Aktivitäten angegeben und mit dem entsprechenden GdB belegt. Dafür wird folgende Skalierung mit ansteigender Schwere der Teilhabebeeinträchtigung angewendet: „mit Anstrengung durchführbar“, „leicht beeinträchtigt“, „stark beeinträchtigt“, „gerade noch möglich“ und „nicht mehr möglich“. Alle Skalierungsschritte nach dem ersten Schritt setzen Anstrengung für die Durchführbarkeit einer Aktivität voraus. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend für Lebensbereiche, die „noch“ oder „nicht mehr“ aufrechterhalten werden können. Auch wenn Aktivitäten nicht in eindeutig identifizierbarer Weise beeinträchtigt sind, kann eine Reduktion des Aktivitätsniveaus zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe führen. Dies ist dann der Fall, wenn krankheitsbedingt selbst einfache Alltagsaktivitäten nur mit Anstrengung ausgeführt werden können.

1.2.4 Korreliert ein gutachtlich gut zugänglicher Parameter oder deren Kombination mit dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, so ist in dieser Verordnung der Parameter oder die Kombination verschiedener Parameter angegeben und mit dem entsprechenden GdB belegt. Solche Parameter sind insbesondere die Diagnose, das Stadium einer Gesundheitsstörung, das Ausmaß einer Funktionsstörung, sowie das Vorhandensein, die Art und das Ausmaß einer Behandlungsbedürftigkeit.

1.2.5 Falls sich die Teilhabebeeinträchtigung regelhaft mit dem Erreichen bestimmter Altersstufen oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung ändert, ist in Teil B ein Grad der Behinderung für einen begrenzten Zeitraum angegeben.

1.2.6 Der Begriff der Behandlungsbedürftigkeit im Sinne dieser Verordnung wird bei einer Gesundheitsstörung verwendet, wenn entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin eine Therapie notwendig ist.

1.2.7 Das Behandlungsergebnis beeinflusst die Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich. Die in Teil B angegebenen GdB geben die Teilhabebeeinträchtigung bei bestmöglichem Behandlungsergebnis wieder. Das bestmögliche Behandlungsergebnis im Sinne dieser Verordnung ist das unter Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin regelhaft erreichbare Behandlungsergebnis. Das bestmögliche Behandlungsergebnis schließt insbesondere das Ergebnis medikamentöser, operativer und rehabilitativer Therapiemaßnahmen sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln ein.

1.2.8 Die in Teil B angegebenen GdB geben die Teilhabebeeinträchtigung wieder, die sich unter Einsatz von Hilfsmitteln und von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens ergibt.

1.2.9 Die in Teil B angegebenen GdB berücksichtigen den üblicherweise notwendigen Therapieaufwand. Dieser schließt auch erfahrungsgemäß besonders aufwändige Therapien ein. Falls der übliche Therapieaufwand nicht definiert ist, ist dies in Teil B kenntlich gemacht; die durch den unterschiedlichen Therapieaufwand hervorgerufene Teilhabebeeinträchtigung ist in diesem Fall in Teil B angegeben.

1.2.10 Die in Teil B angegebenen GdB berücksichtigen die üblicherweise krankheitsbedingt gebotenen Beschränkungen. Eine gesunde Lebensführung führt zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dies gilt auch, wenn die gesunde Lebensführung aufwändig realisiert wird. Nur medizinisch not-

wendige Beschränkungen von Aktivitäten können als Einschnitte in der Lebensführung eine Teilhabebeeinträchtigung verursachen. Einschnitte in der Lebensführung können sich in allen Lebensbereichen zeigen.

1.2.11 Berücksichtigung von Störungen des psychischen Befindens

1.2.11.1 Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome können als Begleiterscheinungen von Gesundheitsstörungen auftreten. Die durch diese psychischen Begleiterscheinungen verursachte Teilhabebeeinträchtigung ist im Grad der Behinderung für die Gesundheitsstörung enthalten.

1.2.11.2 Psychische Begleiterscheinungen sind von psychischen Komorbiditäten zu unterscheiden. Eine psychische Komorbidität liegt vor, wenn der psychopathologische Befund eine Diagnose aus dem Kapitel V der ICD-10-GM begründet. Diese ist getrennt zu bewerten.

1.2.12 Berücksichtigung von Schmerzen

1.2.12.1 Die Einteilung von Schmerzen erfolgt aus gutachtlicher Sicht in drei Kategorien:

- a) durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz,
- b) durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität und
- c) Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung.

1.2.12.2 Die durch übliche Schmerzen als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung verursachte Teilhabebeeinträchtigung ist im Grad der Behinderung für die Gesundheitsstörung enthalten. Auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhafte Zustände sind berücksichtigt. Schmerzen, die über das für die Gesundheitsstörung typische Maß hinausgehen, sind getrennt zu bewerten.

1.2.12.3 Wenn der durch eine Gewebeschädigung bedingte Schmerz durch eine psychische Komorbidität verstärkt wird, ist die Teilhabebeeinträchtigung für beide Gesundheitsstörungen getrennt zu ermitteln und nach Nummer 3.2 zu bewerten.

1.2.12.4 Wenn der Schmerz Leitsymptom einer psychischen Störung ist, ist die durch den Schmerz verursachte Teilhabebeeinträchtigung im Grad der Behinderung für die psychische Störung enthalten.

1.2.13 Berücksichtigung einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes

1.2.13.1 Eine Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes kann zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe führen, wenn sie regelmäßig wesentliche Auswirkungen auf interpersonelle Interaktionen und Beziehungen hat. Diese Teilhabebeeinträchtigung ist unabhängig davon, ob in dem betroffenen Funktionssystem eine Funktionsstörung besteht oder nicht.

1.2.13.2 Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes regelmäßig mit einer Funktionsstörung verbunden, ist die durch diese Beeinträchtigung verursachte Teilhabebeeinträchtigung im GdB für die Funktionsstörung enthalten.

1.2.13.3 Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes nicht regelmäßig mit einer Funktionsstörung verbunden, ist bei der betreffenden Gesundheitsstörung angegeben, dass diese Beeinträchtigung getrennt zu bewerten ist.

1.2.13.4 Psychische Komorbiditäten, die auf Grund der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes auftreten können, sind getrennt zu bewerten.

1.3 Grundsätze für die Begutachtung

1.3.1 In der versorgungsmedizinischen Begutachtung geht die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung von den in Teil B aufgeführten Graden der Behinderung aus. Bei Analog-Bewertungen und bei der Ermittlung der Gesamt-Beeinträchtigung (Gesamt-GdB) sind alle unter 1.2 genannten Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen, zu berücksichtigen.

1.3.2 Die Leitlinien und Empfehlungen der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen bei der Begutachtung berücksichtigt werden, soweit sie dieser Verordnung nicht widersprechen.

1.3.3 Funktionsstörungen, die die Teilhabe beeinträchtigen, sind nach standardisierten wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden zu erfassen, soweit solche Standards existieren. In Ausnahmefällen kann hiervon abgewichen werden. Dies gilt insbesondere bei kompletter Immobilität oder Unfähigkeit zur erforderlichen Kooperation bei der Untersuchung. Solche Ausnahmefälle sind zu begründen.

1.3.4 Wenn im Einzelfall nachgewiesen ist, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht ist und deswegen eine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, ist der GdB bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zu erhöhen. Die Erhöhung ist zu begründen.

1.3.5 Wenn im Einzelfall ein notwendiger Therapieaufwand nachgewiesen ist, der über das in Teil A Nummer 1.2.9 genannte Ausmaß hinausgeht, und deswegen eine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, ist der GdB bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zu erhöhen. Die Erhöhung ist zu begründen.

1.3.6 Bei Gesundheitsstörungen, deren Ausmaß im Verlauf regelhaft abnimmt, ist die Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen, die der voraussichtlich dauerhaft verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung entspricht. Verursacht die Gesundheitsstörung eine im Verlauf regelhaft unterschiedlich stark ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung, so ist bei der Bewertung die durchschnittliche Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen.

1.3.7 Zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen sind nicht zu beachten.

1.3.8 Nur der Grad der Behinderung für die eigentliche Funktionsstörung ist für die Vergabe von Merkzeichen relevant.

2 Heilungsbewährung

2.1 Ziel und Voraussetzungen der Heilungsbewährung

2.1.1 Gesundheitsstörungen mit zeitlich begrenzter Beeinträchtigung der Teilhabe begründen unter den unter Nummer 2.1.2 genannten Voraussetzungen einen GdB für den Zeitraum einer Heilungsbewährung. Mit dem GdB der Heilungsbewährung erfolgt eine pauschale Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung. Ziel ist, die Betroffenen von der Notwendigkeit zu entlasten, die zum Teil schwer einschätzbaren

Beeinträchtigungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich im Einzelnen nachweisen zu müssen.

2.1.2 Für Gesundheitsstörungen, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen, kommt eine Heilungsbewährung in Betracht:

- a) Die Gesundheitsstörung verläuft unbehandelt progredient oder remittierend und auch bei erfolgter Therapie potenziell tödlich,
- b) das Ziel der bei diesen Gesundheitsstörungen durchgeführten Therapiemaßnahmen ist regelhaft kurativ, also das Erreichen eines definierbaren Gesundheitszustands (wie beispielsweise R0-Resektion bei soliden Tumoren oder Remission),
- c) der Verlauf der Gesundheitsstörung ist aufgrund möglicher Rezidive auch bei erfolgreicher Rezidivprophylaxe ungewiss sowie
- d) die Rezidivgefahr und die Ungewissheit über den Verlauf der Gesundheitsstörung nehmen in einem bestimmten Zeitraum ab.

2.1.3 Weder der Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung noch dessen Ende bedeuten, dass eine Heilung eingetreten ist.

2.2 Umfang der pauschalen Bewertung

2.2.1 Die pauschale Bewertung umfasst die Auswirkungen der Gesundheitsstörung, der Therapiemaßnahmen und der gebotenen Beschränkungen auf die Teilhabe, die im Einzelnen schwer nachweisbar sind und innerhalb des festgesetzten Zeitraums in ihrem Ausmaß regelhaft abnehmen.

2.2.2 Die Funktionsstörungen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig nachgewiesen sind und deren Auswirkungen auf die Teilhabe über den für die Heilungsbewährung festgesetzten Zeitraum hinaus dauerhaft verbleiben (dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen), unterliegen nicht der pauschalen Bewertung. Die aus diesen folgende Teilhabebeeinträchtigung ist im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten. Der GdB hierfür geht wie unter Teil A Nummer 3 vorgegeben in die Gesamtbewertung ein. Hierauf wird in Teil B bei der jeweiligen Gesundheitsstörung hingewiesen. Findet sich ein solcher Hinweis nicht, ist die Beeinträchtigung durch dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen im Grad der Behinderung für die Heilungsbewährung enthalten.

2.2.3 Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie auf die Teilhabe, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung nicht festzustellen waren, verbleiben können. Bei der Begutachtung ist insbesondere auf chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung sowie Beeinträchtigung emotionaler, kognitiver und sozialer Funktionen zu achten. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem entsprechend dem individuellen Ausmaß im Einzelnen zu bewerten.

2.3 Heilungsbewährung bei Analog-Begutachtung

Für nicht in Teil B aufgeführte Gesundheitsstörungen, die die Voraussetzungen nach 2.1.2 erfüllen, ist Folgendes zu beachten:

- a) Wenn eine sachgerechte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung auch ohne Heilungsbewährung möglich ist, so ist diese Bewertung vorzunehmen.
- b) Ist dies nicht möglich, kommt eine Heilungsbewährung in Betracht. Dafür sind als Vergleichsmaßstab die in Teil B angegebenen GdB und Zeiträume für Heilungsbewährungen heranzuziehen, die die Teilhabebeeinträchtigung durch dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen nicht enthalten.

3 Gesamt-GdB-Bildung

3.1 Betrachtung von Funktionssystemen

3.1.1 Die Beeinträchtigung der Teilhabe soll für die folgenden Funktionssysteme ermittelt werden:

Funktionen des zentralen Nervensystems einschließlich psychischer Funktionen; Sehfunktionen; Hör- und Vestibularfunktionen; Stimm- und Sprechfunktionen; Funktionen des Atmungssystems; Funktionen des kardiovaskulären Systems; Funktionen des Verdauungssystems; Funktionen der Harnbildung und -ausscheidung; Genital- und reproduktive Funktionen; Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems; Funktionen des Stoffwechsels und des endokrinen Systems; Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde; Funktionen der Arme; Funktionen der Beine; Funktionen des Rumpfes.

3.1.2 Liegen mehrere Gesundheitsstörungen in einem Funktionssystem vor, ist der GdB für das Funktionssystem zusammenfassend zu ermitteln. Hierbei gelten die Vorgaben zur Bildung des Gesamt-GdB (Nummer 3.2) entsprechend.

3.1.3 Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe aufgrund der Störung mehrerer Funktionssysteme vor, geht die im GdB für das Funktionssystem zusammengefasste Teilhabebeeinträchtigung nach Nummer 3.2 in den Gesamt-GdB ein.

3.2 Bildung des Gesamt-GdB

3.2.1 Zur Ermittlung des Gesamt-GdB ist die Beeinträchtigung der Teilhabe in ihrer Gesamtheit maßgebend. Dabei sind die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander zu beachten. Berechnungsmethoden wie Addition, Mittelung oder Ähnliches dürfen bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht angewendet werden.

3.2.2 Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Teilhabebeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt. Unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander ist zu prüfen, ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit die aus einer weiteren Gesundheitsstörung folgende Teilhabebeeinträchtigung das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung wesentlich erhöht, also eine Erhöhung des Gesamt-GdB um mindestens 10 bewirkt.

3.2.2.1 Um das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass verschiedene Gesundheitsstörungen sich wechselseitig beeinflussen können. Bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen ist zu prüfen, welchen Einfluss deren

Auswirkungen zusätzlich zu den Auswirkungen der Gesundheitsstörung mit dem höchsten Einzel-GdB haben.

3.2.2.2 Bei der Prüfung der Auswirkungen der Gesundheitsstörungen in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander ist zu beachten:

- a) Bei vollständiger Überdeckung der Auswirkungen auf die Teilhabe ist der Gesamt-GdB regelhaft nicht höher als der höchste Einzel-GdB.
- b) Bei Überschneidung der Auswirkungen auf die Teilhabe bedarf es einer eingehenden Prüfung der häufig komplexen Interaktionen, ob der Gesamt-GdB höher als der höchste Einzel-GdB festzustellen ist. Ist dies der Fall, bedarf es einer Begründung.
- c) Verstärken sich die Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe gegenseitig wesentlich, ist regelhaft ein höherer Gesamt-GdB als der höchste Einzel-GdB festzustellen. Dies liegt insbesondere vor, wenn durch die Auswirkung einer weiteren Gesundheitsstörung Kompensationsmöglichkeiten aufgehoben werden.
- d) Auch bei voneinander völlig unabhängigen Gesundheitsstörungen bedarf es einer eingehenden ärztlichen Prüfung, ob der Gesamt-GdB höher als der höchste Einzel-GdB festzustellen ist, da sich die Gesundheitsstörungen auf dieselben Aktivitäten auswirken können, ohne die Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu verstärken.

3.2.2.3 Bei der Prüfung, ob sich das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe durch eine weitere Gesundheitsstörung wesentlich erhöht, ist außerdem zu beachten:

- a) Weitere Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 10 führen in der Regel nicht zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung.
- b) Weitere Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 20 führen in Ausnahmefällen zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Deren Berücksichtigung bedarf einer eingehenden Prüfung und Begründung.

3.2.3 Die in Teil B angegebenen GdB, die die Teilhabebeeinträchtigung bei einzelnen Gesundheitsstörungen wiedergeben, sind bei der Ermittlung des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe, also der Bildung des Gesamt-GdB, als Vergleich heranzuziehen.“

c) Nummer 5 Buchstabe d wird wie folgt geändert:

aa) Doppelbuchstabe mm wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „(z. B. akute Leukämie)“ werden gestrichen.

bbb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei malignen Bluterkrankungen bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ist Hilflosigkeit stets ab Diagnose für ein Jahr anzunehmen.“

bb) Doppelbuchstabe nn wird wie folgt gefasst:

„nn) Bei Funktionsstörungen des Immunsystems mit Immundefizienz trotz Therapie oder aufgrund einer therapeutischen Immunsuppression ist Hilflosigkeit bei chronischen Minor-Infektionen oder nur einer Major-Infektion pro Jahr stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.“

cc) Doppelbuchstabe oo wird wie folgt gefasst:

„oo) Bei Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung ist Hilflosigkeit bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit stets bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres, bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit und dokumentierter kontinuierlicher prophylaktischer Faktorsubstitution stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.“

d) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6 Verfahren

6.1 Befristung

6.1.1 Wird ein GdB für den Zeitraum einer Heilungsbewährung nach Nummer 2 oder für einen begrenzten Zeitraum nach Nummer 1.2.5 festgestellt, kann die Feststellung des GdB befristet werden.

6.1.2 Wird spätestens sechs Monate vor Ablauf der Befristung ein Antrag auf Neufeststellung gestellt und wird über diesen bis zum Ablauf der Befristung nicht entschieden, gilt der bisherige GdB bis zu einer Neufeststellung des GdB fort.

6.1.3 Die zuständige Behörde hat in geeigneter Weise auf den Zeitraum nach Nummer 6.1.2 und auf die Rechtsfolgen der Befristung des Bescheides hinzuweisen.

6.2 Wesentliche Änderung der Verhältnisse

Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinn des § 48 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) liegt im Rahmen der Anwendung dieser Verordnung vor,

- a) wenn ein veränderter Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und wenn die entsprechende Änderung des GdB mindestens 10 beträgt,
- b) wenn der Zeitraum einer Heilungsbewährung (Nummer 2) oder ein festgesetzter begrenzter Zeitraum (Nummer 1.2.5) abgelaufen ist, oder
- c) wenn die Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind.

6.3 Neubewertung

Nach Ablauf der Heilungsbewährung (Nummer 2) oder nach Ablauf eines festgesetzten begrenzten Zeitraums (Nummer 1.2.5) ist - auch bei gleichbleibenden Symptomen - eine Neubewertung des GdB zulässig.

6.4 Übergangsfrist und Bestandsschutz

Würde eine Neufeststellung zu einem niedrigeren Gesamt-GdB führen, verbleibt es bis zum 31. Dezember 2022 bei dem bisherigen Gesamt-GdB, wenn dieser vor dem (*einfügen*: Datum des Inkrafttretens) festgestellt worden ist. Dies gilt nicht im Fall von Nummer 6.3.“

- e) Nummer 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sozialen Entschädigungsrecht“

- bb) Buchstabe a und b werden aufgehoben.

3. Teil B wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird aufgehoben.
- b) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4 Sehfunktionen und verwandte Funktionen

4.1 Grundlagen

4.1.1. Die Teilhabe kann durch alle Störungen des Sehvermögens beeinträchtigt werden, insbesondere durch eine Herabsetzung der Sehschärfe, der Lesefähigkeit, durch Gesichtsfeldausfälle oder durch Augenbewegungsstörungen. Für die Beurteilung des Sehvermögens sind insbesondere die Sehschärfe unter bestmöglicher Korrektur und das Gesichtsfeld maßgeblich. Korrekturen der Sehschärfe können insbesondere durch Kontaktlinsen und Korrektionsgläser erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.

4.1.2 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Störungen der Sehfunktionen und verwandter Funktionen richtet sich nach der Ausprägung der Störung, der medizinisch notwendigen Verwendung von Hilfsmitteln, der Therapie und den daraus folgenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten, wie insbesondere Wahrnehmung, Kommunikation, Mobilität sowie des sozialen, häuslichen und schulischen oder beruflichen Lebens.

4.1.3 Die Sehschärfe ist nach DIN 58220-5:2013-09⁴ zu bestimmen; Abweichungen hiervon sind in Ausnahmefällen zulässig. Solche Ausnahmefälle sind zu begründen. Zum Nachweis von Blindheit oder Sehbehinderung ist die DIN 58220-

⁴ DIN 58220-5, Sehschärfestimmung - Teil 5: Allgemeiner Sehtest, Ausgabe September 2013, erschienen im Beuth Verlag GmbH, Berlin, und archivmäßig gesichert niedergelegt beim Deutschen Patentamt in 80297 München.

3:2013-09⁵ anzuwenden. Die Sehschärfepfung erfolgt einäugig und beidäugig. Unterscheiden sich die Ergebnisse dieser beiden Prüfungsarten, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.

4.1.4 Zum Nachweis von Störungen des Gesichtsfelds sind grundsätzlich nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e zulässig. Eine Ausnahme stellt der Nachweis parazentraler homonymer Skotome oder anderer zentrumsnaher Skotome mit Beeinträchtigung der Lesefähigkeit dar. Zum Nachweis dieser Störungen sind auch andere standardisierte Methoden zulässig. Bei der Bewertung von Störungen des Gesichtsfelds ist das beidäugige Gesichtsfeld maßgebend.

4.2 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung

4.2.1 Blindheit

Blind ist ein Mensch, dem das Sehvermögen vollständig fehlt. Als blind anzusehen ist ein Mensch, 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. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn eine der folgenden Konstellationen vorliegt:

- a) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 30 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- b) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 15 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- c) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger das Restgesichtsfeld maximal 15 Grad im Durchmesser beträgt. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- d) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, auch bei normaler Sehschärfe, wenn das Restgesichtsfeld maximal 10 Grad im Durchmesser beträgt. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- e) Bei großen Skotomen innerhalb von 50 Grad des Gesichtsfeldschemas, die zum Ausfall von mehr als der Hälfte unterhalb des horizontalen Meridians führen und von unten mindestens bis zum Zentrum des Gesichtsfeldschemas reichen, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt.

⁵ DIN 58220-3, Sehschärfebestimmung - Teil 3: Prüfung für Gutachten, Ausgabe September 2013, erschienen im Beuth Verlag GmbH, Berlin, und archivmäßig gesichert niedergelegt beim Deutschen Patentamt in 80297 München.

- f) 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 Grad Durchmesser besitzt.
- g) Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene beidäugige Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30 Grad Durchmesser besitzt.
- h) Bei einer bilateralen homonymen Hemianopsie ohne makuläre Aussparung oder mit einer Aussparung von 5 Grad oder weniger. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.

4.2.3 Hochgradige Sehbehinderung

Hochgradig sehbehindert ist ein Mensch, dessen Sehschärfe beidäugig nicht mehr als 0,05 (1/20) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn eine der folgenden Konstellationen vorliegt:

- a) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,08 (1/12) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 30 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- b) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,16 (5/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 20 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- c) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,25 (5/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 15 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- d) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,32 (5/15) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 10 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- e) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, auch bei normaler Sehschärfe, wenn das Restgesichtsfeld maximal 15 Grad im Durchmesser beträgt. Gesichtsfeldreste, die im Gesichtsfeldschema jenseits von 50 Grad dokumentiert sind, bleiben unberücksichtigt.
- f) Bei großen Skotomen innerhalb von 50 Grad des Gesichtsfeldschemas, die zum Ausfall von mehr als der Hälfte unterhalb des horizontalen Meridians führen und von unten mindestens bis zum Zentrum des Gesichtsfeldschemas reichen, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,16 (5/30) beträgt.

- g) Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,16 beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30 Grad Durchmesser besitzt.
- h) Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,16 (5/30) beträgt und das erhaltene beidäugige Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30 Grad Durchmesser besitzt.

4.2.3 Bei Blindheit oder bei hochgradiger Sehbehinderung beträgt der GdB 100.

4.2.4 Die Teilhabebeeinträchtigung infolge einer Störung des visuellen Erkennens (insbesondere einer visuellen Agnosie) ist ebenso wie die bei anderen neuropsychologischen Störungen nach Teil B Nummer 3 zu bewerten.

4.3 Sehschärfeminderung

Der GdB für die Sehschärfeminderung ist der folgenden Tabelle zu entnehmen. Die fett markierten Zahlen rechts und unterhalb des markierten Rahmens geben GdB wieder.

Beidäugige Sehschärfe		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
		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
1,0	5/5	0	0	0	0	0	10	10	10	10	20	20	20	20
0,8	5/6	0	0	0	0	10	10	10	10	20	20	20	20	20
0,63	5/8	0	0	10	10	10	10	10	20	20	20	30	30	30
0,5	5/10	0	0	10	10	10	10	20	20	20	30	30	40	40
0,4	5/12	0	10	10	10	20	20	20	30	30	30	40	40	50
0,32	5/15	10	10	10	10	20	30	30	30	40	40	40	50	50
0,25	5/20	10	10	10	20	20	30	40	40	40	50	50	50	60
0,2	5/25	10	10	20	20	30	30	40	50	50	50	60	60	70
0,16	5/30	10	20	20	20	30	40	40	50	60	60	60	70	80
0,1	5/50	20	20	20	30	30	40	50	50	60	70	70	80	90
0,08	1/12	20	20	30	30	40	40	50	60	60	70	80	90	90
0,05	1/20	20	20	30	40	40	50	50	60	70	80	90	100	100
0,02	1/50	20	20	30	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100

4.4 Störungen des Gesichtsfelds

4.4.1 Vollständige homonyme Hemianopsie

4.4.1.1 Bei vollständiger homonymer Hemianopsie mit makularer Aussparung beträgt der GdB 40.

4.4.1.2 Bei vollständiger homonymer Hemianopsie ohne makuläre Aussparung beträgt der GdB 50.

4.4.2 Vollständige homonyme Quadrantenanopsie

4.4.2.1 Bei vollständiger homonymer Quadrantenanopsie nach oben beträgt der GdB 20.

4.4.2.2 Bei vollständiger homonymer Quadrantenanopsie nach unten beträgt der GdB 30.

4.4.2.3 Bei vollständiger homonymer Quadrantenanopsie nach unten beidseits (horizontale untere Hemianopsie) beträgt der GdB 70.

4.4.3 Bei homonymem parazentralem Skotom oder anderen, den Visus nicht beeinträchtigenden, zentrumsnahen Skotomen beträgt der GdB 10 - 20, je nach Beeinträchtigung der Lesefähigkeit.

4.4.4 Bei vollständiger bitemporaler Hemianopsie beträgt der GdB 30.

4.4.5 Bei vollständiger binasaler Hemianopsie beträgt der GdB 20.

4.4.6 Allseitige Gesichtsfeldeinengung eines Auges

4.4.6.1 Bei allseitiger Gesichtsfeldeinengung auf 15 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas und bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges beträgt der GdB 10.

4.4.6.2 Bei allseitiger Gesichtsfeldeinengung auf maximal 10 Grad Durchmesser des Restgesichtsfelds und bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges beträgt der GdB 20.

4.4.7 Allseitige Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds

4.4.7.1 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 50 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 10.

4.4.7.2 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 40 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 20.

4.4.7.3 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 30 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 30.

4.4.7.4 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 20 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 50.

4.4.7.5 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 15 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 70.

4.4.7.6 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 10 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas beträgt der GdB 80.

4.4.7.7 Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf maximal 15 Grad Durchmesser des Restgesichtsfelds beträgt der GdB 100.

4.4.8 Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle und Skotome

4.4.8.1 Bei unregelmäßigen Gesichtsfeldausfällen oder Skotomen im 50 Grad-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians beidäugig, wenn mindestens 1/3 der Fläche ausgefallen ist, beträgt der GdB 20 - 40, je nach Ausmaß, Lage und Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas.

4.4.8.2 Bei unregelmäßigen Gesichtsfeldausfällen oder Skotomen im 50 Grad-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians beidäugig, wenn mindestens 2/3 der Fläche ausgefallen sind, beträgt der GdB 50 - 60, je nach Ausmaß, Lage und Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas.

4.4.9 Kombination unterschiedlicher Störungen des Gesichtsfelds

Wenn unterschiedliche Störungen des Gesichtsfelds in Kombinationen vorliegen, dienen die unter Nummer 4.4.1 bis 4.4.8 angegebenen Bewertungen als Orientierung für die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung bei der im Einzelfall nachgewiesenen Störung des beidäugigen Gesichtsfelds.

4.5 Doppeltsehen (Diplopie)

4.5.1 Bei einseitiger Bildunterdrückung durch Gewöhnung (Exklusion) und entsprechendem Verschwinden der Doppelbilder beträgt der GdB 10.

4.5.2 Wenn bei gerader Kopfhaltung

- a) in der ganzen unteren Hälfte des Blickfeldes bis einschließlich 30 Grad,
- b) in der ganzen seitlichen Hälfte des Blickfeldes (innerhalb von mindestens 20 Grad) oder
- c) in der oberen Hälfte innerhalb der zentralen 10 Grad des Blickfeldes beginnend,

Doppelbilder auftreten, beträgt der GdB 10.

4.5.3 Wenn zur Vermeidung von Doppelbildern im zentralen Blickfeld eine kompensatorische Kopfhaltung eingenommen werden muss, beträgt der GdB 10.

4.5.4 Wenn ein Auge wegen Doppelbildern dauerhaft vom Sehen ausgeschlossen werden muss, beträgt der GdB 20.

4.6 Störungen des Kontrastsehens und des Dämmerungssehens

Bei erheblicher nachgewiesener Störung des Kontrastsehens oder des Dämmerungssehens mit Auswirkung auf die Lesefähigkeit oder Orientierung gilt: Beträgt der sich aus der Minderung der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdB höchstens 60, ist dieser um 10 zu erhöhen.

4.7 Störungen verwandter Funktionen

4.7.1 Bei ständigem ein- oder beidseitigem Tränenträufeln beträgt der GdB 10.

4.7.2 Bei Störung der Lidfunktion mit dauerhaft vollständiger Bedeckung der Pupille einschließlich der dadurch bedingten Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes beträgt der GdB 20.

4.7.3 Außergewöhnlich schwere Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes, insbesondere bei fehlender Beweglichkeit einer Prothese und ständigem Einsinken der Oberliddeckfalte mit Enophthalmus (Postenukleations-Socket-Syndrom), sind zusätzlich zum Funktionsverlust des betroffenen Auges zu bewerten; der GdB beträgt einschließlich des Funktionsverlusts höchstens 30.

4.8 Primäre maligne intraokulare Tumore

4.8.1 Heilungsbewährung

Störungen der Sehfunktionen oder verwandter Funktionen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig festgestellt sind und deren Auswirkungen auf die Teilhabe über den Zeitraum der Heilungsbewährung hinaus dauerhaft verbleiben, sind getrennt zu bewerten. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Therapie (insbesondere chronische Müdigkeit, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

4.8.2 Melanom der Uvea

4.8.2.1 Die Größenkategorien entsprechen der TNM-Klassifikation maligner Tumoren der International Union Against Cancer.

4.8.2.2 Bei kleinem Melanom (Größenkategorie 1 und 2) oder mittlerem Melanom (Größenkategorie 3) ohne Beteiligung des Ziliarkörpers beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 50 (Heilungsbewährung).

4.8.2.3 Bei großem Melanom (Größenkategorie 4) oder Melanomen mit Beteiligung des Ziliarkörpers beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren mindestens 60, je nach Größe oder Ausmaß der Infiltration des Ziliarkörpers ab Diagnose (Heilungsbewährung).

4.8.2.4 Bei Nachweis von Fernmetastasen beträgt der GdB unabhängig von der Größe und Lage des Tumors 100.

4.8.3 Retinoblastom

4.8.3.1 Die Gruppeneinteilung richtet sich nach der International Intraocular Retinoblastoma Classification.

4.8.3.2 Bei Retinoblastom der Gruppen A bis C beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 50 (Heilungsbewährung).

4.8.3.3 Bei Retinoblastom der Gruppe D ohne postlaminare Infiltration in den N. opticus beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 60 (Heilungsbewährung).

4.8.3.4 Bei Retinoblastom der Gruppe D mit Infiltration in den N. opticus und Gruppe E beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 80 (Heilungsbewährung).

4.8.3.5 Bei bilateralem Befall beträgt der GdB ab Diagnose am zweiten Auge für einen Zeitraum von fünf Jahren mindestens 90, je nach Malignitätsstufe (Heilungsbewährung).

4.8.3.6 Fernmetastasen sind zusätzlich zu bewerten.

4.9 Uveitis

Für die Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung, die sich aus der systemischen Therapie einer Uveitis ergibt, sind die Kriterien für die Begutachtung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen heranzuziehen.“

c) Nummer 16 wird wie folgt gefasst:

„16 Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems

16.1 Grundlagen

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung durch Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems richtet sich nach der Ausprägung der Gesundheitsstörung, nach der notwendigen Therapie, nach dem Ausmaß der pathologischen Infektanfälligkeit und nach den daraus folgenden Beeinträchtigungen, insbesondere sozialer, häuslicher, schulischer oder beruflicher Aktivitäten. Auf Beeinträchtigungen der Teilhabe durch Störungen in weiteren Funktionssystemen sowohl durch die Gesundheitsstörung als auch durch die notwendige Therapie ist zu achten.

16.2 Hodgkin-Lymphom

16.2.1 Im ersten Jahr nach Erstdiagnose sowie nach Diagnose eines Progresses, einer Persistenz oder eines Rezidivs beträgt der GdB 100.

16.2.2 Erfolgt die Erstdiagnose im frühen (limitierten) Risikostadium und besteht ein Jahr nach Stellung einer der unter Nummer 16.2.1 genannten Diagnosen eine komplette klinische Remission, beträgt der GdB für einen Zeitraum von drei Jahren 60 (Heilungsbewährung).

16.2.3 Erfolgt die Erstdiagnose im intermediären oder fortgeschrittenen Risikostadium und besteht ein Jahr nach Stellung einer der unter Nummer 16.2.1 genannten Diagnosen eine komplette klinische Remission, beträgt der GdB ab Diagnose der kompletten klinischen Remission für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie, Lungenfunktionsstörung, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.2.4 Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). In Ausnahmefällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Die Erhöhung ist zu begründen. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie, Lungenfunktionsstörung, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.3 Non-Hodgkin-Lymphome

16.3.1 Chronische lymphatische Leukämie

16.3.1.1 Bei geringen Krankheitsauswirkungen und ohne Behandlungsbedürftigkeit im Stadium Binet A beträgt der GdB 10 - 20, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

16.3.1.2 Bei mäßigen Krankheitsauswirkungen und ohne Behandlungsbedürftigkeit im Stadium Binet B beträgt der GdB 30 - 40, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

16.3.1.3 Bei Behandlungsbedürftigkeit und starken Krankheitsauswirkungen (insbesondere Hb < 10,0 g/dl, Thrombozyten < 100000/µl, rezidivierenden Infekten oder bei deutlicher B-Symptomatik) beträgt der GdB 50 - 80, je nach Therapieintensität, Begleitsymptomatik und Nebenwirkungen der Therapie.

16.3.1.4 Bei Progression unter systemischer Therapie beträgt der GdB 100.

16.3.1.5 Nach Erreichen einer Remission ohne aktuelle Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 30 - 50, je nach Ausmaß der Remission sowie der Auswirkungen der dauerhaft verbliebenen Gesundheitsstörung, wie insbesondere Müdigkeit und Leistungsminderung.

16.3.2 Follikuläres Lymphom

16.3.2.1 Bei Erstdiagnose im Stadium I oder II ohne Erreichen einer kompletten Remission beträgt der GdB 30.

16.3.2.2 Bei Erstdiagnose im Stadium I oder II und Erreichen einer kompletten Remission beträgt der GdB ab Diagnose der kompletten Remission für einen Zeitraum von drei Jahren 30 (Heilungsbewährung). Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen zu bewerten.

16.3.2.3 Bei Erstdiagnose im Stadium III oder IV ohne Behandlungsbedürftigkeit („watch and wait“) beträgt der GdB 30 - 40, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

16.3.2.4 Bei Erstdiagnose im Stadium III oder IV mit Behandlungsbedürftigkeit (ohne Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation) oder nach Diagnose eines Rezidivs beträgt der GdB 50 - 80, je nach B-Symptomatik, rezidivierenden Infekten und Organomegalie.

16.3.2.5 Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). In Ausnahmefällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Die Erhöhung ist

zu begründen. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.3.3 Marginalzonen-Lymphome

16.3.3.1 Nodale und extranodale Marginalzonen-Lymphome mit Ausnahme des unter Nummer 16.3.3.2 und 16.3.3.3 genannten Marginalzonen-Lymphoms des Magens sind nach den Kriterien für das folliculäre Lymphom zu bewerten.

16.3.3.2 Bei extranodalem Marginalzonen-Lymphom des mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes (MALT-Lymphom) des Magens im Stadium I nach Eradikationstherapie beträgt der GdB bis zum Erreichen einer kompletten Remission 30. Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen zu bewerten.

16.3.3.3 Bei MALT-Lymphom des Magens im Stadium I ohne Erreichen einer kompletten Remission und im Stadium II nach Bestrahlung beträgt der GdB für ein Jahr 50. Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen (insbesondere Bestrahlungsfolgen) zu bewerten. Wenn eine Gastrektomie erfolgt, wird die Teilhabebeeinträchtigung durch die Gastrektomie bestimmt.

16.3.3.4 MALT-Lymphome des Magens im Stadium III und IV sind nach den Kriterien für das folliculäre Lymphom zu bewerten.

16.4 Neoplasien der Plasmazellen

16.4.1 Multiples Myelom

16.4.1.1 Im International Staging System (ISS) Stadium 1 und bei Smoldering Myeloma ohne Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 10 - 20, je nach Ausprägung der Allgemeinsymptome und der Knochenschmerzen.

16.4.1.2 Bei Behandlungsbedürftigkeit ohne Durchführung einer Stammzelltransplantation beträgt der GdB mindestens 50, je nach Ausmaß der vorhandenen Gesundheitsstörungen, wie insbesondere Neuropathie, Nierenfunktionsbeeinträchtigung, Knochenbefall oder Knochenmarksbefall, und je nachdem ob weitere extramedulläre Manifestationen vorliegen.

16.4.1.3 Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). In Ausnahmefällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Die Erhöhung ist zu begründen. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem mit einem GdB von mindestens 30, bei Erhaltungstherapie mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten.

16.4.1.4 Ab Diagnose einer Plasmazellenleukämie beträgt der GdB 100.

16.4.2 Solitäres Plasmozytom

16.4.2.1 Ab Diagnose beträgt der GdB für einen Zeitraum von drei Jahren mindestens 30, je nach Ausmaß der Beeinträchtigung im betroffenen Funktionssystem (Heilungsbewährung). Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.4.2.2 Bei Behandlungsbedürftigkeit mit systemischer Therapie ist der GdB nach den Kriterien für das Multiple Myelom zu bewerten.

16.5 Aggressive Non-Hodgkin-Lymphome

16.5.1 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

16.5.1.1 Im ersten Jahr ab Diagnose (Erstdiagnose oder Rezidiv) beträgt der GdB 100.

16.5.1.2 Wenn mit Ablauf des ersten Jahres ab Diagnose eine unvollständige klinische Remission vorliegt, beträgt der GdB weiterhin 100.

16.5.1.3 Wenn mit Ablauf des ersten Jahres ab Diagnose eine komplette klinische Remission vorliegt, beträgt der GdB ab Diagnose der kompletten klinischen Remission für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.5.1.4 Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). In Ausnahmefällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Die Erhöhung ist zu begründen. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten.

16.5.2 Bei weiteren aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen, insbesondere Burkitt-Lymphom, aggressivem Mantelzell-Lymphom und aggressivem T-Zell-Lymphom, ist der GdB nach den Kriterien für das diffus großzellige B-Zell-Lymphom zu bewerten.

16.5.3 Bei Lymphomen des zentralen Nervensystems ist der GdB nach den Kriterien für aggressive Non-Hodgkin-Lymphome zu bewerten. Die Teilhabebeeinträchtigung durch neurologische oder psychische Funktionsstörungen ist getrennt zu bewerten.

16.6 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien

16.6.1 Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv

16.6.1.1 Im Stadium der kompletten hämatologischen, kompletten zytogenetischen und molekularen Remission beträgt der GdB 10 - 20.

16.6.1.2 Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission beträgt der GdB 30 - 40, je nach Ausmaß der zytogenetischen Remission.

16.6.1.3 Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), bei fehlender Remission oder bei Rezidiv beträgt der GdB 50 - 80, je nach Organomegalie, Anämie, Thrombozytenzahl und in Abhängigkeit von der Intensität der Therapie.

16.6.1.4 In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise beträgt der GdB 100.

16.6.2 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie

16.6.2.1 Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission beträgt der GdB 40.

16.6.2.2 Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), beträgt der GdB 50 - 80, je nach Organomegalie, Anämie, Thrombozytenzahl und in Abhängigkeit von der Intensität der Therapie.

16.6.2.3 In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise beträgt der GdB 100.

16.6.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)

16.6.3.1 Bei geringen Krankheitsauswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB 10 - 20.

16.6.3.2 Bei mäßigen Krankheitsauswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB 30 - 40.

16.6.3.3 Bei stärkeren Krankheitsauswirkungen (insbesondere mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie oder ausgeprägte Organomegalie) beträgt der GdB 50 - 70.

16.6.3.4 Bei starken Krankheitsauswirkungen (insbesondere schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie oder exzessive Organomegalie) beträgt der GdB 80 - 100.

16.6.4 Chronische Eosinophilen-Leukämie/Hypereosinophilie-Syndrom

Die Teilhabebeeinträchtigung ist insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organomegalie, Hautbeteiligung, Blutbildveränderungen und Nebenwirkungen der Therapie. Der GdB beträgt mindestens 50.

16.6.5 Polycythaemia vera

16.6.5.1 Bei Behandlungsbedürftigkeit mit regelmäßigen Aderlässen beträgt der GdB 10.

16.6.5.2 Bei Behandlungsbedürftigkeit mit zytoreduktiver Therapie beträgt der GdB 30 - 40, je nach Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie.

16.6.5.3 Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind nach den entsprechenden Kriterien zu bewerten.

16.6.6 Essentielle Thrombozythämie

16.6.6.1 Bei Behandlungsbedürftigkeit mit Thrombozytenaggregationshemmern beträgt der GdB 10.

16.6.6.2 Bei Behandlungsbedürftigkeit mit zytoreduktiver Therapie beträgt der GdB 30 - 40, je nach Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie.

16.6.6.3 Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind nach den entsprechenden Kriterien zu bewerten.

16.6.7 Bei juveniler myelomonozytärer Leukämie ist der GdB nach den Kriterien für die akuten Leukämien zu bewerten.

16.6.8 Auswirkungen der unter Nummer 16.6.1 bis 16.6.7 aufgeführten Gesundheitsstörungen auf andere Organe sind getrennt im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

16.7 Akute Leukämien

16.7.1 Im ersten Jahr ab Diagnose (Erstdiagnose oder Rezidiv, insbesondere während der Induktionstherapie, der Konsolidierungstherapie oder der Erhaltungstherapie) beträgt der GdB 100.

16.7.2 Wenn mit Ablauf des ersten Jahres ab Diagnose eine unvollständige klinische Remission vorliegt, beträgt der GdB weiterhin 100.

16.7.3 Wenn mit Ablauf des ersten Jahres ab Diagnose eine komplette klinische Remission vorliegt, beträgt der GdB ab Diagnose der kompletten klinischen Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung). Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathie, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten.

16.8 Myelodysplastische Syndrome

16.8.1 Bei geringen Krankheitsauswirkungen (insbesondere bei Müdigkeit oder Leistungsminderung, ohne Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB 10 - 20.

16.8.2 Bei mäßigen Krankheitsauswirkungen (insbesondere bei hämorrhagischen Diathesen oder Behandlungsbedürftigkeit mit Transfusionen ohne Notwendigkeit der Behandlung der Eisenüberladung) beträgt der GdB 30 - 40.

16.8.3 Bei stärkeren Krankheitsauswirkungen (bei Behandlungsbedürftigkeit, insbesondere mit Wachstumsfaktoren, häufigen Transfusionen oder bei Notwendigkeit der Therapie der Eisenüberladung) beträgt der GdB 50 - 70.

16.8.4 Bei starken Krankheitsauswirkungen (insbesondere bei Blastenüberschuss (RAEB), häufigen Infektionen oder bei systemischer zytorreduktiver Therapie) beträgt der GdB 80 - 100.

16.9 Stammzelltransplantation

16.9.1 Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für einen Zeitraum von drei Jahren 80. In Ausnahmefällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Die Erhöhung ist zu begründen. Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen zu bewerten.

16.9.2 Bei Durchführung einer allogenen Stammzelltransplantation beträgt der GdB ab deren Durchführung für den Zeitraum von drei Jahren 100. Danach ist der GdB nach den verbleibenden Gesundheitsstörungen (insbesondere „Graft versus host disease“ (GvHD), chronischer Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) mit mindestens 30 zu bewerten.

16.10 Anämien

16.10.1 Durch Mangel an Eisen oder Vitaminen hervorgerufene Anämien verursachen regelhaft keine wesentliche über sechs Monate andauernde Teilhabebeeinträchtigung.

16.10.2 Chronische Anämien (insbesondere bei Autoimmunhämolyse, mechanischer Hämolyse, Thalassämie, Sichelzellkrankheit, Erythrozytenstrukturdefekten und Erythrozytenenzymdefekten)

16.10.2.1 Bei geringen Krankheitsauswirkungen ohne spezifische Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 10 - 20, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

16.10.2.2 Bei mäßigen Krankheitsauswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit insbesondere durch Transfusionen ohne Notwendigkeit der Behandlung der Eisenüberladung oder bei Notwendigkeit einer intermittierenden spezifischen systemischen Therapie) beträgt der GdB 30 - 40, je nach Ausmaß der Beeinträchtigung und Art der Therapie.

16.10.2.3 Bei stärkeren Krankheitsauswirkungen (insbesondere bei Behandlungsbedürftigkeit mit häufigen Transfusionen, bei Notwendigkeit der Therapie der Eisenüberladung oder bei Notwendigkeit einer dauerhaften spezifischen systemischen Therapie) beträgt der GdB 50 - 70, je nach Ausmaß der Beeinträchtigung und Art der Therapie.

16.10.2.4 In Ausnahmefällen kommen höhere GdB in Betracht. Diese sind zu begründen.

16.10.3 Aplastische Anämie, chronische Neutropenie, Agranulozytose

Der GdB ist auch nach einer Therapie nach den Kriterien für die myelodysplastischen Syndrome oder die chronischen Anämien zu bewerten.

16.11 Störungen der Gerinnungsfunktion des Blutes

16.11.1 Antikoagulation

16.11.1.1 Die Teilhabebeeinträchtigung durch Antikoagulation, die regelhaft wegen einer Gesundheitsstörung notwendig ist, ist im GdB für die Gesundheitsstörung enthalten.

16.11.1.2 Bei erhöhter Thromboembolieneigung, insbesondere bei Thrombophilie und Behandlungsbedürftigkeit mittels Antikoagulation, beträgt der GdB 10 - 20, je nach Antikoagulationsintensität und Kontrollbedürftigkeit.

16.11.2 Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung

16.11.2.1 Bei Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung ist auf Beeinträchtigungen durch Störungen weiterer Funktionen und durch dauerhaft verbleibende Gesundheitsstörungen (wie insbesondere Funktionseinschränkungen an Gelenken und Muskulatur) zu achten. Diese werden im entsprechenden Funktionssystem bewertet. Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung im Rahmen anderer hämatologischer Systemerkrankungen oder als Therapiefolge, insbesondere nach einer Chemotherapie, werden mit der entsprechenden Gesundheitsstörung bewertet. Die Bezeichnung Faktorsubstitution schließt aus Plasma oder rekombinant hergestellte Gerinnungsfaktoren ein.

16.11.2.2 Ohne dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 20.

16.11.2.3 Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit mit bedarfsorientierter Faktorsubstitution beträgt der GdB 30.

16.11.2.4 Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit und dokumentierter kontinuierlicher prophylaktischer Faktorsubstitution beträgt der GdB 40.

16.11.2.5 Wenn zusätzlich zur prophylaktischen Faktorsubstitution in den letzten zwei Jahren an mehr als zehn Tagen eine therapeutische Faktorsubstitution wegen Blutungen dokumentiert ist, beträgt der GdB 50.

16.11.2.6 Wenn zusätzlich zur prophylaktischen Faktorsubstitution in den letzten zwei Jahren an mehr als 30 Tagen eine therapeutische Faktorsubstitution wegen Blutungen dokumentiert ist oder bei eingeschränkter Therapiemöglichkeit, wie insbesondere einer persistierenden Hemmkörperhämophilie, beträgt der GdB 70.

16.11.2.7 Bei außergewöhnlich intensiver Behandlungsbedürftigkeit, wie insbesondere bei wiederholter Hemmkörpereliminationstherapie, sind höhere GdB gerechtfertigt.

16.12 Funktionsstörungen des Immunsystems (angeboren oder erworben) mit Immundefizienz

16.12.1 Eine Diagnose nach ICD-10-GM muss nachgewiesen sein.

16.12.2 Bei Funktionsstörungen des Immunsystems ist auf Beeinträchtigungen durch Störungen weiterer Funktionssysteme sowohl durch die Gesundheitsstörung als auch durch die Therapie zu achten. Dazu gehören insbesondere chronische Organfunktionsstörungen (vor allem Bronchiektasien, chronische Sinusitis und Ekzeme), maligne Erkrankungen sowie sekundäre Autoimmunerkrankungen (insbesondere Colitis, Arthritis und Zytopenie).

16.12.3 Die Teilhabe kann durch therapeutische Immunsuppression beeinträchtigt sein, ohne dass die behandelte Gesundheitsstörung selbst eine Beeinträchtigung der Teilhabe hervorruft. Der GdB für die Auswirkungen der Immunsuppression auf die Teilhabe richtet sich dann nach den in Nummer 16.12.4 bis 16.12.6 genannten Kriterien. Verursacht die Gesundheitsstörung selbst auch unter Therapie eine Teilhabebeeinträchtigung, sind die Auswirkungen der Therapie im GdB für die Gesundheitsstörung enthalten.

16.12.4 Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer Funktionsstörung des Immunsystems mit Immundefizienz oder bei immunsuppressiver Therapie mit Immundefizienz beträgt der GdB 10 - 20, je nach Art und Intensität der Therapie.

16.12.5 Besteht bei Funktionsstörungen des Immunsystems mit Immundefizienz trotz Therapie oder aufgrund einer therapeutischen Immunsuppression eine pathologische Infektanfälligkeit gilt:

16.12.5.1 Bei rezidivierenden Minor-Infektionen beträgt der GdB 20 - 30, je nach Anzahl, Dauer und Schwere der Infektionen.

16.12.5.2 Bei chronischen Minor-Infektionen oder nur einer Major-Infektion pro Jahr beträgt der GdB 30 - 40, je nach Dauer und Schwere der Infektionen.

16.12.5.3 Bei rezidivierenden Major-Infektionen (mindestens zwei pro Jahr) beträgt der GdB 50 - 80, je nach Anzahl, Dauer und Schwere der Infektionen.

16.12.6 Bei schwereren Verlaufsformen kommt ein höherer GdB in Betracht. Die Erhöhung ist zu begründen.

16.13 Funktionsverlust der Milz

16.13.1 Bei Funktionsverlust der Milz im frühen Kindesalter beträgt der GdB bis zur Vollendung des achten Lebensjahres 20.

16.13.2 Nach Vollendung des achten Lebensjahres oder bei Funktionsverlust nach Vollendung des achten Lebensjahres beträgt der GdB 10.“

- d) Nummer 18.1 wird aufgehoben.
- e) Nummer 18.5 wird aufgehoben.
- f) Die Nummern 18.7 bis 18.12 werden aufgehoben.
- g) In Nummer 18.13 werden die folgenden Wörter aufgehoben:

„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
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 Mittelhand-	

knochen 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 schmerzhafte Narbenbildung und ungünstige Weichteildeckung zeigen. Empfindungsstörungen an den Fingern, besonders an Daumen und Zeigefinger, können die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen.“

h) In Nummer 18.14 werden folgende Wörter aufgehoben:

„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
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.....	50
Verlust einer Zehe.....	0
Verlust einer Großzehe.....	10
Verlust einer Großzehe mit Verlust des Köpfchens des I. Mittel- fußknochens.....	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.	
Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke	
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
Hüftdysplasie (einschließlich sogenannte angeborene Hüftluxation)	
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.	
Hüftgelenksresektion je nach Funktionsstörung.....	50 - 80
Schnappende Hüfte.....	0 - 10
Beinverkürzung	
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
Oberschenkelpseudarthrose	
straff.....	50
schlaff.....	70
Faszienlücke (Muskelhernie) am Oberschenkel.....	0 - 10
Versteifung beider Kniegelenke.....	80
Versteifung eines Kniegelenks	
in günstiger Stellung (Beugestellung von 10 – 15°).....	30
in ungünstiger Stellung.....	40 - 60
Lockerung des Kniebandapparates	

muskulär kompensierbar	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit	20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung	30 - 50
Kniescheibenbruch	
nicht knöchern verheilt ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates	10
nicht knöchern verheilt mit Funktionseinschränkung des Streckapparates	20 - 40
Habituelle Kniescheibenverrenkung	
seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr)	0 - 10
häufiger	20
Bewegungseinschränkung im Kniegelenk	
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
Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II – IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen,	
einseitig	
ohne Bewegungseinschränkung	10 - 30
mit Bewegungseinschränkung	20 - 40
Schienbeinpseudarthrose	
straff	20 - 30
schlaff	40 - 50

Teilverlust oder Pseudarthrose des Wadenbeins	0 - 10
Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung (Plantarflexion um 5° bis 15°).....	20
Versteifung des unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung (Mittelstellung).....	10
Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung.....	30
in ungünstiger Stellung.....	40
Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk geringen Grades	0
mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30).....	10
stärkeren Grades	20
Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk.....	0 - 10
Klumpfuß je nach Funktionsstörung	
einseitig.....	20 - 40
beidseitig.....	30 - 60
Andere Fußdeformitäten	
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
Versteifung aller Zehen eines Fußes	
in günstiger Stellung.....	10
in ungünstiger Stellung.....	20
Versteifungen oder Verkrümmungen von Zehen außer der Großzehe	0
Versteifung der Großzehengelenke	
in günstiger Stellung.....	0 - 10

in ungünstiger Stellung (z. B. Plantarflexion im Grundgelenk über 10°)	20
Narben nach größeren Substanzverlusten an Ferse und Fußsohle mit geringer Funktionsbehinderung	10
mit starker Funktionsbehinderung	20 - 30“

i) Folgende Nummer 19 wird angefügt:

„19 Muskuloskeletale Funktionen

19.1 Grundlagen

19.1.1 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Störungen der muskuloskeletalen Funktionen richtet sich insbesondere nach der Ausprägung der Gesundheitsstörung, nach der Art und dem Umfang medizinisch notwendiger Hilfsmittel, nach dem erreichten Behandlungsergebnis und nach den Auswirkungen auf Aktivitäten, insbesondere der Mobilität, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, des schulischen oder beruflichen und des sozialen Lebens. Wenn aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung dauerhaft auch zuhause die Benutzung eines Rollstuhls medizinisch notwendig ist, liegt in der Regel eine Teilhabebeeinträchtigung vor, die mit einem GdB von 100 bewertet wird.

19.1.2 Korreliert das feststellbare Ausmaß der Störung der Körperstruktur oder -funktion mit dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, so ist diese Störung Begutachungskriterium. Ist die Korrelation nicht eindeutig, so sind die durch die Gesundheitsstörung insbesondere beeinträchtigten Aktivitäten Begutachungskriterium. Grundsätzlich lassen Einzelbefunde, Diagnosen oder durchgeführte Therapien allein keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung zu.

19.1.3 Schmerzen, die mit den muskuloskeletalen Funktionen in Verbindung stehen, sind im jeweiligen GdB berücksichtigt. Wenn Schmerzen mit dem feststellbaren Ausmaß der Gesundheitsstörung korrelieren, sind sie über die Struktur- oder Funktionsstörung erfasst. Schmerzen wirken sich auf Aktivitäten aus und sind somit über dieses Kriterium erfasst.

19.1.4 Der aktive Bewegungsumfang berücksichtigt die funktionelle Einheit aus Gelenk, Kapsel, Bandstrukturen und Muskulatur. Die Auswirkungen von Störungen dieser Strukturen, wie insbesondere Gelenkschwellungen, Kontrakturen oder Atrophien, reduzieren den aktiven Bewegungsumfang. Sie sind somit im GdB enthalten. Die angegebenen Winkelgrade gehen von der Neutral-0-Stellung aus.

19.1.5 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass auch Verletzungen von Kapsel- und Bandstrukturen oder der Muskulatur ohne direkte Gelenkbeteiligung die Gelenkstabilität mindern oder den Bewegungsumfang reduzieren können. Auswirkungen von Weichteilverletzungen, insbesondere unter Beteiligung des Blut- oder Lymphgefäßsystems, sind im jeweiligen Funktionssystem getrennt zu bewerten. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Osteoporose richtet sich nach deren funktionellen Auswirkungen einschließlich Schmerzen.

19.2 Chronische Osteomyelitis, chronische Osteitis

19.2.1 Die aus der chronischen Osteomyelitis oder einer chronischen Osteitis folgenden, dauerhaft verbleibenden Funktionsstörungen ergeben sich aus der Funktionsstörung der betroffenen Körperstruktur. Die hieraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist im entsprechenden Funktionssystem zu bewerten.

19.2.2 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass sich eine Beeinträchtigung der Teilhabe, die sich aus der Funktionsbeeinträchtigung oder aus Komplikationen wie insbesondere Fistel- oder Sequesterbildung ergibt, nicht größer sein kann als jene, die sich aus der Amputation oberhalb der Fistel ergeben würde. Dauerhafte Auswirkungen der Therapie oder einer systemischen Beteiligung sind getrennt zu bewerten.

19.2.3 Bei einem Rezidiv der chronischen Osteomyelitis oder chronischen Osteitis beträgt der GdB ab Diagnose des Rezidivs für einen Zeitraum von fünf Jahren 30 (Heilungsbewährung). Funktionsstörungen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig nachgewiesen sind und deren Auswirkungen auf die Teilhabe über den Zeitraum der Heilungsbewährung hinaus dauerhaft verbleiben, sind getrennt zu bewerten. Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der chronischen Entzündung oder der Therapie verbleiben können. Die Teilhabebeeinträchtigung ist dann entsprechend Nummer 19.2.1 und 19.2.2 zu bewerten.

19.3 Kleinwuchs

19.3.1 Nach Abschluss des Wachstums und bei harmonischem Körperbau gilt:

19.3.1.1 Bei einer Körpergröße über 145 Zentimeter bis 150 Zentimeter beträgt der GdB 10.

19.3.1.2 Bei einer Körpergröße über 140 Zentimeter bis 145 Zentimeter beträgt der GdB 20.

19.3.1.3 Bei einer Körpergröße über 135 Zentimeter bis 140 Zentimeter beträgt der GdB 30.

19.3.1.4 Bei einer Körpergröße von 130 Zentimeter bis 135 Zentimeter beträgt der GdB 40.

19.3.1.5 Bei einer Körpergröße unter 130 Zentimeter beträgt der GdB mindestens 50.

19.3.2 Weitere Störungen der muskuloskeletalen Funktionen, wie insbesondere durch einen disproportionierten Körperbau oder durch Störungen der Gelenk- oder Muskelfunktionen, sind entsprechend der dadurch folgenden Teilhabebeeinträchtigung zusätzlich zu bewerten. Störungen anderer Körperfunktionen (insbesondere der mentalen Funktionen, der Sinnesfunktionen oder der endokrinen Funktionen) sind im jeweiligen Funktionssystem getrennt zu bewerten.

19.4 Großwuchs

Großwuchs allein bedingt keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.

19.5 Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule

19.5.1 Grundlagen

19.5.1.1 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung durch Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule richtet sich insbesondere nach der Einschränkung der statischen Belastbarkeit, nach der Einschränkung der Beweglichkeit, nach der Beeinträchtigung der segmentalen Stabilität, nach Deformitäten der Wirbelsäule und nach Schmerzen sowie der daraus folgenden Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe, insbesondere der Mobilität, der Selbstversorgung sowie des häuslichen, schulischen oder beruflichen Lebens.

19.5.1.2 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass Schmerzen häufig nicht mit dem feststellbaren Ausmaß der Gewebeschädigung korrelieren, sich aber regelmäßig auf Aktivitäten auswirken. Entsprechend sind Schmerzen (auch pseudoradikuläre und radikuläre Schmerzen) ebenso wie radikuläre Sensibilitätsstörungen im GdB enthalten.

19.5.1.3 Sowohl das mögliche Bewegungsausmaß als auch Schmerzen und somit die Beeinträchtigung von Aktivitäten sind bei Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule variabel. Bei der Begutachtung ist deshalb darauf zu achten, dass die aufgeführten Begutachtungskriterien länger als sechs Monate erfüllt sind.

19.5.1.4 Die Teilhabebeeinträchtigung steigt, wenn die funktionelle Kompensation durch angrenzende Gelenke, wie insbesondere Schulter- oder Hüftgelenke, nicht möglich ist. Dies ist bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigen.

19.5.1.5 Bei Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule kann die Teilhabe durch andere anhaltende Gesundheitsstörungen zusätzlich beeinträchtigt sein. Hierzu gehören insbesondere:

- a) radikuläre motorische Symptome,
- b) intermittierende oder dauerhafte motorische Störungen bei Spinalkanalstenose (Claudicatio intermittens spinalis, zervikale Myelopathie),
- c) Störungen der Miktion oder der Defäkation,
- d) kardiale Funktionsstörungen oder
- e) pulmonale Funktionsstörungen.

Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist im jeweiligen Funktionssystem getrennt zu bewerten.

19.5.2 Funktionsstörungen der Halswirbelsäule

19.5.2.1 Wenn Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem Überkopfarbeiten, Bildschirmtätigkeit oder Haushaltsaufgaben erledigen, nur mit Anstrengung durchführbar sind, beträgt der GdB 10.

19.5.2.2 Wenn Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem Überkopfarbeiten, Bildschirmtätigkeit oder Haushaltsaufgaben erledigen, leicht beeinträchtigt sind, beträgt der GdB 20.

19.5.2.3 Wenn zahlreiche Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem Überkopfarbeiten, Bildschirmtätigkeit oder Haushaltsaufgaben erledigen, leicht oder einzelne dieser Aktivitäten stark beeinträchtigt sind, beträgt der GdB 30.

19.5.3 Funktionsstörungen der Brust-/Lendenwirbelsäule

19.5.3.1 Wenn Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem längeres Gehen, Stehen und Sitzen oder Haushaltsaufgaben erledigen, nur mit Anstrengung durchführbar sind, beträgt der GdB 10.

19.5.3.2 Wenn Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität und häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem längeres Gehen, Stehen und Sitzen oder Haushaltsaufgaben erledigen, leicht beeinträchtigt sind, beträgt der GdB 20.

19.5.3.3 Wenn zahlreiche Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem längeres Gehen, Stehen und Sitzen, Gegenstände anheben und tragen oder Haushaltsaufgaben erledigen, leicht oder einzelne dieser Aktivitäten stark beeinträchtigt sind, beträgt der GdB 30.

19.5.4 Wenn bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule oder der Brust-/Lendenwirbelsäule zahlreiche Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, stark beeinträchtigt sind und zusätzlich Aktivitäten der Selbstversorgung, wie insbesondere Ankleiden oder Waschen, beeinträchtigt sind, beträgt der GdB 40.

19.5.5 Wenn bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule und der Brust-/Lendenwirbelsäule in einem unter Nummer 19.5.2 und 19.5.3 aufgeführten Ausmaß die Kompensationsmöglichkeiten durch den jeweils anderen funktionellen Wirbelsäulenabschnitt aufgehoben sind, ist der GdB je nach Beeinträchtigung der Aktivitäten höher als unter Nummer 19.5.2 und 19.5.3 angegeben zu bewerten.

19.5.6 Bei Störungen der Funktion oder der Struktur der Halswirbelsäule oder der Brust-/Lendenwirbelsäule, wie insbesondere Versteifung von funktionell besonders bedeutenden Wirbelsäulenanteilen, schwerer Skoliose, Instabilität über mehrere Segmente oder anhaltender Ruhigstellung durch Rumpforthese, die die gesamte Wirbelsäule umfasst, gilt Folgendes:

19.5.6.1 Wenn zahlreiche Aktivitäten, insbesondere aus den Bereichen Mobilität, häusliches, schulisches oder berufliches Leben, wie vor allem längeres Gehen, Stehen und Sitzen, Gegenstände anheben und tragen sowie Haushaltsaufgaben erledigen, nicht möglich sind, beträgt der GdB 50 - 70, je nachdem ob Gehhilfen dauerhaft erforderlich sind und je nachdem, ob einzelne Aktivitäten der Selbstversorgung, wie insbesondere Ankleiden und Waschen, stark beeinträchtigt oder gerade noch möglich sind.

19.5.6.2 Wenn freies Gehen nicht möglich ist und dauerhaft auch zuhause Gehen nur mit beidseitiger Gehhilfe unter großer Anstrengung möglich ist oder zahlreiche Aktivitäten der Selbstversorgung, wie insbesondere Ankleiden oder Waschen, dauerhaft ohne Hilfe nicht möglich sind, beträgt der GdB 80 - 90, je nach Schwere der Beeinträchtigung.

19.5.6.3 Wenn aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und der Fortbewegung dauerhaft auch zuhause die Benutzung eines Rollstuhls medizinisch notwendig ist, beträgt der GdB 100.

19.6 Störungen der Funktionseinheit Becken

19.6.1 Grundlagen

19.6.1.1 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung durch Störungen der Funktionseinheit Becken wird insbesondere durch die statische Belastbarkeit und durch die daraus folgenden Beeinträchtigungen, vor allem der Mobilität (wie Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Sitzen) sowie durch Schmerzen bestimmt. Bei der Beurteilung von Auswirkungen einer Instabilität oder knöcherner Defekte ist darauf zu achten, dass die entsprechende Strukturveränderung der Beckenregion nachgewiesen ist.

19.6.1.2 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung nach Hüftgelenksresektion wird ebenfalls insbesondere durch die statische Belastbarkeit des betroffenen Beins und durch die daraus folgenden Beeinträchtigungen, vor allem der Mobilität (wie Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Sitzen) sowie durch Schmerzen bestimmt. Daher erfolgt die Begutachtung nach diesen Kriterien.

19.6.1.3 Bei Störungen der Funktionseinheit Becken kann die Teilhabe durch weitere anhaltende Gesundheitsstörungen beeinträchtigt sein. Hierzu gehören insbesondere:

- a) motorische Paresen,
- b) urogenitale Funktionsstörungen oder
- c) rektale Funktionsstörungen.

Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist im jeweiligen Funktionssystem getrennt zu bewerten.

19.6.2 Wenn freies Gehen und Stehen möglich sind, aber das Bewegungsmuster gestört ist (insbesondere durch Hinken), beträgt der GdB 10 - 20, je nach Auswirkung der Gangstörung auf die Fortbewegung.

19.6.3 Wenn freies Gehen außerhalb des Zuhauses stark beeinträchtigt oder gerade noch möglich ist, beträgt der GdB 30 - 40, je nach Auswirkung der Gangstörung auf die Fortbewegung.

19.6.4 Wenn freies Gehen und Stehen nicht möglich sind, beträgt der GdB 50 - 70, je nachdem, ob Gehhilfen ein- oder beidseitig dauerhaft erforderlich sind, und je nach Ausmaß der Beinlängendifferenz.

19.6.5 Wenn das Gehen dauerhaft auch zuhause nur mit beidseitiger Gehhilfe unter großer Anstrengung möglich ist, beträgt der GdB 80 - 90, je nach Schwere der Beeinträchtigung.

19.6.6 Wenn aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und der Fortbewegung dauerhaft auch zuhause die Benutzung eines Rollstuhls medizinisch notwendig ist, beträgt der GdB 100.

19.7 Extremitätenverlust

19.7.1 Grundlagen

19.7.1.1 Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Extremitätenverlust wird insbesondere durch das Ausmaß des Verlustes der jeweiligen Körperstruktur und das Ausmaß der Störung bewegungsbezogener und sensibler Funktionen sowie durch die daraus folgenden Beeinträchtigungen, vor allem der Mobilität, der Selbstversorgung sowie der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, bestimmt.

19.7.1.2 Die angegebenen Mindest-GdB für Extremitätenverluste gehen vom bestmöglichen Behandlungsergebnis aus. Dieses beinhaltet die bestmögliche funktionelle Kompensation, die bestmögliche Rekonstruktion und die bestmögliche Hilfsmittelversorgung. Wenn nachgewiesen ist, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht ist, und deswegen eine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, ist der Mindest-GdB entsprechend zu erhöhen. Bei der Begutachtung ist darauf zu achten, dass insbesondere die nachfolgend genannten Bedingungen dazu führen können, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht wird:

- a) ungünstige Stumpfverhältnisse,
- b) Nervenschädigung,
- c) deutliche Muskelminderung,
- d) ausgeprägte Narbenbildung oder
- e) Art der Hilfsmittelversorgung.

19.7.1.3 Die angegebenen Mindest-GdB für Extremitätenverluste berücksichtigen, dass die funktionelle Rekonstruktion oder die Hilfsmittelversorgung nur die Funktionsstörung teilweise ausgleichen können. Sie berücksichtigen neben der Funktionsstörung weitere Aspekte, die die Teilhabe beeinträchtigen, wie insbesondere die Störung der körperlichen Integrität. Auch eine durch den Extremitätenverlust bedingte Fehlwahrnehmung (Phantomgefühl) ist in den angegebenen Mindest-GdB berücksichtigt.

19.7.1.4 Die angegebenen Mindest-GdB für Fingerverluste berücksichtigen die Restfunktionen der Motorik (insbesondere Fein- und Grobgriff), der Sensibilität (insbesondere Tasten), der Druck- und Kraftausübung, die Ausdruckfähigkeit (Gestik) sowie die Kompensationsmöglichkeiten durch Anpassungen der Händigkeit und Anpassungen der Funktionen der einzelnen Langfinger.

19.7.1.5 Die angegebenen Mindest-GdB für Fingerverluste gelten für den Verlust des jeweils ganzen Fingers. Bei Verlust einzelner Fingerglieder ist der GdB entsprechend der vorhandenen Teilhabebeeinträchtigung niedriger zu bewerten.

19.7.1.6 Unter einem kurzen Stumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine dem Verlust der Extremität im angrenzenden Gelenk vergleichbare Funktionseinbuße zur Folge hat.

19.7.2 Verlust der oberen Extremität

19.7.2.1 Bei Verlust eines Arms im Schultergelenk beträgt der GdB mindestens 80.

19.7.2.2 Bei Verlust eines Arms im Oberarm mit kurzem Oberarmstumpf beträgt der GdB mindestens 80.

19.7.2.3 Bei Verlust eines Arms im Oberarm oder im Ellenbogengelenk beträgt der GdB mindestens 70.

19.7.2.4 Bei Verlust eines Arms im Unterarm mit kurzem Unterarmstumpf beträgt der GdB mindestens 70.

19.7.2.5 Bei Verlust eines Armes im Unterarm beträgt der GdB mindestens 60.

19.7.3 Verlust der Hand

Bei Verlust einer ganzen Hand beträgt der GdB mindestens 60.

19.7.4 Verlust eines oder mehrerer Finger

19.7.4.1 Bei Verlust eines Langfingers einer Hand beträgt der GdB mindestens 10.

19.7.4.2 Bei Verlust von zwei Langfingern einer Hand beträgt der GdB mindestens 20.

19.7.4.3 Bei Verlust von drei Langfingern derselben Hand beträgt der GdB mindestens 30.

19.7.4.4 Bei Verlust von vier Langfingern derselben Hand beträgt der GdB mindestens 40.

19.7.4.5 Bei Verlust aller Finger einer Hand mit Erhalt aller Mittelhandknochen beträgt der GdB mindestens 50.

19.7.4.6 Bei Pollisation durch den Zeigefinger oder durch eine Zehe an einer Hand beträgt der GdB mindestens 20.

19.7.4.7 Bei Verlust des Daumens einer Hand beträgt der GdB mindestens 30.

19.7.4.8 Bei Verlust des Daumens und bei zusätzlichem Verlust entweder eines Langfingers oder des Ring- und des Kleinfingers derselben Hand beträgt der GdB mindestens 30.

19.7.4.9 Bei Verlust des Daumens und bei zusätzlichem Verlust des Zeige- und des Mittelfingers derselben Hand beträgt der GdB mindestens 40.

19.7.5 Verlust der unteren Extremität

19.7.5.1 Bei Verlust eines Beins im Beckenskelett oder im Hüftgelenk beträgt der GdB mindestens 80.

19.7.5.2 Bei Verlust beider Beine im Hüftgelenk oder im Oberschenkel beträgt der GdB unabhängig von der Stumpflänge 100.

19.7.5.3 Bei Verlust eines Beins im Oberschenkel mit kurzem Oberschenkelstumpf und Sitzstabilität beträgt der GdB mindestens 70.

19.7.5.4 Bei Verlust eines Beins im Oberschenkel beträgt der GdB mindestens 60.

19.7.5.5 Bei Verlust eines Beins im Kniegelenk beträgt der GdB mindestens 50.

19.7.5.6 Bei Verlust beider Beine im Kniegelenk beträgt der GdB mindestens 80.

19.7.5.7 Bei Verlust eines Beins im Unterschenkel beträgt der GdB mindestens 40.

19.7.5.8 Bei Verlust beider Beine im Unterschenkel beträgt der GdB mindestens 70.

19.7.6 Verlust des Fußes

19.7.6.1 Bei Verlust eines Fußes im Mittelfuß beträgt der GdB mindestens 20.

19.7.6.2 Bei Verlust beider Füße im Mittelfuß beträgt der GdB mindestens 40.

19.7.6.3 Bei Verlust eines Fußes durch Amputation im Rückfuß mit Arthrodese des Sprunggelenks beträgt der GdB mindestens 30.

19.7.6.4 Bei Teilverlust beider Füße durch Amputation im Rückfuß mit Arthrodese des Sprunggelenks beträgt der GdB mindestens 60.

19.7.7 Verlust von Zehen

19.7.7.1 Bei Verlust aller Zehen eines Fußes beträgt der GdB mindestens 10.

19.7.7.2 Bei Verlust aller Zehen beider Füße beträgt der GdB mindestens 20.

19.8 Gelenkversteifung

19.8.1 Grundlagen

19.8.1.1 Unter Versteifung ist eine komplette Einsteifung mit stabiler knöcherner Durchbauung zu verstehen.

19.8.1.2 Die für Versteifung in günstiger Stellung angegebenen GdB gehen vom bestmöglichen Behandlungsergebnis aus. Die funktionell günstige Stellung ist im Folgenden für jedes Gelenk beschrieben. Wenn für die Versteifung in funktionell ungünstiger Stellung kein GdB genannt ist, ist der angegebene GdB entsprechend der im Einzelfall vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung zu erhöhen. Dies gilt auch, wenn die Teilhabebeeinträchtigung im Einzelfall durch eine Pseudarthrose, durch eine Nervenschädigung oder durch ungünstige Narbenverhältnisse erhöht ist.

19.8.2 Versteifung des Schulterhauptgelenks

19.8.2.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des Schulterhauptgelenks mit Abstreizwinkel des Oberarms von 20 bis 40 Grad, in leichter Vorhalte von 20 bis 40 Grad und einer Innendrehung von circa 40 Grad.

19.8.2.2 Bei Versteifung des Schulterhauptgelenks in günstiger Stellung und bei guter aktiver Beweglichkeit des gleichseitigen Schulterblatts gegenüber dem Brustkorb beträgt der GdB 30.

19.8.2.3 Bei Versteifung des Schulterhauptgelenks in ungünstiger Stellung oder bei gestörter aktiver Beweglichkeit des gleichseitigen Schulterblatts gegenüber dem Brustkorb beträgt der GdB 40 - 50.

19.8.3 Versteifung des Ellenbogengelenks

19.8.3.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des Ellenbogens in Beugstellung in einem Winkel von 80 bis 100 Grad und bei der Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit die Einstellung in mittlerer Einwärtsdrehung.

19.8.3.2 Bei isolierter Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit in günstiger Stellung beträgt der GdB 10.

19.8.3.3 Bei Versteifung des Ellenbogens in günstiger Stellung bei erhaltener Unterarmdrehbeweglichkeit beträgt der GdB 20.

19.8.3.4 Bei Versteifung des Ellenbogens in günstiger Stellung bei aufgehobener Unterarmdrehbeweglichkeit in günstiger Stellung beträgt der GdB 30.

19.8.4 Versteifung des Handgelenks

19.8.4.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des Handgelenks leicht handrückenwärts und leicht ellenwärts.

19.8.4.2 Bei Versteifung eines Handgelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 20.

19.8.5 Versteifung des Hüftgelenks

19.8.5.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des Hüftgelenks in leichter Ab spreizstellung des Oberschenkels von circa 10 Grad, in mittlerer Drehstellung und in leichter Beugstellung.

19.8.5.2 Bei Versteifung eines Hüftgelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 40.

19.8.5.3 Wenn zusätzlich zu einer Versteifung des Hüftgelenks eine Störung der Funktionseinheit Becken vorliegt, wie insbesondere nach Revisionsendoprothetik, ist zu prüfen, ob und inwieweit die Begutachtungsgrundsätze unter Nummer 19.6 heranzuziehen sind.

19.8.6 Versteifung des Kniegelenks

19.8.6.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des Kniegelenks in Streck- bis leichter Beugstellung von circa 15 Grad.

19.8.6.2 Bei Versteifung eines Kniegelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 30.

19.8.6.3 Bei Versteifung beider Kniegelenke in günstiger Stellung beträgt der GdB 70.

19.8.7 Versteifung der Sprunggelenke

19.8.7.1 Als funktionell günstig gilt eine Versteifung des oberen Sprunggelenks fußsohlenwärts um 5 bis 15 Grad und des unteren Sprunggelenks in Mittelstellung.

19.8.7.2 Bei Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 20.

19.8.7.3 Bei Versteifung des unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 10.

19.8.7.4 Bei Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung beträgt der GdB 20.

19.8.7.5 Bei Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in ungünstiger Stellung beträgt der GdB 30.

19.9 Funktionsstörungen der Gelenke

19.9.1 Grundlagen

19.9.1.1 Der GdB bei Funktionsstörungen der Extremitäten ergibt sich aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Verluste von Extremitäten. Trotz erhaltener Extremität kann die Funktionsstörung im Einzelfall ungünstiger sein als der Verlust.

19.9.1.2 Der aktive Bewegungsumfang berücksichtigt die funktionelle Einheit aus Gelenk, Kapsel, Bandstrukturen und Muskulatur. Die Auswirkungen von Störungen dieser Strukturen, wie insbesondere Gelenkschwellungen, Kontrakturen oder Atrophien, reduzieren den aktiven Bewegungsumfang. Sie sind somit im angegebenen GdB enthalten.

19.9.1.3 Die angegebenen Winkelgrade gehen von der Neutral-0-Stellung aus.

19.9.1.4 Für die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung bei Funktionsstörungen der Gelenke bei Bewegungseinschränkung und Instabilität können zusätzlich funktionelle Scores, die reliabel und valide sind, angewendet werden. Des Weiteren können Angaben über Fähigkeiten zu komplexen Bewegungsabläufen, wie insbesondere Gang oder Schulternackengriff, angewendet werden.

19.9.1.5 Bei der Begutachtung bei Gelenkinstabilität ist zu beachten, dass unter Ausrenkung eine vollständige Desintegration der Gelenkpartner verstanden wird.

19.9.2 Bewegungsumfang der Funktionseinheit Schulter

19.9.2.1 Bei aktivem Bewegungsumfang der Funktionseinheit Schulter über 120 Grad Abspreizen und über 120 Grad Vorhalten des Oberarms liegt regelhaft keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vor.

19.9.2.2 Bei einseitig aktivem Bewegungsumfang der Funktionseinheit Schulter bis 120 Grad Abspreizen und bis 120 Grad Vorhalten des Oberarms beträgt der GdB 10; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 20.

19.9.2.3 Bei aktivem Bewegungsumfang der Funktionseinheit Schulter bis 90 Grad Abspreizen und bis 90 Grad Vorhalten des Oberarms beträgt der GdB 20.

19.9.2.4 Bei aktivem Bewegungsumfang der Funktionseinheit Schulter bis 40 Grad Abspreizen und bis 40 Grad Vorhalten des Oberarms beträgt der GdB 30.

19.9.3 Instabilität des Schultergelenks

19.9.3.1 Bei unvollständigen rezidivierenden Ausrenkungen des Schultergelenks beträgt der GdB höchstens 10.

19.9.3.2 Bei leichter Instabilität des Schultergelenks (rezidivierende Ausrenkungen bei Ausnutzung des maximalen Bewegungsumfangs) beträgt der GdB 10.

19.9.3.3 Bei mittlerer Instabilität des Schultergelenks (rezidivierende Ausrenkungen bei Ausnutzung des mittleren Bewegungsumfangs von Abspreizung und Drehung) beträgt der GdB 20.

19.9.3.4 Bei hochgradiger Instabilität des Schultergelenks (rezidivierende Ausrenkungen bereits beim Erledigen von Haushaltsarbeiten oder der Selbstversorgung) beträgt der GdB 30.

19.9.3.5 Bei dauerhafter Ausrenkung des Schultergelenks beträgt der GdB 40.

19.9.4 Bewegungsumfang des Ellenbogengelenks

19.9.4.1 Bei einseitig aktivem Bewegungsumfang des Ellenbogengelenks mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 30 - 120 Grad bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit beträgt der GdB 10; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 20.

19.9.4.2 Bei aktivem Bewegungsumfang des Ellenbogengelenks mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 30 - 120 Grad bei aufgehobener Unterarmdrehbeweglichkeit in günstiger Stellung beträgt der GdB 20.

19.9.4.3 Bei aktivem Bewegungsumfang des Ellenbogengelenks mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 30 - 120 Grad bei aufgehobener Unterarmdrehbeweglichkeit in ungünstiger Stellung beträgt der GdB 30.

19.9.4.4 Bei einer Restbeweglichkeit des Ellenbogengelenks mit einem Bewegungsumfang unter 60 Grad zwischen Beugung und Streckung und einer Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit beträgt der GdB 20.

19.9.4.5 Bei einer Restbeweglichkeit des Ellenbogengelenks mit einem Bewegungsumfang unter 30 Grad zwischen Beugung und Streckung und einer Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit beträgt der GdB 30.

19.9.5 Instabilität des Ellenbogengelenks

19.9.5.1 Bei Instabilität des Ellenbogengelenks beträgt der GdB 10 - 20, je nach muskulärer Stabilisierbarkeit.

19.9.5.2 Bei Instabilität des Ellenbogengelenks ohne muskuläre Stabilisierbarkeit (Schlottergelenk) beträgt der GdB 30.

19.9.6 Bewegungsumfang des Handgelenks

19.9.6.1 Bei einem einseitig aktiven Bewegungsumfang des Handgelenks von Streckung/Beugung bis 20 - 0 - 30 Grad beträgt der GdB 10; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 20.

19.9.6.2 Bei einem geringeren aktiven Bewegungsumfang des Handgelenks als unter 19.9.6.1. angegeben beträgt der GdB 20 - 30, je nach Ausmaß der Instabilität.

19.9.7 Funktionsstörungen der Daumen- und Fingergelenke

19.9.7.1 Die Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei Funktionsstörungen der Daumen- und Fingergelenke orientiert sich am Ausmaß der durch Fingerverlust bedingten Teilhabebeeinträchtigung.

19.9.7.2 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass Versteifungen der Finger in Streck- oder starker Beugstellung die Teilhabe stärker beeinträchtigen können als ein glatter Verlust.

19.9.8 Bewegungsumfang des Hüftgelenks

19.9.8.1 Bei einseitig aktivem Bewegungsumfang des Hüftgelenks mit Abspreizfähigkeit des Oberschenkels bis 20 Grad und Drehfähigkeit bis 10 - 0 - 10 Grad beträgt der GdB 10; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 20.

19.9.8.2 Bei einseitig aktivem Bewegungsumfang des Hüftgelenks mit Abspreizfähigkeit des Oberschenkels bis 10 Grad und aufgehobener Drehfähigkeit und Streckung/Beugung bis 0 - 10 - 90 Grad beträgt der GdB 20; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 30.

19.9.8.3 Bei einseitig aktivem Bewegungsumfang des Hüftgelenks mit aufgehobener Abspreiz- und Drehfähigkeit des Oberschenkels und Streckung/Beugung bis 0 - 20 - 80 Grad beträgt der GdB 30; bei entsprechend beidseitig aktivem Bewegungsumfang beträgt der GdB 50.

19.9.8.4 Wenn zusätzlich zu einer Funktionsstörung des Hüftgelenks eine Störung der Funktionseinheit Becken vorliegt (wie insbesondere nach Revisionsendoprothetik), ist zu prüfen, ob und inwieweit die Begutachtungsgrundsätze unter Nummer 19.6 heranzuziehen sind.

19.9.9 Belastungsminderung der Funktionseinheit Knie

19.9.9.1 Die Teilhabebeeinträchtigung bei Störungen der Funktionseinheit Knie ist insbesondere abhängig von der Belastungsminderung beim Stehen und Gehen, der Gelenkschwellung, dem aktiven Bewegungsumfang und der vorhandenen Stabilität. Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass sich Störungen der Funktionseinheit Knie überwiegend entweder als Belastungsminderung oder als Instabilität auswirken.

19.9.9.2 Bei der Begutachtung ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Belastungsminderung erklärt. Der Arthrosegrad orientiert sich an der radiologischen Einteilung nach Kellgren und Lawrence.

19.9.9.3 Eine mittelgradige Instabilität im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn mehrere Bänder betroffen sind und eine krankhafte Beweglichkeit des Knies in mindestens zwei Achsen oder Ebenen besteht. Eine hochgradige Instabilität im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn es sich um eine kombinierte Störung mit Beteiligung der Seitenbänder, der Kreuzbänder, der Gelenkkapsel und der Menisken handelt und eine krankhafte Beweglichkeit des Knies in allen Ebenen besteht. Eine muskulär nicht kompensierbare Instabilität im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn durch Umfangmessung des Oberschenkels eine Muskelminderung nachweisbar ist.

19.9.9.4 Bei leichtgradiger Belastungsminderung der Funktionseinheit Knie beim Stehen und Gehen sowie einem Arthrosegrad von mindestens I beträgt der GdB 10 bei

- a) dokumentierter wiederkehrender Gelenkschwellung,
- b) Einschränkung des aktiven Bewegungsumfangs mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 0 - 100 Grad oder
- c) muskulär gut stabilisierbarer leicht- bis mittelgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie.

19.9.9.5 Bei mittelgradiger Belastungsminderung der Funktionseinheit Knie beim Stehen und Gehen sowie einem Arthrosegrad von mindestens II beträgt der GdB 20 bei

- a) dokumentierter wiederkehrender oder anhaltender Gelenkschwellung oder
- b) Einschränkung des aktiven Bewegungsumfangs mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 10 - 90 Grad oder
- c) muskulär stabilisierbarer mittel- bis hochgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie.

19.9.9.6 Bei hochgradiger Belastungsminderung der Funktionseinheit Knie beim Stehen und Gehen sowie einem Arthrosegrad von III oder IV beträgt der GdB 30 bei

- a) dokumentierter wiederkehrender oder anhaltender Gelenkschwellung,
- b) Einschränkung des aktiven Bewegungsumfangs mit einer Streckung/Beugung bis 0 - 30 - 80 Grad,
- c) muskulär nicht ausreichend stabilisierbarer hochgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie oder
- d) Ruheschmerz.

19.9.10 Instabilität der Funktionseinheit Knie

19.9.10.1 Nummer 19.9.9.1 und 19.9.9.3 gelten entsprechend.

19.9.10.2 Bei muskulär stabilisierbarer mittelgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB 10.

19.9.10.3 Bei muskulär stabilisierbarer hochgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB 20.

19.9.10.4. Bei muskulär nicht stabilisierbarer hochgradiger Instabilität der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB 30.

19.9.10.5 Bei wiederkehrender habitueller Kniescheibenausrenkung beim Gehen auf ebenem Grund beträgt der GdB 20.

19.9.11 Beidseitige Betroffenheit der Funktionseinheit Knie

19.9.11.1 Bei der Begutachtung einer beidseitigen Betroffenheit der Funktionseinheit Knie sind zunächst die Belastungsminderung oder die Instabilität getrennt für jede Seite entsprechend Nummer 19.9.9 und 19.9.10 zu betrachten. Die Teilhabebeeinträchtigung ist dann immer mit einem GdB für die beidseitige Betroffenheit zu bewerten.

19.9.11.2 Bei beidseitig leichtgradigen Störungen der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB höchstens 20.

19.9.11.3 Bei beidseitig mittelgradigen Störungen der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB höchstens 30.

19.9.11.4 Bei beidseitig hochgradigen Störungen der Funktionseinheit Knie beträgt der GdB höchstens 50.

19.9.12 Bewegungsumfang des oberen Sprunggelenks

19.9.12.1 Bei einseitig aufgehobenem Heben (Heben/Senken 0 - 0 - 30 Grad) im oberen Sprunggelenk beträgt der GdB 10; bei entsprechend beidseitig reduziertem Bewegungsumfang beträgt der GdB 20.

19.9.12.2 Bei geringerer Restbeweglichkeit des oberen Sprunggelenks mit einem maximalen Bewegungsumfang von Heben/Senken 0 - 10 - 30 Grad beträgt der GdB 20.

19.9.13 Bewegungsumfang der Zehen

Bei Verlust der Streckfähigkeit aller Zehen eines Fußes oder bei Verlust der Streckfähigkeit des Großzehengrundgelenks beträgt der GdB 10.

19.10 Endoprothesen

19.10.1 Grundlagen

19.10.1.1 Die angegebenen Mindest-GdB für Endoprothesen gehen vom bestmöglichen Behandlungsergebnis aus. Wenn nachgewiesen ist, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht ist, und deswegen eine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung besteht, ist der Mindest-GdB entsprechend zu erhöhen. Bei der Begutachtung ist darauf zu achten, dass insbesondere die nachfolgend genannten Bedingungen dazu führen können, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht wird:

- a) Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung des Gelenks,
- b) Nervenschädigung,
- c) deutliche Muskelminderung oder
- d) ausgeprägte Narbenbildung.

19.10.1.2 Die Beeinträchtigung der Teilhabe durch die bei der jeweiligen Versorgungsart regelhaft gebotenen Beschränkungen ist im angegebenen GdB für die Endoprothese enthalten.

19.10.1.3 Endoprothesen der kleinen Gelenke bedingen keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.

19.10.2 Endoprothese des Schultergelenks

19.10.2.1 Bei einseitiger Endoprothese des Schultergelenks beträgt der GdB mindestens 20.

19.10.2.2 Bei beidseitiger Endoprothese des Schultergelenks beträgt der GdB mindestens 40.

19.10.3 Endoprothese des Ellenbogengelenks

19.10.3.1 Bei einseitiger Totalendoprothese des Ellenbogengelenks beträgt der GdB mindestens 30.

19.10.3.2 Bei beidseitiger Totalendoprothese des Ellenbogengelenks beträgt der GdB mindestens 50.

19.10.4 Endoprothese des Hüftgelenks

19.10.4.1 Bei einseitiger Endoprothese des Hüftgelenks beträgt der GdB mindestens 10.

19.10.4.2 Bei beidseitiger Endoprothese des Hüftgelenks beträgt der GdB mindestens 20.

19.10.5 Endoprothese des Kniegelenks

19.10.5.1 Bei einseitiger Teilendoprothese des Kniegelenks beträgt der GdB mindestens 10.

19.10.5.2 Bei beidseitiger Teilendoprothese des Kniegelenks beträgt der GdB mindestens 20.

19.10.5.3 Bei einseitiger Totalendoprothese des Kniegelenks beträgt der GdB mindestens 20.

19.10.5.4 Bei beidseitiger Totalendoprothese des Kniegelenks beträgt der GdB mindestens 30.

19.10.6 Endoprothese des oberen Sprunggelenks

19.10.6.1 Bei einseitiger Endoprothese des oberen Sprunggelenks beträgt der GdB mindestens 10.

19.10.6.2 Bei beidseitiger Endoprothese des oberen Sprunggelenks beträgt der GdB mindestens 20.

19.11 Pseudarthrosen

19.11.1 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass Pseudarthrosen in der Regel Frakturheilungsstörungen sind, die länger als sechs Monate bestehen und sich unbehandelt nicht knöchern durchbauen.

19.11.2 Bei Pseudarthrose des Schlüsselbeins mit Bewegungsstörung des Schultergürtels beträgt der GdB 10.

19.11.3 Bei Pseudarthrose des Oberarms beträgt der GdB 30 - 40, je nach Belastbarkeit.

19.11.4 Die Bewertung bei Pseudarthrose des Kahnbeins oder bei Nekrose des Mondbeins orientiert sich am Ausmaß der daraus folgenden Funktionsstörung des Handgelenks.

19.11.5 Bei Pseudarthrose des Oberschenkels beträgt der GdB 50 - 60, je nach Belastbarkeit.

19.11.6 Bei Pseudarthrose des Schienbeins beträgt der GdB 20 - 30, je nach Belastbarkeit.

19.12 Beinlängendifferenz

19.12.1 Bei einer Beinlängendifferenz von 2,5 bis 4 Zentimeter beträgt der GdB 10.

19.12.2 Bei einer Beinlängendifferenz über 4 bis 6 Zentimeter beträgt der GdB 20.

19.12.3 Bei einer Beinlängendifferenz über 6 Zentimeter beträgt der GdB 30.

19.12.4 Bei medizinischer Notwendigkeit einer orthopädietechnischen Versorgung mit Einschluss des Oberschenkels beträgt der GdB 40.

19.13 Fußdeformitäten

19.13.1 Bei der Begutachtung ist zu beachten, dass die Belastbarkeit bei Fußdeformitäten insbesondere abhängig ist vom Ausmaß

- a) des verbliebenen aktiven Bewegungsumfangs,
- b) der dynamischen Abrollfähigkeit,
- c) einer Beinlängendifferenz,
- d) einer Narben- oder Schwielenbildung der Fußsohle,
- e) einer Muskelminderung,
- f) der Versorgungsfähigkeit und
- g) des Versorgungsaufwands.

19.13.2 Ist eine Drei-Punkt-Belastung des Fußes möglich, beträgt der GdB bei einseitiger Betroffenheit höchstens 10; bei beidseitiger Betroffenheit höchstens 20.

19.13.3 Ist nur der Außen- oder Innenrand des Fußes oder nur der Vorfuß belastbar, beträgt der GdB höchstens 20.

19.13.4 Bei zusätzlich vorhandener Instabilität beträgt der GdB höchstens 30.

19.14 Primär maligne Knochentumore; maligne Weichteiltumore der Extremitäten

19.14.1 Grundlagen

19.14.1.1 Das Ausmaß der dauerhaft verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung bei primär malignen Knochentumoren und malignen Weichteiltumoren der Extremitäten wird insbesondere durch das Ausmaß der Funktionsstörung der betroffenen Körperstruktur bestimmt. Funktionsstörungen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig nachgewiesen sind und deren Auswirkungen auf die Teilhabe über den Zeitraum der Heilungsbewährung hinaus dauerhaft verbleiben, sind im jeweiligen Funktionssystem getrennt zu bewerten.

19.14.1.2 Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen des Tumors oder der Therapie, wie insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung oder Beeinträchtigung emotionaler, kognitiver und sozialer Funktionen, verbleiben können. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

19.14.2 Osteosarkom, Ewing-Sarkom

19.14.2.1 In den ersten zwei Jahren nach Erstdiagnose sowie nach Diagnose eines Progresses, einer Persistenz oder eines Rezidivs beträgt der GdB 100.

19.14.2.2 Nach den ersten zwei Jahren bei vollständiger Resektion (R0-Resektion) beträgt der GdB für einen Zeitraum von drei Jahren 80 (Heilungsbewährung).

19.14.3 Chondrosarkom

19.14.3.1 Bei hochmalignem Chondrosarkom beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 80 (Heilungsbewährung).

19.14.3.2 Bei niedrigmalignem Chondrosarkom beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 50 (Heilungsbewährung).

19.14.4 Hochmaligne Weichteiltumore der Extremitäten

19.14.4.1 Im ersten Jahr nach Erstdiagnose sowie nach Diagnose eines Progresses, einer Persistenz oder eines Rezidivs beträgt der GdB 100.

19.14.4.2 Nach dem ersten Jahr nach Erstdiagnose beträgt der GdB für einen Zeitraum von vier Jahren 80 (Heilungsbewährung).

19.14.5 Niedrigmaligne Weichteiltumore der Extremitäten

19.14.5.1 Bei einer Tumorgöße von unter 5 Zentimeter Durchmesser beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 30 (Heilungsbewährung).

19.14.5.2 Bei einer Tumorgöße ab 5 Zentimeter Durchmesser beträgt der GdB ab Diagnose für einen Zeitraum von fünf Jahren 50 (Heilungsbewährung).“

4. Teil C Nummer 2 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang, wie beispielsweise die Verwundung, die Verletzung durch Unfall oder die Resistenzminderung durch Belastung. Die daraus resultierende Gesundheitsstörung ist die Schädigungsfolge (wie etwa die Wehrdienstbeschädigungsfolge [WDB-Folge] oder die Zivildienstbeschädigungsfolge [ZDB-Folge]), die verbleibende Gesundheitsstörung ist mit einem Grad der Schädigungsfolgen zu bewerten. 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. Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Abweichungen vom Gesundheitszustand, die keinen GdS bedingen, wie beispielsweise funktionell bedeutungslose Narben oder der Verlust von Zähnen.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am (sechs Monate nach Verkündung) in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

§ 2 Satz 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) sieht vor, die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, die der Verordnung als Anlage beigefügt sind, auf der Grundlage des Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird dabei vom unabhängigen Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin (Beirat) beraten, der die Aufgabe hat, die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorzubereiten (§ 3 Abs. 1 VersMedV).

Derzeit erfolgt eine Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze durch den Beirat und durch Facharbeitsgruppen, die von Beirat für die einzelnen medizinischen Fachgebiete eingesetzt worden sind. Ziel ist nicht nur die Verbesserung der fachspezifischen Begutachungskriterien durch Anpassung an den aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin, sondern auch die Implementierung des bio-psycho-sozialen Modells des modernen Behinderungsbegriffs der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization - WHO) in die gemeinsamen Begutachtungsgrundsätze. Insbesondere diese Anpassung an die von der WHO entwickelten Instrumente zur Darstellung von Funktionsfähigkeit und Behinderung wurde in den letzten Jahren wiederholt von den Ländern und den Betroffenenverbänden gefordert.

Die Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist Teil des von der Bundesregierung beschlossenen Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Der Entwurf wird die Begutachtung von Behinderungen verbessern. Unbeabsichtigte Nebenwirkungen sind nicht ersichtlich.

Durch die Möglichkeit, Verwaltungsakte bei bestimmten Feststellungen zu befristen, wird das Verwaltungsverfahren vereinfacht.

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen dem Grundsatz der Nachhaltigkeit im Bereich sozialer Zusammenhalt, da durch die Anpassung der Begutachtungsgrundsätze die Bewilligung von Nachteilsausgleichen und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft verbessert wird.

Die Verordnung hat keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden. Ein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger entsteht nicht. Ein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft entsteht nicht. Mit der Verordnung werden keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben. Für den Bund entsteht kein Erfüllungsaufwand. Die Begutachtung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung wird durch die Länder durchgeführt. Diese Tätigkeit wird von den zuständigen Landesbehörden bereits heute wahrgenommen. Insoweit entsteht kein Mehraufwand. Ein geringer einmaliger Aufwand entsteht dadurch, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Neuregelung vertraut machen müssen. Dem steht aber gegenüber, dass durch die neu eingeführte Möglichkeit, bestimmte Feststellungen zu befristen, der Verwaltungsaufwand reduziert wird. Im Ergebnis ist damit auch für die Länder nicht von einem Mehr an Erfüllungsaufwand auszugehen.

Sonstige Kosten für die Wirtschaft, Kosten für soziale Sicherungssysteme, Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau entstehen nicht.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung Versorgungsmedizin-Verordnung)

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

Zu Buchstabe a

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe b

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe c

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe d

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe e

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe f

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe g

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe h

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe i

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe j

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses an die folgenden Änderungen.

Zu Nummer 2 (Teil A)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Anpassung der Überschrift an die folgenden Änderungen.

Zu Buchstabe b (Nummer 1 bis 3)

Zu 1

Zu 1.1

Im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze erfolgt die Implementierung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005) zu Grunde liegt. Hiernach ist eine Person funktional gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen) und sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten) und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen). Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen des Teil 3 Neuntes Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) werden der Grad der Behinderung (GdB) bzw. der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) pauschalierend nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Bezug genommen wird auf einen Menschen ohne Funktionsbeeinträchtigungen in einer fiktiven Standardumwelt. Dabei ist der alterstypische Zustand zu Grunde zu legen.

Die Begrifflichkeiten der ICF werden als Sprache zur Beschreibung von Teilhabebeeinträchtigung angewendet und die Kapiteleinteilung der Klassifikation der Körperfunktionen dient als Orientierung für die Gliederung von Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Die Bewertung von Teilhabebeeinträchtigung erfolgt unter dem Beurteilungsmerkmal der Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund einer standardisierten Umwelt gemäß der ICF. Entsprechend der ICF wird hierunter die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt verstanden. Dementsprechend gehören zur Standardumwelt im Geltungsbereich der Verordnung zum Beispiel das öffentliche Wegenetz ebenso wie das medizinische Versorgungssystem mit der vorhandenen Versorgungsqualität und die Einstellungen der Bevölkerung zu Krankheit und Gesundheit.

Die Bundesregierung bekennt sich ausdrücklich zu einer inklusiven Gesellschaft, wie sie die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert. Diese Konvention ist in Deutschland am 26. März 2009 als Gesetz in Kraft getreten. Zuvor hatten sowohl die Bundesregierung als auch die Länder die Konvention ratifiziert. Die Implementierung der ICF in die Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist ein Baustein in der Verwirklichung der UN-BRK und

Teil des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) wird im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze als allgemein anerkanntes für Deutschland adaptiertes Klassifikationssystem der WHO den Bezeichnungen der Gesundheitsstörungen und den Kriterien von Definitionen zu Grunde gelegt.

Die medizinische Bewertung des Grads der Behinderung erfolgt ausschließlich final. Der Grad der Schädigungsfolgen hingegen bewertet nur die Beeinträchtigung der Teilhabe, die nachgewiesenermaßen Folge einer schädigungsbedingten Gesundheitsstörung ist. Dies bedeutet, dass der Grad der Behinderung im Einzelfall höher liegen kann als der Grad der Schädigungsfolgen. Die medizinischen Grundsätze, unter welchen Voraussetzungen eine Beeinträchtigung als Schädigungsfolge zu bewerten ist (Kausalität), sind in Teil C dieses Anhangs zur Verordnung niedergelegt.

Mit der Neufassung wird für das Maß der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einheitlich die Abkürzung GdB eingeführt. In den neu gefassten Teilen dieser Verordnung wird somit einheitlich die Abkürzung GdB verwendet, während in den noch nicht überarbeiteten Teilen wie bisher einheitlich die Abkürzung GdS verwendet wird.

Grundlage der versorgungsmedizinischen Begutachtung ist gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell des modernen Behinderungsbegriffs nicht eine bestimmte Diagnose, sondern immer die Auswirkung der im Einzelfall nachgewiesenen Gesundheitsstörung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Nicht jede einzelne der über 30 000 verschiedenen Gesundheitsstörungen (von denen über 5 000 als selten gelten) ist in die Versorgungsmedizin-Verordnung aufgenommen. Je nach Art und Ausmaß der objektivierbaren Auswirkungen von Gesundheitsstörungen müssen bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung gegebenenfalls Analogien zu anderen in Teil B aufgeführten Gesundheitsstörungen gezogen werden.

Zu 1.2

Die Komponente der Aktivitäten und Partizipation der ICF ist eine Liste von Domänen, die alle Lebensbereiche umfasst. Diese Liste ist in der Verordnung wiedergegeben. Entsprechend der ICF finden die Domänen sowohl als Aktivitäten (Durchführung von Aufgaben oder Handlungen) als auch als Partizipation (Einbezogenheit in eine Lebenssituation) Verwendung. ICF-basierte Studien zeigen, dass die in der ICF aufgeführten Aktivitäten bei allen Gesundheitsstörungen betroffen sein können (Üstün, T.B. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ 2010;88:815–823). Zur Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung bei den einzelnen Gesundheitsstörungen und der im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze daraus abgeleiteten GdB wurden auch von der WHO aus der ICF entwickelte Instrumente wie die Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) und ICF Core Sets verwendet.

Das mögliche Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung variiert deutlich von Gesundheitsstörung zu Gesundheitsstörung. So ist es möglich, dass die Teilhabebeeinträchtigung bei der einen Gesundheitsstörung bereits ab Diagnosestellung regelhaft einem bestimmten GdB entspricht. Bei einer anderen Gesundheitsstörung geht sie aber auch dann, wenn diese voll ausgeprägt ist, regelhaft nicht über einen bestimmten GdB hinaus. Innerhalb dieses von der Art der Gesundheitsstörung vorgegebenen Spektrums ist zusätzlich die Ausprägung der jeweiligen Gesundheitsstörung maßgeblich für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung. Auch der Therapieaufwand und krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen können für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich sein. Die Aktivitäten, die bei den einzelnen Gesundheitsstörungen insbesondere oder spezifisch betroffen sind und sich

auf die verschiedenen Lebensbereiche auswirken, sind - soweit nicht in der Verordnung selbst genannt - in der jeweiligen Begründung zu Teil B aufgeführt.

In der Verordnung sind solche Parameter oder Kombinationen von Parametern als Begutachtungskriterien gewählt, die mit dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung korrelieren. Diese Parameter basieren auf wissenschaftlich anerkannten internationalen oder nationalen Klassifikationen und Übereinkommen bzw. standardisierten wissenschaftlichen Methoden. Der Verordnung sind die offiziellen Leitlinien und Empfehlungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die den Qualitätskriterien insbesondere für S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) entsprechen, zu Grunde gelegt. Wenn sich bei einzelnen Gesundheitsstörungen keine ausreichende Korrelation einzelner Parameter (zum Beispiel weder aus der Diagnose noch aus der Behandlungsbedürftigkeit oder aus einzelnen Funktionsstörungen) mit dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung herstellen lässt, sind die betroffenen Aktivitäten selbst Begutachtungskriterien.

Bei einigen Gesundheitsstörungen ändert sich die Teilhabebeeinträchtigung regelhaft mit dem Erreichen bestimmter Altersstufen oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung. Der wissenschaftliche Hintergrund für die festgesetzte zeitliche Begrenzung des GdB wird in der jeweiligen Begründung zu Teil B angegeben.

Die Überarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze trägt der Tatsache Rechnung, dass das Behandlungsergebnis die Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich beeinflusst. Es wird definiert, was im Sinne dieser Verordnung unter bestmöglichem Behandlungsergebnis zu verstehen ist. Die Definition erfolgt vor dem Hintergrund des unter Nummer 1.1.4 festgelegten Konstrukts der Standardumwelt, die die im Geltungsbereich der Verordnung vorhandene medizinische Versorgungsqualität beinhaltet. Durch welche konkrete Therapie ein bestmögliches Behandlungsergebnis erreicht wird und was darunter zu verstehen ist, unterliegt den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und ist in der Regel den Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften zu entnehmen. „Bestmöglich“ meint dabei nicht ein theoretisch bestmögliches Ergebnis. Außergewöhnlich gute Ergebnisse, wie sie im Einzelfall zum Beispiel bei prothetisch an Unterschenkel oder Oberschenkel versorgten Leistungssportlern erzielt werden, sind damit nicht gemeint. Entscheidend ist das regelhaft bei dem überwiegenden Anteil der Betroffenen erreichbare Behandlungsergebnis auf Grundlage leitliniengerechter Therapie. Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung schließt dies zum Beispiel die Versorgung mit einer modernen Funktionsprothese ein.

Entsprechend dem Verständnis evidenzbasierter Medizin, also der Anwendung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz im konkreten Behandlungsfall mit Hilfe der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen der Patienten, hängt das Behandlungsergebnis auch von den individuell vorliegenden Bedingungen ab. So kann sich zum Beispiel das Ergebnis der Versorgung mit einer modernen Funktionsprothese je nach Stumpfverhältnissen sowie je nach Muskel- und Nervenfunktion der amputierten Extremität unterscheiden.

Wenn sich diese individuellen Bedingungen, die das Behandlungsergebnis und damit die Teilhabebeeinträchtigung beeinflussen, für bestimmte Gesundheitsstörungen oder Gruppen gleichartiger Gesundheitsstörungen typisieren lassen, erfolgt diese Typisierung mit dem Ziel, einheitliche und reproduzierbare Begutachtungsergebnisse zu gewährleisten. In diesen Fällen wird in Teil B auf Basis der bestmöglichen Versorgung ein Mindest-GdB angegeben und es werden auch die Bedingungen genannt, unter denen eine höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegen kann.

Auf diese Weise wird auch das Konzept der personenbezogenen Kontextfaktoren der ICF in die vorliegende Überarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze einbezogen. Die unter dem Konzept der Teilhabe überarbeiteten Grundsätze erlauben eine differenziertere Bewertung der im Einzelfall vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung als bisher. Die unter 1.3.4 und 1.3.5 formulierten Versorgungsmedizinischen Grundsätze erlauben eine noch weiter individualisierte Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls in der Begutachtung. Dennoch können die Versorgungsmedizinischen Grundsätze nicht jeden möglichen Einzelfall regeln.

Um das Ziel einer verbindlichen Vorgabe für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung einer sachgerechten Relation untereinander sicher zu stellen, bedarf es - wie bisher - eines pauschalierenden und typisierenden Bewertungssystems. Nur so sind Begutachtungsergebnisse reproduzierbar und für jeden nachvollziehbar.

Um die Gleichbehandlung über alle Funktionssysteme hinweg zu gewährleisten, wird grundsätzlich diejenige Funktionseinschränkung bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung berücksichtigt, die sich unter Einsatz aller Hilfsmittel und allgemeiner Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ergibt. Gemäß § 42 Absatz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 47 Absatz 1 SGB IX umfassen Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) die Hilfen, die von den Betroffenen getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

Die Faktoren „Therapieaufwand“ und „krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen“, die die Teilhabe beeinträchtigen können und in den in Teil B der Anlage angegebenen GdB bereits berücksichtigt sind, werden definiert. Bei der Formulierung der Art der Therapie wird bewusst auf die Nennung konkreter Substanzen oder Substanzklassen zugunsten einer umfassenden, das Therapieziel implizierenden Bezeichnung verzichtet.

Der mit einer Gesundheitsstörung verbundene übliche Therapieaufwand ergibt sich aus der Notwendigkeit der Therapie (insbesondere gemäß Leitlinien) und aus dem Standard der medizinischen Versorgung. Im Fall der Versorgung mit einer modernen Funktionsprothese bei Amputation einer Extremität beinhaltet dieser zum Beispiel das Anlegen und Ablegen der Prothese, das Säubern und Instandhalten der Prothese sowie die Pflege von Wund- und Druckstellen. Im Fall der therapeutischen Faktorsubstitution bei Hämophilie bedeutet dies zum Beispiel die intravenöse (Selbst-)Injektion mehrmals wöchentlich, die Beachtung von Verletzungsgefahren im Haushalt, in Schule, Beruf, Freizeit und im Sport, das Vermeiden bestimmter Tätigkeiten und Belastungen sowie die Beachtung und Beobachtung auch kleinster Wunden und Blutergüsse. Krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen sind im Fall implantierter Endoprothesen der Gelenke zum Beispiel auch das Vermeiden bestimmter Bewegungsabläufe oder das Tragen von Lasten. Eine gesunde Lebensführung wie insbesondere sportliche Betätigung und gesunde Ernährung verursacht keine Beeinträchtigung der Teilhabe. Dies gilt auch, wenn es sich um ein ärztliches Gebot im Rahmen einer Therapie handelt und zeitaufwändig realisiert wird.

Zur Bewertung erfahrungsgemäß schwierig zu begutachtender Beeinträchtigungen der Teilhabe, die insbesondere durch Störungen des psychischen Befindens, durch Schmerz oder aufgrund von Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes hervorgerufen werden, sind allgemeine für alle Funktionssysteme geltende Vorgaben festgelegt. Es wird erläutert, unter welchen Bedingungen diese als Begleiterscheinung in dem in Teil B genannten GdB enthalten sind. Grundlage für die Einteilung von Schmerzen aus gutachtlicher Sicht ist die Leitlinie Nr. 030/102 der AWMF „Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“. Die bisherigen Ausführungen zu Schmerzen und „seelischen“ Begleiterscheinungen werden den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen angepasst. Für die getrennte Bewertung psychischer Störungen gilt nun - wie auch bei isoliert auftretenden Störungen - die Diagnose als Parameter, nicht der Nachweis einer Behandlung. Die Regelung zu Phantomschmerzen und einem Phantomgefühl erfolgt an entsprechender Stelle in Teil B.

Zu 1.3

Zur Sicherstellung einheitlicher und reproduzierbarer Begutachtungsergebnisse werden Einzelvorgaben formuliert, die bei der gutachtlichen Anwendung zu beachten sind.

Mit der unter 1.3.1 formulierten Vorgabe wird sichergestellt, dass das Konzept der Teilhabe und damit der Behinderungsbegriff des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und die UN-BRK bei Anwendung der gesamten Versorgungsmedizinischen Grundsätze umgesetzt werden.

Die offiziellen Leitlinien und Empfehlungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die den Qualitätskriterien insbesondere für S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) entsprechen, sind der ärztlichen Begutachtung zu Grunde zu legen. Für Einzelmeinungen - auch wenn diese in Lehrbüchern oder wissenschaftlichen Artikeln niedergelegt sind - gilt dies hingegen nicht. Dass Funktionsstörungen durch standardisierte, wissenschaftliche Untersuchungsmethoden zu erfassen sind, bedeutet nicht, dass für die gutachtliche Bewertung alle klinisch notwendigen oder möglichen Untersuchungen auch tatsächlich stattgefunden haben müssen.

Um den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung tragen zu können, werden die Bedingungen aufgeführt, unter denen der in Teil B angegebene Grad der Behinderung erhöht werden kann.

Bei Gesundheitsstörungen, deren Ausmaß im Verlauf regelhaft abnimmt, und bei Gesundheitsstörungen, die eine im Verlauf regelhaft unterschiedlich stark ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung aufweisen, wird inhaltlich an den bisherigen Grundsätzen festgehalten. Zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen sind - wie bisher - nicht zu berücksichtigen.

Sollte die Teilhabe durch die Benutzung eines Hilfsmittels in bestimmten Lebensbereichen beeinträchtigt sein, so ist dies bei der Vergabe von Nachteilsausgleichen nur zu berücksichtigen, falls das Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Wird ein Rollator zum Beispiel aus einem Sicherheitsbedürfnis heraus oder als Einkaufshilfe verwendet, ohne dass der Gebrauch eines solchen Hilfsmittels medizinisch notwendig ist, so sind daraus folgende Beeinträchtigungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bei der Vergabe von Nachteilsausgleichen nicht zu berücksichtigen.

Zu 2

Das bisherige Konstrukt der Heilungsbewährung als pauschale Bewertung für begrenzte Zeit wird beibehalten. Ziel der Heilungsbewährung ist es, durch eine pauschale Bewertung der Beeinträchtigung der Teilhabe die von den genannten Gesundheitsstörungen Betroffenen von der Notwendigkeit zu entlasten, die zum Teil schwer einschätzbaren Beeinträchtigungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich im Einzelnen nachweisen zu müssen.

In der Neufassung werden die Eigenschaften der Gesundheitsstörungen dargelegt, die die Voraussetzungen für die Vergabe einer Heilungsbewährung sind. Grundsätzlich ist bei Erfüllung der Voraussetzungen die Vergabe einer Heilungsbewährung in jedem Funktionssystem möglich. Hierzu gehören insbesondere bösartige Neubildungen, schwerwiegende psychische oder Systemerkrankungen und Gesundheitsstörungen nach Transplantation innerer Organe oder Extremitäten.

Der in Teil B für die einzelnen Gesundheitsstörungen festgesetzte Zeitraum der Heilungsbewährung berücksichtigt die über die jeweilige Gesundheitsstörung vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse. Diese schließen insbesondere auch die Kenntnisse über den Zeitraum der größten Rezidivgefahr, den Zeitraum, in dem die physische und psychische Krankheitsverarbeitung üblicherweise weitgehend abgeschlossen ist, und den Zeitraum ein, in dem notwendige Änderungen der Lebensführung regelhaft erfolgt sind.

Das Prinzip einer Pauschale für die zeitlich begrenzten Auswirkungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich wird beibehalten. Das bisherige Konstrukt der Heilungsbewährung entsprach aber nicht vollständig der rein finalen Ausrichtung des SGB IX.

Einerseits ist mit einer - wie bisher - pauschalen Gesamtabgeltung allein auf der Grundlage einer Diagnose bzw. eines Tumorstadiums die adäquate Bewertung der mit diesen Gesundheitsstörungen einhergehenden Teilhabebeeinträchtigung heutzutage häufig nicht mehr möglich. Wissenschaftlich anerkannte Therapiestrategien bei Gesundheitsstörungen, die mit einer Heilungsbewährung bewertet werden, sind komplex und erfolgen zunehmend individualisiert. Sie sind nur zum Teil vom Tumorstadium abhängig. Dementsprechend variiert die durch die Gesundheitsstörung, die Therapiemaßnahmen und die gebotenen Beschränkungen hervorgerufene Beeinträchtigung der Teilhabe.

Die Neufassung trägt dieser medizinischen Entwicklung durch Differenzierung und eindeutige Bezeichnung des Beginns des Zeitraums der Heilungsbewährung Rechnung. Der Beginn kann insbesondere der Zeitpunkt der Diagnose, das Erreichen eines definierbaren „Gesundheitszustands“ (insbesondere R0-Resektion bei soliden Tumoren oder Remission) oder der Beginn oder das Ende einer Therapiemaßnahme mit kurativem Ziel sein (z. B. Operation, Bestrahlung, Hochdosischemotherapie). Dann ist die entsprechende Therapiemaßnahme in Teil B eindeutig benannt.

Andererseits sind nach SGB IX alle dauerhaften Funktionsstörungen unabhängig von ihrer Entstehungsursache im Einzelnen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass die durch eine Gesundheitsstörung, die die genannten Voraussetzungen erfüllt, hervorgerufenen Funktionsstörungen genauso zu behandeln sind wie die von dieser Gesundheitsstörung unabhängig entstandenen Funktionsstörungen. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind immer getrennt zu bewerten. Bei der Bewertung der Gesamtbeeinträchtigung sind dieselben Regeln (Gesamt-GdB-Bildung) anzuwenden.

In der Neufassung unterliegen die Auswirkungen derjenigen Funktionsstörungen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig festgestellt sind und über den für die Heilungsbewährung festgesetzten Zeitraum hinaus dauerhaft verbleiben (dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen), demnach nicht der pauschalen Bewertung. Der GdB hierfür geht nach den Regeln der Gesamt-GdB-Bildung in die Gesamtbewertung ein. Die nach dieser Maßgabe neu gefassten Bewertungen sind in Teil B mit einem entsprechenden Hinweis versehen.

Für nicht in Teil B aufgeführte Gesundheitsstörungen, die die Voraussetzungen nach Teil A Nummer 2.1.1 erfüllen, wird erläutert, wie in der ärztlichen Begutachtung die Beeinträchtigung der Teilhabe festzustellen ist.

Zu 3

Die Funktionssysteme, die bei der Bewertung des GdB zusammengefasst werden sollen, entsprechen der Klassifikation der Körperfunktionen der ICF und versorgungsmedizinischen Erfordernissen.

Das Vorgehen bei der Ermittlung des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und somit die gutachtliche Ermittlung des Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der Auswirkungen einzelner Gesundheitsstörungen zueinander wird erläutert. Die im bisherigen Teil A unter Nummer 3 aufgeführten Vorgaben für die Bildung des Gesamt-GdB stellen ein zentrales Prinzip der versorgungsärztlichen Begutachtung dar. Dieses Prinzip hat sich über Jahrzehnte bewährt. An diesem wird daher festgehalten.

Über das Prinzip der Berücksichtigung wechselseitiger Beziehungen der Auswirkungen von im Einzelfall vorliegenden Gesundheitsstörungen werden zudem personenbezogene Kontextfaktoren nach ICF in die Bewertung der im Einzelfall vorliegenden Teilhabebeeinträch-

tigung einbezogen. Die versorgungsärztliche Einordnung der Auswirkungen von Gesundheitsstörungen in den wechselseitigen Beziehungen zueinander und damit die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit (Bildung des Gesamt-GdB) erfolgt in Kenntnis der verschiedensten Gesundheitsstörungen, der entsprechend medizinisch notwendigen Therapie und der medizinisch gebotenen Beschränkungen sowie vor dem Hintergrund der ICF.

Ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB, muss bei der Bildung des Gesamt-GdB abgewogen werden, ob durch das Hinzukommen der im Einzelfall vorliegenden weiteren Beeinträchtigung der Gesamt-GdB höher festzustellen ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch bei Vorliegen voneinander völlig unabhängiger Gesundheitsstörungen die Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen dieselben Aktivitäten betreffen können. Die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen (Aktivitäten) oder das Einbezogen sein in eine Lebenssituation (Partizipation) gelingt durch ein komplexes Ineinandergreifen verschiedenster Körperfunktionen. So können sich Störungen mehrerer Körperfunktionen auf dieselbe Aktivität auswirken. Ebenso kann sich die Störung einer Körperfunktion auf mehrere Aktivitäten auswirken. Die folgenden Beispiele dienen zum Verständnis.

Der Gesamt-GdB erhöht sich z. B. bei einem mit GdB 80 bewerteten Myelodysplastischen Syndrom nicht, falls einseitig eine Totalendoprothese des Knies (GdB 20, ohne Komplikationen) vorliegt. Bei allseitiger Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds auf 40 Grad Abstand vom Zentrum des Gesichtsfelds (GdB 20) und einer Funktionsstörung der HWS, die mit einem GdB von 20 zu bewerten ist, ergibt sich ein Gesamt-GdB von 30. Dies ist auch bei einseitiger Taubheit (GdB 20) und gleichzeitig bestehendem einseitigen Visusverlust (GdB 20) der Fall. Die beidseitige mittelgradige Störung der Funktionseinheit Knie (GdB 30) in Verbindung mit einer starken Bewegungseinschränkung eines Sprunggelenks (GdB 20) bedingt in der Regel einen GdB von 40.

Je höher der höchste Einzel-GdB ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Gesundheitsstörungen, deren Beeinträchtigungen der Teilhabe mit einem GdB von 20 bewertet werden, dazu führen, dass der Gesamt-GdB um 10 zu erhöhen ist.

Die bisherige Formulierung, dass die Erhöhung des Gesamt-GdB durch eine weitere Gesundheitsstörung mit einem GdB von 20 „vielfach nicht gerechtfertigt“ ist, barg das Risiko, dass im Einzelfall bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen mit jeweils geringfügiger Teilhabebeeinträchtigung der Gesamt-GdB vergleichsweise höher angesetzt wurde als bei Vorliegen nur einer Gesundheitsstörung, die aber mit einer schwerwiegenden Teilhabebeeinträchtigung einhergeht. Es kommt bei der Bewertung der Gesamteinhabebeeinträchtigung (Bildung des Gesamt-GdB) aber nicht auf die Anzahl der vorhandenen Einzelbeeinträchtigungen an. Entscheidend ist allein das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Hierfür dient wie bisher eine Gesundheitsstörung als Vergleichsmaßstab, für die in Teil B ein Einzel-GdB festgesetzt ist.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, die durch diese einzelnen Beeinträchtigungen hervorgerufen wird, gilt als Vergleichsmaßstab für die Bewertung der gesamten - durch das Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsstörungen hervorgerufenen - Beeinträchtigung der Teilhabe. Das Ergebnis der Gesamt-GdB-Bildung, beispielsweise ein GdB von 50, muss also ein solches Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe wiedergeben, wie es auch durch eine Gesundheitsstörung hervorgerufen wird, für die in Teil B ein GdB von 50 festgesetzt ist.

Zu Buchstabe c (Nummer 5 Buchstabe d)

Zu Doppelbuchstabe aa (Doppelbuchstabe mm)

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Folge der Anfügung in Dreifachbuchstabe bbb.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Aufgrund der eingreifenden Therapiemaßnahmen bei malignen Bluterkrankungen besteht ein deutlich erhöhter Beaufsichtigungs- und Anleitungsbedarf, so dass regelhaft ab Diagnosestellung für ein Jahr von Hilflosigkeit ausgegangen werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb (Doppelbuchstabe nn)

Funktionsstörungen des Immunsystems mit Immundefizienz trotz Therapie oder aufgrund einer therapeutischen Immunsuppression bedingen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres einen deutlich erhöhten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf.

Zu Doppelbuchstabe cc (Doppelbuchstabe oo)

Dauerhaft behandlungsbedürftige Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung bedingen in den ersten Lebensjahren einen deutlich erhöhten Beaufsichtigungsbedarf, so dass regelhaft bis zum sechsten Lebensjahr von Hilflosigkeit ausgegangen werden kann. Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit und dokumentierter kontinuierlicher prophylaktischer Faktorsubstitution sind wegen des deutlich erhöhten therapeutischen Aufwands und Anleitungsbedarfs, der Notwendigkeit, Blutungsrisiko und Blutungsschwere richtig einzuschätzen sowie Gebote einzuhalten und der dennoch bestehenden Gefahr von Spontanblutungen, die Kriterien für die Hilflosigkeit in der Regel bis zum 16. Lebensjahr erfüllt.

Zu Buchstabe d (Nummer 6)

Die bisherige Nummer 6 in Teil A (Blindheit und hochgradigen Sehbehinderung) geht inhaltlich in den neuen Teil B Nummer 4 ein.

Zu 6.1

Die neue Nummer 6.1 setzt die Vorgaben des § 32 SGB X für die Befristung von Bescheiden um. Künftig ist es möglich, Feststellungen eines GdB zu befristen, wenn ein GdB für eine Heilungsbewährung oder einen festgesetzten begrenzten Zeitraum festgestellt wird. Eine Heilungsbewährung kommt unter den in Nummer 2 näher benannten Voraussetzungen in Betracht, wenn Gesundheitsstörungen mit zeitlich begrenzter Beeinträchtigung der Teilhabe vorliegen. Ein GdB für einen begrenzten Zeitraum wird in Teil B angegeben, wenn sich die Teilhabebeeinträchtigung regelhaft mit dem Erreichen bestimmter Altersstufen oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung ändert (vgl. Nummer 1.2.5). Es geht bei der Befristung also ausschließlich um Sachverhalte, die nach den Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Feststellung keinen dauerhaften Bestand haben werden. Nur für diese Fälle erhält die Verwaltung die Möglichkeit, Feststellungen zu befristen.

Mit einer Befristung kann auch eine Feststellung über die danach dauerhaft verbleibende Teilhabebeeinträchtigung und den entsprechenden GdB verbunden werden, z. B. ein Gesamt-GdB, der eine Heilungsbewährung beinhaltet, und zusätzlich ein Gesamt-GdB, der keine Heilungsbewährung mehr beinhaltet. Es entlastet die Verwaltung und schafft frühzeitig Rechtsklarheit für den behinderten Menschen, wenn in solchen Fällen mit einer Befristung gearbeitet wird.

Wenn nach Ablauf der Frist die tatsächliche Teilhabebeeinträchtigung höher ist als die im Bescheid prospektiv festgestellte, hat der behinderte Mensch schon bisher - und auch künftig - die Möglichkeit, eine Neufeststellung zu beantragen („Verschlimmerungsantrag“). Es darf dabei allerdings keine „Lücke“ entstehen. Das bedeutet, dass die Befristung nicht dazu

führen darf, dass ein schwerbehinderter Mensch vorübergehend seine Schwerbehinderteneigenschaft und den daran geknüpften Schutz verliert, obwohl er weiterhin schwerbehindert ist.

Deswegen enthält Nummer 6.1.2 eine Schutzklausel: Will der behinderte Mensch eine Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes geltend machen und hat er dies spätestens sechs Monate vor Ablauf der Frist durch einen Neufeststellungsantrag getan, geht es nicht zu seinen Lasten, wenn die Verwaltung - aus welchen Gründen auch immer - bis zum Fristablauf noch keinen neuen Bescheid erlassen hat. Die alte Feststellung des Gesamt-GdB gilt dann bis zum Erlass eines neuen Bescheides fort. Damit bei den Menschen mit Behinderung keine Zweifel über die Rechtslage aufkommen, enthält Nummer 6.1.3 eine entsprechende Hinweispflicht für die zuständige Behörde. Damit ist sichergestellt, dass ein schwerbehinderter Mensch nicht ungerechtfertigt vorübergehend seinen Schutz verlieren kann.

Zu 6.2

Teil A Nummer 6.2 übernimmt inhaltlich Regelungen, die bisher in Teil A Nummer 7 Buchstaben a und b enthalten waren. Dabei wird bei Buchstabe b die neue Möglichkeit berücksichtigt, einen GdB für einen festgesetzten begrenzten Zeitraum festzulegen (Teil A Nummer 1.2.5).

Zu 6.3

Teil A Nummer 6.3 beinhaltet die erste Teilregelung der ehemaligen Nummer 7 Buchstabe b. Dabei wird berücksichtigt, dass neben dem Ablauf der Heilungsbewährung (Teil A Nummer 2) auch der Ablauf eines festgesetzten begrenzten Zeitraums (Teil A Nummer 1.2.5) nach der Neufassung der Nummer 6.2 eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt.

Zu 6.4

Satz 1 der neuen Nummer 6.4 beinhaltet mit Blick auf die Änderungen der VersMedV und deren Anpassung an die ICF eine Übergangsregelung für Menschen mit Behinderungen. Danach bleibt es - bis zum Stichtag des 31. Dezember 2022 - trotz einer etwaig beantragten oder von Amts wegen durchzuführenden Neufeststellung des GdB beim bisherigen Gesamt-GdB, wenn diesem gegenüber eine Neufeststellung (fiktiv) zu einem geringeren Gesamt-GdB führen würden. Voraussetzung ist dabei, dass der Gesamt-GdB, der diesen Bestandschutz erhält, vor dem Inkrafttreten dieser Änderungsverordnung festgestellt worden ist.

Die Übergangsregelung soll einen angemessenen Ausgleich zwischen personalem Bestandsinteresse der Betroffenen einerseits und der sozialstaatlichen Notwendigkeit steter Anpassung andererseits herstellen. Außerdem sollen die Menschen mit Behinderungen Zeit erhalten, um die notwendigen Übergänge und Anpassungsprozesse zu erfassen und entsprechende Maßnahmen ergreifen bzw. in die Wege leiten zu können.

Satz 2 fügt als Gegen Ausnahme zu Satz 1 - und damit in Rückkehr zur Grundregel von Nummer 6.2 und 6.3 - hinzu, dass es dann keine Übergangsregelung gibt, wenn der Zeitraum einer Heilungsbewährung oder ein festgesetzter begrenzter Zeitraum abgelaufen ist. In diesen Fällen fehlt es schon an einer ausreichend nachhaltigen und schützenswerten Vertrauensposition und an einem entsprechenden Rechtsschutzbedürfnis.

Zu Buchstabe e (Nummer 7)

Der Inhalt der bisherigen Nummer 7 Buchstaben a und b geht in die neuen Nummern 6.2 und 6.3 ein. In der Folge wird die Überschrift neu gefasst.

Zu Nummer 3 (Teil B)

Zu Buchstabe a (Nummer 1)

Die Inhalte der Nummer 1 (Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle) finden Eingang in die neugefassten Gemeinsamen Grundsätze (Teil A, Nummer 1 bis 3). Teil B, Nummer 1 kann deshalb aufgehoben werden.

Zu Buchstabe b (Nummer 4, Sehfunktionen und verwandte Funktionen)

Zu 4.1

Mit den Begriffen Sehfunktion und Sehvermögen entsprechend Kapitel 2 Seh- und verwandte Funktionen der Klassifikation der Körperfunktionen der ICF wird der funktionsorientierten Ausrichtung deutlicher Rechnung getragen. In der deutschen Fachsprache ist der Begriff Sehvermögen gebräuchlich, der sich auch im alphabetischen Verzeichnis der ICD findet. Das Sehvermögen umfasst die Gesamtheit der Sehfunktionen. Die Sehstörungen, die insbesondere die Teilhabe wesentlich beeinträchtigen, werden hervorgehoben. Zum Begriff der „bestmöglichen Korrektur“ gelten die Ausführungen in der Begründung zu Nummer 1.2.6. entsprechend. Die bestmögliche Korrektur der Sehschärfe berücksichtigt immer auch die Verträglichkeit. So ist zum Beispiel eine Brillenkorrektur mit mehr als 2,5 Dioptrien Seitenunterschied nicht immer verträglich.

Die Neufassung berücksichtigt stärker als bisher die visuelle Lesefähigkeit, da diese Sehfunktion für zahlreiche Aktivitäten von Bedeutung ist. (Hierunter wird die visuelle Funktion verstanden; Lesen als kognitive Funktion gehört zu den mentalen Funktionen.) Die Ergänzung, dass neben der Sehschärfe auch das Gesichtsfeld maßgeblich für die Beurteilung des Sehvermögens ist, trägt diesem Aspekt Rechnung. Bei der Bildung des GdB für das Funktionssystem ist entsprechend zu beachten, dass durch eine Kombination insbesondere von Störungen der Sehschärfe mit Störungen des Gesichtsfelds die Teilhabebeeinträchtigung steigen kann. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn diese Störungen jeweils mit einem GdB von 10 oder 20 bewertet sind.

Der bisherige Verweis auf die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zur Sehschärfebestimmung entfällt zugunsten des differenzierten Verweises auf die DIN 58220. Das betrifft sowohl Teil 5 „Allgemeiner Sehtest“ (DIN 58220-5:2013-09 Sehschärfebestimmung - Teil 5: Allgemeiner Sehtest. Deutsches Institut für Normung e.V., Alleinverkauf der Normen durch Beuth GmbH, 19772 Berlin) als auch Teil 3 „Prüfung für Gutachten“ (DIN 58220-3:2013-09 Sehschärfebestimmung - Teil 3: Prüfung für Gutachten. Deutsches Institut für Normung e.V., Alleinverkauf der Normen durch Beuth GmbH, 19772 Berlin). Teil 3 der DIN legt einheitliche Bedingungen für die gutachtliche Sehschärfebestimmung fest und ist die anzuwendende Norm insbesondere für klinische Messungen zur Bestimmung von Blindheit und Sehbehinderung. Zur Bewertung der übrigen Sehfunktionen müssen Untersuchungsbefunde vorliegen, die mit Geräten und Methoden erhoben wurden, die den Empfehlungen der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben. Zum Nachweis von Störungen des Gesichtsfelds wird an der bisherigen Vorgabe, dass nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie der Marke Goldmann III/4e verwertet werden dürfen, festgehalten. Parazentrale homonyme Skotome und andere

zentrumsnahe Skotome sind mit dieser Untersuchungsmethode nicht immer sicher nachweisbar. Daher sind zum Nachweis dieser Störungen auch andere standardisierte Methoden zulässig.

Zu 4.2

Die bisher unter Nummer 6 in Teil A aufgeführten Kriterien für die ärztliche Begutachtung zum Nachweis von Blindheit oder einer hochgradigen Sehbehinderung werden in der Neufassung unter dieser Nummer aufgeführt.

Von Seiten der DOG existieren keine aktuellen offiziellen Kriterien einer der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 oder weniger gleichzusetzenden Störungen des Sehvermögens. Daher entfällt der Verweis. An den auf Prof. Aulhorn aus dem Jahr 1975 zurück gehenden - ab 1996 in den früheren Anhaltspunkten leicht modifizierten - Kriterien wird als in der Begutachtung bewährte Grundlage festgehalten. Bei der Gesichtsfeldbewertung ist das beid-äugige Gesichtsfeld maßgebend; dies war in den Empfehlungen von 1975 bereits enthalten.

Um Missverständnissen vorzubeugen, werden die Beschreibungen der möglichen Befundkonstellationen konkretisiert. Wie bisher handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Die bisherige Formulierung „vom Zentrum entfernt“ war in ihrem möglichen Bezug auf das Gesichtsfeldschema (standardisierte Aufzeichnung des Befundes der Gesichtsfelduntersuchung) oder das Restgesichtsfeld nicht eindeutig. Zur Gewährleistung einer einheitlichen ärztlichen Begutachtung wird klargestellt, in welchen Fällen das Zentrum des Gesichtsfeldschemas als Bezugspunkt zu verwenden ist. Denn nur in den Fällen eines sehr kleinen Restgesichtsfelds ist der Durchmesser des Restgesichtsfelds maßgeblich, um die Teilhabebeeinträchtigung abzubilden, die der Blindheit entspricht. Folgende Fakten und Erwägungen liegen dieser Konkretisierung zugrunde: Eine Einengung des Gesichtsfeldes führt grundsätzlich zu Problemen der Orientierung. Für die Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung ist die Frage von Bedeutung, ob ein Gesichtsfeld mit einem bestimmten Durchmesser zu einer identischen Teilhabebeeinträchtigung führt, wenn es sich konzentrisch um den Fixierpunkt befindet (in allen Richtungen identische Ausdehnung vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas) oder wenn es vom Zentrum unterschiedlich weit entfernt ist (Verlagerung). Bei Gesichtsfeldern, die noch bis mindestens 10 Grad vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas reichen, ist eine Verlagerung insbesondere in die untere Gesichtsfeldhälfte für die Orientierung nutzbar. Dieser Vorteil wird aufgrund der in der Peripherie relativ geringeren Abnahme der Rezeptordichte der Netzhaut nicht erkennbar vermindert. Je kleiner allerdings das verbleibende Gesichtsfeld ist, umso weniger ist es überhaupt nutzbar; die kritische Größe hierfür sind 15 Grad Durchmesser. Bei dieser Größe ist - infolge der innerhalb der zentralen 10 Grad deutlichen Abnahme der Rezeptordichte nach peripher - auch eine Verlagerung für die Orientierung nicht mehr nutzbar. Daher wird in diesen Fällen der Durchmesser berücksichtigt.

Die bisherige Textfassung von Teil A Nummer 6 Buchstabe c hatte zu Missverständnissen geführt und war zudem nicht funktional im Sinne der ICF ausgerichtet. Zur Klarstellung werden diese unterschiedlichen Gesundheitsstörungen getrennt und entsprechend der ICF beschrieben. Aus diesem Grund wird auf den Begriff „Rindenblindheit“ zugunsten der Beschreibung der Funktionsstörung verzichtet und diese analog den anderen Konstellationen unter Nummer 4.2.1.1 Buchstabe h angegeben.

Die Definition der hochgradigen Sehbehinderung im rechtlichen Sinn wird beibehalten. Bisher existierten keine Kriterien einer der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,05 (1/20) gleichzusetzenden Störungen des Sehvermögens. Begutachtungskriterien hierfür wurden wiederholt gefordert. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Anwendung in der ärztlichen Begutachtung zum Nachweis einer hochgradigen Sehbehinderung erfolgt die Formulierung in Anlehnung an die Kriterien zur ärztlichen Begutachtung von Blindheit. Bei den beschriebenen Befundkonstellationen handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Der

Begriff hochgradige Sehbehinderung wird in der ICD-10-GM synonym mit den Begriffen hochgradige Sehbeeinträchtigung oder Stufe 3 der Sehbeeinträchtigung verwendet.

Den unter Nummer 4.2.1 und 4.2.2 aufgeführten Befundkonstellationen liegen als morphologisches Korrelat ausschließlich Störungen der anatomischen Strukturen des Auges, der Sehbahn und der primären Sehrinde (Area 17 nach Brodmann) zu Grunde. Die bisher in Teil A Nummer 6 Buchstabe c erwähnte visuelle Agnosie, die ebenso wie andere Störungen des visuellen Erkennens für sich allein Blindheit nicht begründet, ist als spezifische mentale Funktionsstörung in Kapitel 1 der Klassifikation der Körperfunktionen der ICF eingeordnet und wird wie andere neuropsychologische Störungen im entsprechenden Funktionssystem bewertet.

Zu 4.3

Bei der Überarbeitung werden die gesetzlichen Vorgaben des BVG umgesetzt, nach denen Schädigungsfolgen nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen sind (§ 30 Abs. 1 Satz 2). Die bisher als Grundlage für die versorgungsmedizinische Begutachtung vorgegebene MdE-Tabelle der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) war ursprünglich für die Begutachtung in anderen Rechtsbereichen erstellt worden. Die zahlreichen Werte mit Fünfergraden wurden für die versorgungsmedizinische Begutachtung bisher aus rein rechtlichen Gründen auf den nächsthöheren Zehnergrad angehoben. In der Neufassung ist allein die durch die Sehschärfeminderung hervorgerufene Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft maßgebend für den GdB. Nur eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung begründet einen GdB von 10 bzw. eine Anhebung um 10. In der Neufassung wird auf eine fachlich fundierte Relation der Bewertungen der Sehschärfeminderung entsprechend der mit der jeweiligen Ausprägung einhergehenden Teilhabebeeinträchtigung sowie innerhalb des Funktionssystems geachtet.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Verlust der Sehfunktion eines Auges oder einseitiger hochgradiger Sehbehinderung ist entsprechend aus fachlicher Sicht mit einem GdB von 20 zu bewerten. Sie ist hauptsächlich durch den Verlust des räumlichen Sehens bestimmt. Die Auswirkungen auf die Mobilität sind begrenzt; dies zeigt sich unter anderem auch darin, dass bei den Anforderungen an das Sehvermögen für die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr für die häufigsten Fahrzeugklassen nicht nach Ein- oder Beidäugigkeit unterschieden wird. Das räumliche Sehen ist auch bereits bei einem einseitigen Visus von 0,1 aufgehoben; bei geringerem einseitigen Visus nimmt die Teilhabebeeinträchtigung nicht wesentlich zu. Die Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei Sehverlust eines Auges steht in Relation zu der bei beidäugiger Sehschärfe von 0,3, die unverändert mit einem GdB von 30 bewertet wird. Bei einer Sehschärfeminderung dieser Ausprägung ist nicht nur die räumliche Orientierung - mit entsprechender Auswirkung auf die Mobilität - eingeschränkt, sondern die Teilhabe ist zusätzlich dadurch beeinträchtigt, dass - auch bei bestmöglicher Korrektur - das Lesen von Zeitungstext nicht ohne vergrößernde Sehhilfen möglich ist.

Nach DIN 58220-5:2013-09 und DIN 58220-3:2013-09 ist die Sehschärfe einäugig und beidäugig zu prüfen. Liegen nur Befundergebnisse für das rechte und das linke Auge vor, so können diese Werte hilfsweise für die Ermittlung des GdB herangezogen werden. Bei der Begutachtung ist die Entwicklung der physiologischen Sehschärfe zu berücksichtigen. Erst im Alter von vier bis sechs Jahren stellt die Sehschärfe von 1,0 (5/5) den alterstypischen Zustand dar.

Zu 4.4

Das Gesichtsfeld ist von hoher Bedeutung für zahlreiche Aktivitäten, auch solche, die in der heutigen Welt eine höhere Wertigkeit erfahren (wie zum Beispiel Lesefähigkeit und Mobilität). Dem wird in der Neufassung mit einer stärkeren Differenzierung der Bewertungskriterien und zum Teil höherer Bewertung Rechnung getragen.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei vollständiger homonymer Hemianopsie hängt vom Betroffensein des makularen Bereichs ab, da dieser insbesondere für die Lesefähigkeit wesentlich ist. Die Lesefähigkeit kann aber auch durch homonyme parazentrale Skotome oder andere, den Visus nicht beeinträchtigende, zentrumsnahe Skotome erheblich gestört sein. Ausfälle im unteren Gesichtsfeld wirken sich insbesondere auf die Orientierungsfähigkeit im Raum und die Mobilität aus. Diese wichtigen Teilhabebereiche werden in der Neufassung stärker berücksichtigt.

Aufgrund der hohen funktionellen Bedeutung des Gesichtsfelds innerhalb von 30 Grad (vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas) erfolgt in der Neufassung bei allseitigen Einengungen des beidäugigen Gesichtsfelds eine stärkere Differenzierung und zum Teil höhere Bewertung entsprechend der Teilhabebeeinträchtigung. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Begutachtung wird hier ebenfalls der Bezugspunkt (Zentrum des Gesichtsfeldschemas oder Restgesichtsfeld) klargestellt. Bei allseitiger Gesichtsfeldeinengung eines Auges und Fehlen des anderen Auges ergibt sich die Teilhabebeeinträchtigung aus der resultierenden Störung des Sehvermögens unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen zueinander. Auf eine gesonderte Aufführung dieser Kombination wird zugunsten eines grundsätzlichen Hinweises für die Begutachtung bei Kombinationen unterschiedlicher Störungen des Gesichtsfeldes verzichtet.

Zu 4.5

Bei der Überarbeitung werden die gesetzlichen Vorgaben des BVG umgesetzt, nach denen Schädigungsfolgen nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen sind (§ 30 Abs. 1 Satz 2). Die Neufassung trägt der hohen funktionellen Bedeutung des ungestörten beidäugigen Blickfeldes insbesondere der zentralen 20 Grad für die Mobilität und die Lesefähigkeit Rechnung. Wenn es durch Gewöhnung zu einer einseitigen Bildunterdrückung kommt und so Doppelbilder vermieden werden, ist die Teilhabebeeinträchtigung geringer als bei faktischer Einäugigkeit. Die Betroffenen supprimieren überwiegend den Seheindruck für das zentrale Gesichtsfeld während eine Wahrnehmung im peripheren Gesichtsfeld möglich bleibt, die für die Mobilität nutzbar ist. Maßnahmen zum Ausschluss eines Auges vom Sehen zur Vermeidung von Doppelbildern (Augenklappe oder Abkleben eines Brillenglases, lichtundurchlässige Kontaktlinse) führen zu funktioneller Einäugigkeit. Während eine Augenklappe oder eine Brille mit abgeklebtem Brillenglas rasch abgenommen werden kann, um den Visus des abgedeckten Auges zu nutzen, ist dies bei einer lichtundurchlässigen Kontaktlinse nicht in jeder Situation problemlos möglich. Eine zu diesem Zweck implantierte Intraokularlinse reduziert den Visus dauerhaft auf $<0,02$ (1/50). Berücksichtigt wird auch eine Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes insbesondere infolge Abdecken eines Auges oder einer zur Vermeidung von Doppelbildern einzunehmenden kompensatorischen Kopfhaltung.

Zu 4.6

Eine Störung des Kontrastsehens oder des Dämmerungssehens ist als erheblich anzusehen, wenn sie sich insbesondere auf die Teilhabebereiche Lesefähigkeit und Orientierung auswirkt. Die bisherigen Bewertungen bei Linsenverlust korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse begründeten sich insbesondere durch die damit häufig einhergehende Störung des Kontrastsehens und Dämmerungssehens. In der Neufassung wird die Teilhabebeeinträchtigung anhand der Funktionsstörung beschrieben. Eine gesonderte Aufführung ist damit entbehrlich. Die Neufassung wird zudem allen Betroffenen gerecht, da nicht jeder Linsenverlust gleichermaßen zu einer Störung des Kontrastsehens und des Dämmerungssehens mit Auswirkung auf die Orientierung oder Lesefähigkeit führt und keine Beschränkung auf die Bedingung des Linsenverlusts erfolgt. Die Untersuchungsmethoden entsprechen unter anderen denen, die im Rahmen der Fahrtauglichkeitsuntersuchung vorgeschrieben sind.

Zu 4.7

Zu 4.7.1

Die Teilhabebeeinträchtigung infolge ständigen Tränenträufelns unterscheidet sich nicht wesentlich bei ein- oder beidseitigem Tränenträufeln.

Zu 4.7.2

Die Neuformulierung gewährleistet eine Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung infolge einer Störung der Lidfunktion unabhängig von der Ursache und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Bedeckung der Pupille das funktionell wesentliche Maß darstellt. Es liegt eine funktionelle Einäugigkeit vor. Während die Teilhabebeeinträchtigung durch diese Störung des Sehvermögens geringer ist als bei tatsächlicher Einäugigkeit, ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes in der Regel größer.

Zu 4.7.3

Die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes stellt eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung dar, wenn sie regelhaft Auswirkungen auf die interpersonelle Interaktion hat. Die Neuformulierung gewährleistet die Berücksichtigung dieser Teilhabebeeinträchtigung unabhängig von der Ursache. Das Ausmaß der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes sollte der außergewöhnlich schweren Beeinträchtigung eines Postenuklearions-Socket-Syndroms entsprechen; dies kann insbesondere auch bei einer schwerwiegenden Schielstellung, Proptosis oder Phthisis bulbi der Fall sein. Die Teilhabebeeinträchtigung infolge eines vollständigen Verlustes des Sehvermögens eines Auges in Kombination mit einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung infolge einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes ist nicht höher als mit einem GdB von 30 zu bewerten.

Für die Vergabe eines Merkzeichens ist nur der GdB für die Beeinträchtigung des Sehvermögens relevant.

Zu 4.8

Die Neuformulierung berücksichtigt, dass durch differenziertere therapeutische Möglichkeiten die Beeinträchtigung der Teilhabe, die durch maligne Neubildungen des Auges entstehen, sehr unterschiedlich sein kann. Primäre maligne intraokulare Tumore sind seltene Erkrankungen. Die beiden häufigsten und versorgungsmedizinisch relevanten primären Augentumore werden aufgeführt. Weitere maligne Neubildungen des Auges müssen entsprechend ihrer Teilhabebeeinträchtigung analog bewertet werden.

Die Größeneinteilung des Melanoms der Uvea entspricht der TNM-Klassifikation maligner Tumoren der International Union Against Cancer, 7. Auflage 2010. Beim Melanom der Uvea ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere von der Tumorausdehnung und der Beteiligung des Ziliarkörpers abhängig.

Zur Einteilung des Retinoblastoms wird die in der klinischen Ophthalmologie etablierte International Intraocular Retinoblastoma Classification verwendet (sogenannte ABC-Klassifikation; nach Murphree, A. L.: Intraocular Retinoblastoma: the Case for a New Group Classification. *Ophthalmology clinics of North America* 18 (2005) 41-53). Diese orientiert sich an der Indikation und den Chancen einer Therapie und fasst somit Gruppen gleicher Teilhabebeeinträchtigung zusammen. Zudem wird das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei dieser Tumorart durch eine postlaminaire Infiltration (jenseits der Lamina cribrosa sclerae) in den N. opticus deutlich erhöht. Bei bilateralen Retinoblastomen wird die Diagnose oftmals erst gestellt, wenn bereits beide Augen befallen sind. Dann liegt an einem Auge meist bereits ein hoher Malignitätsgrad vor. Fernmetastasen eines Retinoblastoms sind zum Teil gut behandelbar. Die Bewertung erfolgt entsprechend der tatsächlich vorhandenen Teilhabebeeinträchtigung.

Für die Vergabe eines Merkzeichens ist nur der GdB für die Beeinträchtigung des Sehvermögens relevant.

Zu 4.9

Die Uveitis kommt als Organmanifestation entzündlich-rheumatischer Erkrankungen vor, kann aber auch isoliert auftreten. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer systemischen Therapie erfolgt ein Hinweis für die Begutachtung. Die lokale Therapie - wie auch die des Glaukoms oder der Makuladegeneration - geht regelhaft nicht mit einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung einher.

Zu Buchstabe c (Nummer 16, Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems)

Zu 16.1

Gesundheitsstörungen in diesem Funktionsbereich können zu hämatologischen Veränderungen, zu einer damit verbundenen pathologischen Infektanfälligkeit, zu Funktionsstörungen aller Organsysteme und zu Auswirkungen auf den Allgemeinzustand führen. Grundsätzlich können durch hämatologische oder immunologische Funktionsstörungen alle Aktivitäten betroffen sein. Behandlungsbedürftigkeit oder eine notwendige Therapie im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin eine Therapie notwendig ist.

Zu 16.2

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Hodgkin-Lymphom ist im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose, Progress, Persistenz oder Rezidiv) in allen Stadien aufgrund der Auswirkungen der Gesundheitsstörung, der notwendigen Polychemotherapie und der eventuell vorhandenen Bestrahlungsfolgen sehr deutlich ausgeprägt. Wird im Verlauf der Therapie ein Progress, eine Persistenz oder ein Rezidiv diagnostiziert, so verlängert sich die Phase der ausgeprägten Teilhabebeeinträchtigung. Sie entspricht in ihrem Ausmaß auch im günstigsten Stadium einem GdB von 100, so dass sich eine weitere Differenzierung erübrigt. Nach Erzielen einer kompletten klinischen Remission ist für drei weitere Jahre eine Heilungsbewährung gerechtfertigt. Die Höhe des GdB ist in dieser Zeit davon abhängig, welches Risikostadium vorbestand. Die Risikostadien richten sich nach der Einteilung der Deutschen Hodgkin Studiengruppe. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung durch Spätfolgen der Chemotherapie ist individuell festzustellen, jedoch regelhaft abhängig vom Umfang der durch das Stadium bedingten notwendigen Initialtherapie. Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die Beeinträchtigung der Entwicklung zu berücksichtigen.

Zu 16.3

Zu 16.3.1

Die Bezeichnung der Diagnose einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL), einer Remission, einer Progression und eines Rezidivs basiert auf den Kriterien des International Workshop on CLL (IWCLL) (Blood 2008 June 15).

Die Beeinträchtigung der Teilhabe unterscheidet sich je nach klinischem Stadium und Ausmaß der B-Symptomatik. Dementsprechend wurde die Stadieneinteilung nach Binet als Grundlage für die Gruppen gleicher Teilhabebeeinträchtigung gewählt.

Eine Behandlungsbedürftigkeit liegt regelhaft im Stadium Binet C vor, kann aber in Ausnahmefällen schon im Stadium Binet B vorliegen. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung

bei Behandlungsbedürftigkeit ist abhängig insbesondere vom Ausmaß der Anämie, Thrombozytopenie, Autoimmunhämolyse, Infektanfälligkeit, Müdigkeit und von der lokal durch Lymphome oder Organomegalie bedingten Symptomatik. Die Teilhabebeeinträchtigung nach Erreichen einer Remission hängt von dem Ausmaß der Remission und den Auswirkungen der dauerhaft verbliebenen Gesundheitsstörungen ab. Im günstigsten Fall entspricht die Teilhabebeeinträchtigung einem GdB von 30, wobei bei geringerem Ausmaß der Remission oder stärkeren Auswirkungen der dauerhaft verbliebenen Gesundheitsstörungen die Teilhabebeeinträchtigung auch einer Schwerbehinderung entsprechen kann.

Zu 16.3.2

Die Stadieneinteilung des follikulären Lymphoms richtet sich nach der modifizierten Ann Arbor-Klassifikation. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei follikulärem Lymphom ist vom Krankheitsstadium, der Therapie und dem Allgemeinzustand abhängig. Nach Therapiebeginn wird das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung zusätzlich vom Therapieerfolg bestimmt. Es gilt zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß eine Remission erreicht werden konnte oder ein Rezidiv vorliegt. Weitere nicht aufgeführte indolente Non-Hodgkin-Lymphome (Haarzelleukämie, Immunozytom und andere) sind nach denselben Kriterien zu bewerten. Nodale und extranodale Marginalzonen-Lymphome mit Ausnahme des MALT-Lymphom des Magens sind aufgrund der vergleichbaren Teilhabebeeinträchtigung nach den Kriterien für das follikuläre Lymphom zu bewerten.

Zu 16.3.3

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei extranodalem Marginalzonen-Lymphom des mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes (MALT-Lymphom) des Magens ist vom Krankheitsstadium (modifizierte Ann Arbor Klassifikation gemäß der Union for International Cancer Control - UICC), der Lokalisation, der Therapie, dem Allgemeinzustand und davon abhängig, ob und in welchem Ausmaß eine Remission erreicht wird.

Zu 16.4

Zu 16.4.1

Die Bezeichnung der Diagnose und der Behandlungsbedürftigkeit des Multiplen Myeloms (CRAB) basieren auf den international anerkannten Kriterien der „International Myeloma Working Group 2003“ (British Journal of Haematology 2003). Die Stadieneinteilung erfolgt gemäß dem „International Staging System for Multiple Myeloma“ (Greipp et al, American Society of Clinical Oncology, 2005).

Bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) liegt regelhaft keine Teilhabebeeinträchtigung vor.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Multiplem Myelom ist sehr variabel. In frühen Stadien ohne Behandlungsbedürftigkeit ist sie von den Allgemeinsymptomen und dem Ausmaß der Knochenschmerzen abhängig. Bei vorhandener Behandlungsbedürftigkeit ohne Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation ist die Beeinträchtigung der Teilhabe vom Ausmaß der durch das Multiple Myelom verursachten Gesundheitsstörungen abhängig, entspricht jedoch immer mindestens einer Schwerbehinderung. Die häufigsten Gesundheitsstörungen sind benannt.

Zu 16.4.2

Ein solitäres Plasmozytom wird in der Regel sofort nach Diagnosestellung mit kurativer Zielsetzung insbesondere operativ behandelt. Für den Zeitraum der Heilungsbewährung wird ein Mindest-GdB angegeben. Falls eine systemische Therapie erforderlich ist, entspricht die Teilhabebeeinträchtigung der bei Multiplem Myelom.

Zu 16.5

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung vor, unter und nach Therapie eines aggressiven Non-Hodgkin-Lymphoms ist dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei akuter Leukämie vergleichbar. Das diffus-großzellige Lymphom ist das häufigste aggressive Non-Hodgkin-Lymphom. Auch aggressive Lymphome wie das Mantelzelllymphom können einen indolenten Verlauf aufweisen und werden wie indolente Lymphome therapiert. Es ist dann auch bei der Bewertung entsprechend den nicht aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen vorzugehen.

Für die Begutachtung wird darauf hingewiesen, dass bei ZNS-Lymphomen die Beeinträchtigung der Teilhabe durch neurologische Syndrome und durch kognitive Beeinträchtigungen verstärkt wird und diese getrennt zu bewerten sind.

Zu 16.6

Nummer 16.6 entspricht inhaltlich dem geltenden Recht.

Bei der chronischen myeloischen Leukämie spricht man von einer molekularen Remission, auch wenn diese nicht komplett ist. Zunehmend wird in Befundberichten als Synonym die Tiefe der molekularen Remission in logarithmischen Stufen angegeben. MR3 bedeutet zum Beispiel eine molekulare Remission mit Reduktion um mindestens drei Zehnerpotenzen (BRC-ABL/ABL kleiner als 0,1%), MR4 um mindestens vier Zehnerpotenzen und so weiter.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Primärer Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose) hängt auch vom Ausmaß einer begleitenden Anämie ab. Was unter einer mäßigen oder einer schweren Anämie zu verstehen ist, ist Nummer 16.10.2.2 beziehungsweise 16.10.2.3 zu entnehmen.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei juveniler myelomonozytärer Leukämie entspricht der bei akuter myeloischer Leukämie. Demnach sind die Begutachungskriterien für akute Leukämien anzuwenden.

Zu 16.7

Nummer 16.7 entspricht inhaltlich dem geltenden Recht. Ergänzt wurde ein Mindest-GdB von 30 für die verbliebenen Gesundheitsstörungen.

Zu 16.8

Es besteht keine Notwendigkeit der Differenzierung der einzelnen Formen myelodysplastischer Syndrome, da die Teilhabebeeinträchtigung bei allen Syndromen im Wesentlichen durch die gleichgearteten Auswirkungen der Gesundheitsstörungen, der daraus resultierenden Behandlungsnotwendigkeit und der Therapie bestimmt ist. Hierzu gehören insbesondere Müdigkeit, Leistungsminderung, Tachykardie, Blutungsneigung, rezidivierende Infekte sowie Nebenwirkungen der Transfusionen, der Therapie der Eisenüberladung und der systemischen zytoreduktiven Therapien. Von häufigen Transfusionen ist dann auszugehen, wenn regelmäßig ein Intervall von vier Wochen unterschritten wird.

Zu 16.9

Die Teilhabebeeinträchtigung unterscheidet sich nicht danach, ob die Stammzellen für die Transplantation aus dem Knochenmark (Knochenmarktransplantation) oder aus dem Blut (periphere Blutstammzelltransplantation) gewonnen werden. In der Neufassung wird auch für die autologe Stammzelltransplantation ein eigenes Bewertungskriterium eingeführt um eine einheitliche Bewertung zu gewährleisten. Die sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen der Teilhabe nach allogener Stammzelltransplantation nehmen an Ausprägung regelhaft im

Zeitverlauf ab. Es verbleibt jedoch regelhaft eine Teilhabebeeinträchtigung, die in der Regel höher ist als nach autologer Stammzelltransplantation.

Entsprechend der im Einzelfall gestellten medizinischen Indikation kann auch bei anderen als den in Nummer 16 genannten Konstellationen eine Stammzelltherapie durchgeführt werden (zum Beispiel bei Hochdosis-Chemotherapie bei Leukämien oder einigen Keimzell-Tumoren). Wenn die im Einzelfall zu bewertende Erkrankung die Voraussetzungen für eine Heilungsbewährung nach Teil A Nummer 2.1 erfüllt, handelt es sich bei der genannten Bewertung um eine Heilungsbewährung.

Zu 16.10

Eisenmangel und Vitaminmangelanämien sind in der Regel gut therapierbar und verursachen regelhaft keine über sechs Monate andauernde Teilhabebeeinträchtigung.

Es gibt chronische Anämien, die keine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe bedingen und somit keinen GdB rechtfertigen. Bei chronischen therapierefraktären Anämien insbesondere bei Autoimmunhämolyse, mechanischer Hämolyse, Thalassämie, Sichelzellerkrankheit, Erythrozytenstruktur- und -enzymdefekten ist ansonsten das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung mit dem bei Myelodysplastischen Syndromen vergleichbar. Bei Myelodysplastischen Syndromen sind die Beeinträchtigungen bedingt durch die Gesundheitsstörung größer, während bei den chronischen Anämien die Gesamtbeeinträchtigung auch durch die spezifische systemische Therapie mit hervorgerufen wird. Von häufigen Transfusionen ist dann auszugehen, wenn regelmäßig ein Intervall von vier Wochen unterschritten wird. Stärkere Auswirkungen einer chronischen Anämie sind zu erwarten, wenn der Hämoglobinwert regelmäßig unter 8 g/dl liegt.

Eine dauerhafte spezifische systemische Therapie im Sinne dieser Verordnung liegt insbesondere bei einer immunsuppressiven Therapie, einer Therapie mit monoklonalen Antikörpern oder Androgenen vor.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei aplastischer Anämie, chronischer Neutropenie und Agranulozytose entspricht der bei myelodysplastischen Syndromen oder chronischen Anämien. Demnach sind die jeweiligen Begutachtungskriterien anzuwenden.

Zu 16.11

Zu 16.11.1

Grundsätzlich ist die Teilhabebeeinträchtigung durch einen üblichen Therapieaufwand im GdB der jeweiligen Gesundheitsstörung enthalten. Ist die Gesundheitsstörung nicht regelhaft mit einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung und nicht regelhaft mit einer Antikoagulation verbunden, so ist die Teilhabebeeinträchtigung durch den tatsächlichen Therapieaufwand zu bewerten. Das Ausmaß der Beeinträchtigung ist abhängig von der indizierten Therapie und der daraus resultierenden Blutungsgefahr. In der Regel ist dies mit einem GdB von 10 zu bewerten. In seltenen Fällen, insbesondere bei Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom, ist eine umfassende Antikoagulation auch mit Kombinationen von Heparin und Cumarinen erforderlich. In diesen Fällen ist ein höherer GdB gerechtfertigt.

Zu 16.11.2

Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung (angeboren oder erworben) können insbesondere durch Störungen der plasmatischen Gerinnung (insbesondere Hämophilie) oder durch Thrombozytenmangel (Thrombozytopenie) oder -fehlfunktion (Thrombozytopathie) hervorgerufen sein. Diese Gesundheitsstörungen können die gleichen Auswirkungen auf die Teilhabe entfalten. Thrombozytopenien und -pathien sind entsprechend nach denselben Kriterien wie Störungen der plasmatischen Gerinnung zu bewerten.

Die Schweregradeinteilung der Hämophilie A und B erfolgt anhand der im Plasma vorhandenen Faktoraktivität. Diese lässt nicht regelhaft auf die tatsächliche Häufigkeit und Schwere von Blutungsereignissen schließen (Definitions in Hemophilia, Thromb Haemost 2001; 85: 560) und ist somit nur bedingt für die Beurteilung der Beeinträchtigung der Teilhabe nutzbar.

Die Beeinträchtigung der Teilhabe wird bei Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung insbesondere von den Geboten, auftretenden (Spontan-)Blutungen (neben der Blutungshäufigkeit auch von Blutungsausmaß und Blutungslokalisation) sowie dem Therapieaufwand bestimmt. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich insbesondere in der Mobilität, im häuslichen Leben, in der Berufsausübung, der Freizeitgestaltung und im sozialen Leben.

Die Behandlungsbedürftigkeit richtet sich im Allgemeinen nach der Querschnitts-Leitlinie zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten der Bundesärztekammer und der internationalen Leitlinie der World Federation of Hemophilia (Guidelines for the Management of Hemophilia). Dem Verordnungstext zu Grunde liegende Bezeichnungen und Behandlungsstandards basieren auf diesen Leitlinien. Die Therapieziele von Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung sind insbesondere die Verhütung von Blutungen, die Behandlung von Blutungen, deren Komplikationen und Folgeschäden, die Erhaltung und Wiederherstellung von Gelenkfunktionen und die Integration in ein normales soziales Leben. Die Behandlungsbedürftigkeit und die Therapieintensität korrelieren entsprechend mit der klinischen Schwere der Gesundheitsstörung. Bei erfolgreicher Therapie steigt die Lebensqualität deutlich (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz 2008, 51:637-645).

Auch ohne dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit gehen Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung regelhaft mit einer Beeinträchtigung der Teilhabe einher. Es besteht die Gefahr von Blutungen bei bereits kleinen Verletzungen. Zahlreiche Gebote, die in die Lebensgestaltung eingreifen, sind einzuhalten. Die intermittierende Behandlungsbedürftigkeit besteht insbesondere in spezifischen Bedarfsbehandlungen auch vor z. T. kleinen Eingriffen wie Zahnbehandlungen.

Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit insbesondere einer Hämophilie erfolgt die intravenöse Substitutionstherapie mit Faktorkonzentraten - je nach Ausmaß der Störung der Gerinnungsfunktion, dem individuellen Blutungsrisiko und dem Lebensalter der Betroffenen - entweder bei Bedarf oder kontinuierlich prophylaktisch (blutungsvorbeugende Dauerbehandlung). Dann wird die Bedarfsbehandlung („On-demand“-Behandlung) bei spontanen oder traumatischen Blutungen jeglicher Lokalisation regelhaft durchgeführt, wenn diese ein minimales Ausmaß (z. B. kleiner Hautblutungen) übersteigen. Auch unter kontinuierlicher prophylaktischer Substitution ist eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes nicht erreichbar.

Wenn Blutungen unter der kontinuierlichen prophylaktischen Substitution auftreten, steigt die Teilhabebeeinträchtigung deutlich. Die Dauer der dann erforderlichen therapeutisch intensiveren Faktorsubstitution hängt vom Ausmaß und der Lokalisation der Blutung ab. Die Regelung berücksichtigt sowohl den Umstand, dass sich z. B. bei wiederholten Blutungen in ein Gelenk die Behandlungstage über den genannten Zeitraum summieren, als auch die längere Behandlungszeit bei Blutungen in potentiell lebensbedrohlicher Lokalisation (z. B. pharyngeal oder retroperitoneal). Auch nach Sistieren der akuten Blutung und Übergang von der therapeutischen Faktorsubstitution zur prophylaktischen Faktorsubstitution können Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigung und lokale Behandlungsbedürftigkeit über Wochen bis Monate anhalten. Die verabreichten Faktorkonzentrate werden regelhaft mit Chargennummer dokumentiert.

Eine persistierende Hemmkörperhämophilie kann zu einer deutlich erhöhten Beeinträchtigung der Teilhabe führen, da sich dadurch Blutungsrisiko und Therapieaufwand erhöhen und die Gebote strenger einzuhalten sind. Die Behandlung schwerer Thrombozytopenien und -pathien ist aufgrund des individuell sehr variablen Blutungsrisikos und Therapieauf-

wandes komplex. Hier sind in Einzelfällen der Therapie der Hemmkörperelimination vergleichbare Therapieintensitäten und somit eine vergleichbare Teilhabebeeinträchtigung möglich.

Zu 16.12

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Störungen des Immunsystems mit Immundefizienz wird insbesondere durch die Nebenwirkungen der Therapie und durch eine trotz Therapie vorhandene pathologische Infektanfälligkeit bestimmt. Die Begrifflichkeiten pathologische Infektanfälligkeit, Minor-Infektion und Major-Infektion werden entsprechend der AWMF- Leitlinie „Diagnostik auf Vorliegen eines primären Immundefekts“ (Register Nr. 112/001) verwendet.

Hinweise auf eine pathologische Infektanfälligkeit können hiernach sein („ELVIS“):

- a) Infektionen durch opportunistische Erreger (insbesondere Candida-Sepsis, eine Pneumonie durch Pneumocystis jirovecii oder eine disseminierte Infektion durch atypische Mykobakterien),
- b) Lokalisation der Infektion (insbesondere polytope Infektionen oder Leberabszess durch Staphylokokkus aureus),
- c) Verlauf oder das unzureichende Ansprechen auf antibiotische Therapie oder auch Infektionskomplikationen durch abgeschwächte Erreger,
- d) Intensität (Schweregrad) der Infektion, wobei „Major-Infektionen“ (wie insbesondere Pneumonie, Meningitis, Osteomyelitis oder invasive Abszesse), die in der Regel eine intravenöse antibiotische Therapie erfordern, sich von Minor-Infektionen (wie insbesondere Sinusitis, Otitis media, Bronchitis) unterscheiden sowie
- e) Summe (Anzahl) an Infektionen, wobei zwischen dem subjektiven Empfinden und der objektivierbaren Dokumentation in einem Beschwerdekalendarer beträchtliche Unterschiede bestehen können.

Bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit erfolgt eine Immunglobulinsubstitution, Antibiotika- oder antivirale Therapie.

Durch den frühzeitigen Einsatz immunsuppressiver Substanzen führt der Therapieerfolg dazu, dass durch die Grunderkrankung selbst die Teilhabe nicht beeinträchtigt wird. Da durch die Immunsuppression und die Nebenwirkungen der notwendigen Therapeutika die Teilhabe beeinträchtigt sein kann, werden hierfür GdB festgesetzt.

Ein erworbenes Immunmangelsyndrom tritt insbesondere bei der human immunodeficiency virus (HIV) Infektion als acquired immune deficiency syndrome (AIDS) auf. Bei der HIV-Infektion und AIDS wird die Beeinträchtigung der Teilhabe bei erfolgreicher Therapie mit Wiederherstellung der immunologischen Kompetenz durch die Folge- und Begleiterkrankungen sowie die Nebenwirkungen der Therapie in anderen Funktionsbereichen bestimmt. Insbesondere Störungen der mentalen Funktionen, des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems, der Nierenfunktion und sich daraus entwickelnde Knochenstoffwechselstörungen sowie kardiovaskuläre Funktionsstörungen treten gehäuft auf. Die Stadieneinteilung des Centers of Disease Control, USA 1993 erlaubt keinen Rückschluss auf die Beeinträchtigung der Teilhabe.

Zu 16.13

Nummer 16.13 entspricht inhaltlich dem geltenden Recht.

Zu Buchstabe d (Nummer 18.1)

Folgeänderung zur neuen Nummer 19.

Zu Buchstabe e (Nummer 18.5)

Folgeänderung zur neuen Nummer 19.

Zu Buchstabe f (Nummer 18.7 bis 18.12)

Folgeänderung zur neuen Nummer 19.

Zu Buchstabe g (Nummer 18.13)

Folgeänderung zur neuen Nummer 19.

Zu Buchstabe h (Nummer 18.14)

Folgeänderung zur neuen Nummer 19.

Zu Buchstabe i (Nummer 19, Muskuloskeletale Funktionen)

Zu 19.1

Die Neufassung berücksichtigt alle Aspekte, die die Teilhabe bei Störungen der muskuloskeletalen Funktionen beeinträchtigen können. Auf den bisherigen Begriff des „Schadens“, der in der Medizin meist mit Strukturveränderung gleichgesetzt wird, wird in der Neufassung unter Berücksichtigung der ICF einerseits und der Verwendung dieses Begriffes im sozialen Entschädigungsrecht andererseits verzichtet. Weitere nicht eindeutig definierte oder in der Medizin nicht mehr gebräuchliche Begrifflichkeiten werden mit dem Ziel der einheitlichen Anwendung ebenfalls vermieden oder präzisiert. Die Struktur des Verordnungstextes berücksichtigt die zu beachtenden Klassifikationen (ICD-10-GM und ICF) sowie versorgungsmmedizinische Erfordernisse zur Gewährleistung einer rechtssicheren und einheitlichen Anwendung.

Unter Nummer 19.1 wird beschrieben, wodurch die Beeinträchtigung der Teilhabe bei Störungen der muskuloskeletalen Funktionen insbesondere bestimmt ist. Die medizinische Notwendigkeit, dauerhaft auch zuhause einen Rollstuhl zur Fortbewegung benutzen zu müssen, ist nicht allein von einer in diesem Kapitel aufgeführten Störung der Körperstruktur oder -funktion abhängig. Die medizinische Notwendigkeit ergibt sich auch aus personenbezogenen Faktoren und Wechselwirkungen verschiedener im Einzelfall vorliegender Gesundheitsstörungen. Während sich beispielsweise ein jüngerer Mensch bei einer hochgradigen Funktionsstörung der unteren Extremitäten für kurze Strecken zuhause mit Gehstützen fortbewegen kann, ist dies einem älteren Menschen bei gleicher Diagnose nicht unbedingt gleichermaßen möglich. Wechselwirkungen bei beispielsweise gleichzeitig bestehender Schultergelenkarthrose, Herzleistungsminderung, Polyneuropathie und kognitiven Störungen können dazu führen, dass die Benutzung eines Rollstuhls dauerhaft auch zuhause medizinisch notwendig ist.

Die Auswahl der Begutachtungskriterien wird erläutert und darauf hingewiesen, dass Einzelbefunde, Diagnosen oder durchgeführte Therapien allein keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung zulassen. Dies betrifft insbesondere auch Befunde bildgebender oder anderer messtechnischer Verfahren sowie allein darauf beruhende Diagnosen (wie zum Beispiel degenerative Wirbelsäulenerkrankung oder Osteoporose).

Die Neutral-0-Stellung ist einheitlich definiert. Sie entspricht der Gelenkstellung, die ein gesunder Mensch im aufrechten Stand mit hängenden Armen und nach vorn gehaltenem Daumen und parallelen Füßen einnehmen kann. Von dieser 0-Stellung aus ergibt sich der bei der Bewegung durchlaufene Winkel. Die Neutral-0-Stellung ist die Ausgangsstellung für die Untersuchung und Dokumentation von Gelenkbewegungen in der Medizin. Die Messblätter der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung finden hierfür breite Anwendung in Klinik, Praxis und Begutachtung. Während nach der Untersuchungsmethode Neutral-0-Methode derjenige Bewegungsumfang gemessen und dokumentiert wird, der durch die vom Untersucher geführte Bewegung erreicht wird, ist in dieser Verordnung immer der tatsächlich mögliche Bewegungsumfang Begutachungskriterium, da dieser für die Ausführung von Aktivitäten relevant ist.

Es wird auch auf weitere Aspekte, die für eine einheitliche und reproduzierbare Begutachtung von Bedeutung sind, hingewiesen. Weder eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts noch die Diagnose Osteoporose lassen einen Rückschluss auf die Beeinträchtigung der Teilhabe zu. Erst wenn durch eine Störung der Knochenstruktur oder der Funktionen einschließlich Schmerzen Aktivitäten beeinträchtigt sind, stellt sich die Frage einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung. Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke oder der Wirbelsäule hingegen können schwerwiegendere Auswirkungen auf Aktivitäten und die Teilhabe entfalten als beispielsweise eine Gelenkversteifung. 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.

Bei allen Störungen der Struktur oder der Funktion der Extremitäten wurde für die Neufassung geprüft, ob eine beidseitige Betroffenheit versorgungsmedizinisch relevant ist und somit einer eigenen Bewertung bedarf. Die bisher zahlreichen Bewertungen für eine beidseitige Betroffenheit bei Extremitätenverlusten waren historisch bedingt. Demgegenüber ist heutzutage eine beidseitige Betroffenheit insbesondere bei Funktionsstörungen der Gelenke und bei Endoprothesen häufig. Dem wird in der Neufassung Rechnung getragen mit dem Ziel einer einheitlichen und reproduzierbaren Bewertung. Wenn im Einzelfall eine beidseitige Betroffenheit vorliegt, für die in der Verordnung kein GdB angegeben ist, erfolgt die versorgungsärztliche Bewertung der daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung bei der Bildung des GdB für das Funktionssystem gemäß Teil A Nummer 3.

Zu 19.2

Die Teilhabebeeinträchtigung bei chronischer Osteomyelitis oder chronischer Osteitis ergibt sich einerseits aus der Funktionsstörung des betroffenen Knochens und seiner Umgebung, wie insbesondere reduzierte Belastbarkeit, Schwellung und Schmerz, und andererseits aus einer möglichen systemischen Beteiligung sowie aus den Auswirkungen der Therapie (einschließlich einer eventuellen systemischen antibiotischen oder immunsuppressiven Behandlung). Die Amputation stellt eine radikale Entfernung der Osteomyelitis oder Osteitis dar.

Das Ausmaß möglicher dauerhafter Auswirkungen der chronischen Entzündung oder der Therapie ist mit Beginn der Therapie nicht absehbar. Die dadurch eventuell verbliebende Teilhabebeeinträchtigung ist daher nach Ende des Zeitraums der Heilungsbewährung entsprechend dem Nachweis im jeweiligen Funktionssystem zu bewerten.

Bei einem Rezidiv handelt es sich um eine akute Exazerbation einer chronischen Osteomyelitis oder Osteitis. Dazu zählt auch ein neuer septischer Herd in anderer Lokalisation durch denselben Erreger nach zuvor abgelaufener chronischer Osteomyelitis oder chronischer Osteitis.

Zu 19.3 und 19.4

Die Beeinträchtigung der Teilhabe bei Kleinwuchs steigt umgekehrt proportional zur Körpergröße kontinuierlich. Dementsprechend wurden GdB für kleinwüchsige Betroffene bis zu einer Körpergröße von 150 cm festgesetzt. Zudem wird darauf hingewiesen, dass gegebenenfalls weitere Gesundheitsstörungen in demselben oder einem anderen Funktionssystem zu berücksichtigen sind.

Zu 19.5

Als Funktionseinheit Wirbelsäule werden die Wirbelkörper und das Kreuzbein mit zugehörigen Gelenken, Bandscheiben, Bandstrukturen, Kapselstrukturen und der dazugehörigen Muskulatur verstanden. Als funktionelle Abschnitte werden in dieser Verordnung die Halswirbelsäule (HWS) einerseits und die Brust-/Lendenwirbelsäule (BWS/LWS) andererseits bezeichnet.

Einer Störung der Funktionseinheit Wirbelsäule können angeborene, degenerative, traumatische, entzündliche oder tumoröse Veränderungen und ihre jeweilig gegebenenfalls operativ behandelten Folgen zu Grunde liegen. Die häufigsten Störungen der Struktur und der Funktion werden in der Verordnung genannt. Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe wird durch die Auswirkungen dieser Störungen bestimmt.

Zur Ermittlung der Auswirkungen einer Störung der Funktionseinheit Wirbelsäule sind in der Begutachtung die in ärztlichen Untersuchungen erhobenen Befunde zu Grunde zu legen, die über Struktur- und Funktionsstörungen einschließlich Schmerzen Aufschluss geben. Erst in der ärztlichen Gesamtschau der Anamnese, der Untersuchungsbefunde und gegebenenfalls des Therapieverlaufs lassen sich vor dem Hintergrund ärztlichen Wissens und ärztlicher Erfahrung die Art und das Ausmaß der Beeinträchtigung von Aktivitäten einordnen. Einzelbefunde erlauben keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Beeinträchtigung. Bei der Bewertung von Untersuchungsbefunden ist deren hohe Variabilität zu berücksichtigen (zum Beispiel je nach Untersuchungszeitpunkt, Untersuchungskontext oder Untersucher).

Zwar können bei der Begutachtung Befundangaben insbesondere zur jeweils führenden Bewegungsrichtung eines funktionellen Wirbelsäulenabschnitts hilfreich für die Einschätzung sein. So kann ein aktiver Bewegungsumfang von weniger als 30 Grad Rotation der HWS oder ein Befund im Schober-Test zur Prüfung der aktiven Vorneigung der LWS mit einer Entfaltung von 10 Zentimeter auf weniger als 11 Zentimeter auf eine Funktionsstörung hinweisen, deren Auswirkung auf die Teilhabe einem GdB von 30 entspricht. Da aber weder der morphologische (auch in bildgebenden Untersuchungen darstellbare) noch der in der Funktionsprüfung individuell messbare Befund regelhaft mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe korreliert, sind auch in der Neufassung die Auswirkungen der Beeinträchtigung der Struktur oder Funktion maßgebliches Begutachungskriterium. Zur Funktion gehört dabei entsprechend der ICF auch die Funktion Schmerz. Die Auswirkungen werden in der Neufassung - im Sinne der ICF - im Hinblick auf die Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe konkretisiert bei gleichbleibender Bewertung.

Evidenzbasierte Untersuchungen, wie sie in Leitlinien und der Nationalen Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ (NVL) zusammengefasst sind, belegen die geringe Spezifität bildgebender Untersuchungen an der Wirbelsäule im Hinblick auf Funktion und Schmerz. Auch die Trennschärfe anderer Untersuchungsmethoden zur differentialdiagnostischen Beurteilung der Funktion muskulärer und gelenkbezogener Strukturen ist ebenso wenig belegt wie zur Beurteilung schmerzbedingter Funktionsstörungen. Weder die Bezeichnung chronische Rückenschmerzen noch Methoden zur Schmerzerfassung und Skalierung finden einheitlich Anwendung. Zudem sind die zur Verfügung stehenden Skalierungen chronischer Schmerzen unter anderen Fragestellungen validiert. Schmerzwissenschaftliche Studien zeigen aber, dass chronische Schmerzen mit der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe einhergehen. Das gilt auch für chronische spezifische ebenso wie für nicht spezifische Rückenschmerzen. Da Schmerzen häufig nicht mit dem feststellbaren

Ausmaß der Gewebeschädigung der an der Funktionseinheit Wirbelsäule beteiligten Strukturen korrelieren, ist ein für die Gesundheitsstörung typisches Maß nicht definierbar. Es entspricht den wissenschaftlichen Erkenntnissen, Schmerz über die Beeinträchtigung von Aktivitäten abzubilden.

Die insbesondere betroffenen Aktivitäten sind in zahlreichen Funktionsassessments, Schmerzfragebögen, ICF Core Sets und zum Teil mittels WHODAS 2.0 validiert. Sie sind ebenso wie der Untersuchungsbefund medizinischen Berichten zu entnehmen. Die bei chronischen Rückenschmerzen häufig betroffenen Aktivitäten der Selbstversorgung (Ankleiden) und des häuslichen Lebens (Haushaltsaufgaben erledigen, Einkaufen) sowie der Mobilität (Gehen, Stehen) werden zudem auch in dem von der NVL für die ambulante Versorgung empfohlenen Screening zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren für eine Chronifizierung von Rückenschmerzen erfragt. In den Assessment-Instrumenten wird zu meist unter einer längeren Gehstrecke eine Distanz von einem Kilometer, unter längerem Stehen eine Dauer von 30 Minuten, unter längerem Sitzen eine Dauer von einer Stunde verstanden.

Die bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule häufigen Beeinträchtigungen bei Überkopfarbeiten oder Bildschirmtätigkeiten wirken sich auf das häusliche ebenso wie auf das schulische oder berufliche Leben aus. Die bei Funktionsstörungen der Brust- oder Lendenwirbelsäule häufigen Beeinträchtigungen beim Gehen, Stehen und Sitzen, Bücken oder Heben von Lasten wirken sich insbesondere auf die Mobilität sowie das häusliche und schulische oder berufliche Leben aus. Mit zunehmender Schwere der Funktions- oder der Strukturstörung der Wirbelsäule sind weitere Aktivitätsbereiche wie insbesondere die Selbstversorgung betroffen.

Schwere strukturelle Veränderungen haben regelhaft Auswirkung auf die Funktion. Die häufigsten funktionellen Auswirkungen sind in der Verordnung genannt. Dabei beinhaltet der Begriff Instabilität die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander (ein Bewegungssegment) unter physiologischer Belastung, die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. Diese muss von einer konstitutionellen Hypermobilität, welche vor dem Hintergrund alters- und geschlechtsspezifischer Unterschiede eine über das physiologische Maß hinausgehende Gelenkbeweglichkeit, aber keine krankhafte Veränderung darstellt, abgegrenzt werden.

Wirbelsäuleninstabilitäten können zur Beeinträchtigung von Aktivitäten führen, ohne dass regelhaft eine Funktionseinbuße messbar ist. Versteifungen hingegen bedingen regelhaft Einschränkungen der messbaren Funktion; das Ausmaß der Funktionsstörung hängt vom betroffenen Wirbelsäulenanteil ab. Die Teilhabebeeinträchtigung bei Versteifung von Teilen der Wirbelsäule unterscheidet sich, je nachdem welcher Abschnitt betroffen ist. So umfasst die Versteifung des ersten mit dem zweiten Halswirbelkörper zwar nur ein Segment, bedeutet aber mehr als den hälftigen Verlust der Rotation. Dagegen hat die Versteifung der mittleren und unteren Halswirbelsegmente eine geringere funktionelle Auswirkung. Es kommt somit weniger auf die Anzahl versteifter Wirbelsäulensegmente an, sondern darauf, ob Abschnitte besonderer Bedeutung betroffen sind. Die Beeinträchtigung ist am höchsten bei Versteifungen an der oberen Halswirbelsäule, wenn die Kopfgelenke einbezogen sind, geringer bei Versteifung der mittleren und unteren Halswirbelsäule oder im Bereich der Lendenwirbelsäule, am geringsten bei Versteifung im Bereich der Brustwirbelsäule. Grundsätzlich ist die Funktionseinschränkung nach Versteifungen variabel und die Auswirkungen auf die Ausführung von Aktivitäten abhängig davon, ob eine Kompensation durch angrenzende Wirbelsäulenabschnitte oder Gelenke möglich ist.

Grundsätzlich können bei Beeinträchtigung insbesondere der führenden Bewegungsrichtungen (wie zum Beispiel Rotation für die HWS, Vorneigung für die BWS/LWS) der jeweils andere Wirbelsäulenabschnitt oder angrenzende Wirbelsäulensegmente kompensatorisch wirken. Fehlen diese Kompensationsmöglichkeiten, ist die funktionelle Auswirkung ausschlaggebend für die Ausführung von Aktivitäten. Diese funktionellen Aspekte liegen auch der Entscheidung zu Grunde, die Teilhabebeeinträchtigung nur bei den leichteren und nur

einen funktionellen Wirbelsäulenabschnitt betreffenden Beeinträchtigungen getrennt zu betrachten. Sobald beide funktionelle Wirbelsäulenabschnitte betroffen sind, erfolgt die Abbildung der Teilhabebeeinträchtigung gemeinsam mit einem GdB.

Insbesondere bei schweren strukturellen oder funktionellen Störungen erübrigt sich eine Differenzierung des Wirbelsäulenabschnitts unter dem Gesichtspunkt der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe. Bei Anwendung der Begutachungskriterien, bei denen eine GdB-Spanne angegeben ist, sind die im Einzelfall vorliegenden Kompensationsmöglichkeiten entsprechend zu berücksichtigen.

Auch den angrenzenden Gelenken, wie insbesondere den Schulter- und Hüftgelenken, kommt eine große kompensatorische Bedeutung für die Ausführung von Aktivitäten zu. Sind die Kompensationsmöglichkeiten durch angrenzende Gelenke eingeschränkt, kann dies die Ausführung von Aktivitäten erheblich beeinflussen. Die höhere Teilhabebeeinträchtigung ist dann bei der Bildung des Gesamt-GdB entsprechend Teil A, Nummer 3.2 zu berücksichtigen. Hierauf wird in der Verordnung explizit hingewiesen.

Gesundheitsstörungen, die sich bei Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule entwickeln können und im jeweils entsprechenden Funktionssystem zusätzlich zu bewerten sind, sind in der Verordnung beispielhaft aufgeführt.

Zu 19.6

Als Funktionseinheit Becken wird das Os ilium, Os pubis und Os ischium (mit Überschneidungen zur Funktionseinheit Wirbelsäule und Os sacrum) mit zugehörigem Iliosakralgelenk und Azetabulum, Bandstrukturen, Kapselstrukturen und der dazugehörigen Muskulatur verstanden.

Störungen der Funktionseinheit Becken liegen insbesondere vor bei Instabilitäten des Beckenrings, wie zum Beispiel nach Beckenverletzungen, bei knöchernen Defekten oder bei Beckenteilersatz nach rekonstruktiven Eingriffen an Becken oder Hüftgelenk, wie zum Beispiel nach Revisionsoperationen im Rahmen der Hüftendoprothetik oder im Rahmen der Tumortherapie.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Hüftgelenksresektion hängt insbesondere von der Fähigkeit zu gehen, stehen und sitzen ab. In der höchsten Ausprägung kann die Benutzung eines Rollstuhls medizinisch notwendig sein. Die Teilhabebeeinträchtigung bei Hüftgelenkresektion unter Erhalt des Beins entspricht der bei anderen Funktionsstörungen der Funktionseinheit Becken.

Bei medizinischer Notwendigkeit der Entlastung des ganzen Beins ist die Teilhabebeeinträchtigung variabel. Sie ist insbesondere abhängig von der Gehfähigkeit sowie der Art und dem Umfang der medizinisch notwendigen Hilfsmittelnutzung. Sie steht in Relation zur Teilhabebeeinträchtigung bei Störung der Funktionseinheit Becken und kann analog unter Berücksichtigung der individuell vorliegenden Beeinträchtigung der Aktivitäten begutachtet werden. Daher wird in der Neufassung auf ein eigenes Kriterium mit fixem GdB verzichtet.

Während die Darstellung des Bewegungsumfangs bei Funktionsstörungen der Gliedmaßen oder des Hüftgelenks von der Neutral-0-Stellung ausgeht, existiert eine entsprechende Darstellung für das Becken nicht. Bei der Begutachtung von Störungen der Funktionseinheit Becken ist daher darauf zu achten, dass die einer Funktionsstörung zu Grunde liegenden Strukturveränderungen oder knöchernen Defekte nachgewiesen sind. Der Nachweis erfolgt insbesondere durch bildgebende Untersuchungen.

Mit dem angegebenen GdB wird auch die Teilhabebeeinträchtigung umfasst, die durch assoziierte Weichteilveränderungen einschließlich daraus eventuell resultierender sensibler Störungen und Schmerzen entsteht. Bei Instabilitäten des Beckenrings liegt häufig, bei einer Becken-Femur-Ersatzverbindung außerhalb des Hüftgelenkes immer eine Beinlängendifferenz vor; die hierdurch bedingten Auswirkungen sind im GdB enthalten.

Den Kompensationsmöglichkeiten innerhalb der Funktionseinheit Becken kommt in der Bewertung besondere Bedeutung zu. Die Funktionsbeeinträchtigung steigt, wenn zum Beispiel strukturell bedingte Störungen muskulär nicht kompensiert werden können; dies ist insbesondere nach wiederholten Revisionsoperationen der Fall. Demgegenüber sind Kompensationsmöglichkeiten durch angrenzende Wirbelsäulenabschnitte gutachterlich bei der Bildung des Gesamt-GdB zu beachten.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung hängt davon ab, ob Gehen und Stehen frei, das heißt ohne die Notwendigkeit einer Gehhilfe, möglich sind. Kompensatorische Hilfsmittel, wie zum Beispiel eine Orthese zur Stabilisierung des Kniegelenks, kommen bei einer Störung der Funktionseinheit Becken in der Regel nicht in Betracht. Die Teilhabebeeinträchtigung hängt sowohl von der Art der medizinisch notwendigen Gehhilfe als auch davon ab, ob diese ein- oder beidseitig notwendig ist (zum Beispiel beidseitige Unterarmgehstütze, Gehbock oder Gehwagen).

Die medizinische Notwendigkeit einer Gehhilfe zur Fortbewegung hängt auch mit der zu bewältigenden Strecke zusammen. So können Gehhilfen insbesondere zur Fortbewegung außerhalb des Zuhauses medizinisch notwendig sein, während sie zuhause nicht erforderlich sind. Eine Validierung der Aktivität Gehen allein anhand der Gehstrecke würde alltagsrelevante Aspekte außer Acht lassen. So ist es für die Teilhabe zum Beispiel relevant, wie die Fortbewegung auf unterschiedlichen Oberflächen möglich ist und ob übliche Hindernisse im öffentlichen Raum bewältigt werden können. Die Fähigkeit zur Fortbewegung zuhause berücksichtigt neben der Gehstrecke unter anderem auch die Vertrautheit des eigenen Lebensbereichs sowie Hilfe und Sicherung durch Gegenstände des täglichen Lebens.

Die Formulierung nach Fortbewegung innerhalb gegenüber außerhalb des Zuhauses lehnt sich an die ICF und den von der WHO auf Grundlage der ICF entwickelten WHODAS 2.0 (deutsche Übersetzung) und den dort formulierten Fragen zur Mobilität an.

Neuere Studien zeigen, dass sich Beeinträchtigungen insbesondere nach Verletzungen des Beckens nicht allein aus dem Verletzungsmuster und den bildgebend nachweisbaren Veränderungen im Beckenskelett ableiten lassen. Die Stärke des Beeinträchtigungserlebens variiert individuell; es wird ein Zusammenhang mit der Schwere und Komplexität des Unfallereignisses beobachtet, insbesondere wenn dieses zu einem Polytrauma geführt hat. In der Begutachtung ist entsprechend auf die Beeinträchtigung in weiteren Funktionssystemen und somit auch auf mögliche psychische Störungen zu achten

Zu 19.7

Zu 19.7.1

Der bisherigen Bewertung bei Extremitätenverlusten lagen die in der Verwaltungsvorschrift zu § 30 BVG unter der Nummer 5 genannten Mindesthundredsätze zugrunde, die seit mehr als 50 Jahren weitgehend unverändert geblieben sind. Diese stimmten zum Teil noch überein mit den „Anhaltspunkten für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit“ aus dem Jahr 1920. Diese historischen Schadenswerte wurden für die Neufassung erstmals und grundsätzlich nach dem bio-psycho-sozialen Modell überarbeitet. Die Verwaltungsvorschrift bewertete ausschließlich „erhebliche äußere Körperschäden“. Somit ist die bisherige Bewertung insbesondere aufgrund des Standards der Versorgung mit modernen Funktionsprothesen aber auch aufgrund des gesellschaftlichen Wandels in der Akzeptanz der Prothesenversorgung und mit dem kontinuierlichen Abbau von Mobilitätsbarrieren im öffentlichen Raum nicht mehr zeitgemäß. Während damals traumatische Amputationen die Hauptursache für Gliedmaßenprothesen waren, stellen heute Durchblutungsstörungen die häufigste Indikation dar.

Die Hilfsmittelversorgung, die funktionelle Rekonstruktion sowie die Kompensation können nur die Funktionsstörung teilweise ausgleichen. Die Teilhabebeeinträchtigung ergibt sich aber nicht allein aus der Störung der Funktion. Sie geht darüber hinaus. Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit sind weitere Aspekte relevant

wie zum Beispiel die Störung der körperlichen Integrität. Diesen Aspekten wird in der Neufassung Rechnung getragen; die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist in den angegebenen GdB enthalten.

Die bisherigen GdB bei Extremitätenverlust berücksichtigten Hilfsmittel nicht. Die Teilhabebeeinträchtigung unter oder ohne Verwendung beispielsweise einer Beinprothese unterscheidet sich aber wesentlich. Der Unterschied ergibt sich nicht nur in der Domäne Mobilität, sondern beispielsweise auch in der Selbstversorgung, dem häuslichen Leben, den bedeutenden Lebensbereichen sowie dem Gemeinschafts- und sozialen Leben. Die Prothesenversorgung ist medizinischer Standard.

Die neu festgesetzten Mindest-GdB für Extremitätenverluste stellen Werte bei bestmöglichem Behandlungsergebnis dar. Das bestmögliche Behandlungsergebnis ist durch Hilfsmittelversorgung, Rekonstruktion oder funktionelle Kompensation zu erreichen. Dies schließt gegebenenfalls die Anpassung der Händigkeit mit ein. Neben der modernen Prothesentechnik berücksichtigt die Neufassung auch evidenzbasierte Operationsmethoden.

Das bestmögliche Behandlungsergebnis ist nicht mit dem theoretisch besten gleichzusetzen. Außergewöhnlich gute Behandlungsergebnisse (insbesondere bei an beiden Unterschenkeln prothetisch versorgten Leistungssportlern oder bei an beiden Oberschenkeln prothetisch versorgten nicht rollstuhlpflichtigen Betroffenen) gelten nicht als Maßstab.

Zu 19.7.2 bis 19.7.4

Aufgrund der überragenden Bedeutung manueller Funktionen für die Teilhabe in allen Lebensbereichen in der heutigen Zeit erfolgt eine differenzierte Wichtung der GdB bei Verlust der oberen Extremität. Die Prothesenversorgung ist hier schwieriger als an den unteren Extremitäten.

Der Verlust eines Langfingers stellt unabhängig von der eventuellen Betroffenheit des Mittelhandknochens eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung dar. Im Vergleich zur Teilhabebeeinträchtigung bei Verlust von zwei oder mehr Langfingern ist die Funktionalität der Hand weniger beeinträchtigt. Die körperliche Integrität, die insbesondere an der Hand im Hinblick auf ihre Bedeutung für Gestik, Ausdrucksfähigkeit und Persönlichkeitsdarstellung wesentlich ist, macht bei Verlust eines Langfingers in der Relation einen größeren Anteil der Teilhabebeeinträchtigung aus.

Wegen der hohen Kompensationsmöglichkeit innerhalb von sechs Monaten besteht kein wesentlicher Unterschied in der Teilhabebeeinträchtigung bei Verlust des einen Fingers gegenüber dem anderen Finger. Von herausragender Bedeutung für die Handfunktion ist jedoch der Daumen. Insbesondere die Oppositionsbewegung des Daumens ermöglicht es, wichtige Greiffunktionen auszuführen.

Fehlt der Daumen, kommt den verbleibenden Fingern eine höhere Bedeutung für die Restfunktionalität der Hand zu. Dies wird bei der Neufassung stärker berücksichtigt. Der zusätzliche Verlust eines Langfingers bei Verlust des Daumens stellt gegenüber dem Daumenverlust alleine noch keine wesentlich andere Teilhabebeeinträchtigung dar. Fehlen neben dem Daumen zusätzlich der Ring- und Kleinfinger derselben Hand, so verbleibt durch den Zeige- und Mittelfinger der Interdigitalgriff erhalten und somit die Fähigkeit, mit zwei starken nebeneinanderliegenden Langfingern etwas feinmotorisch zu manipulieren bzw. kraftvoll anzuheben. Auch diese Konstellation stellt gegenüber dem Daumenverlust alleine noch keine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung dar. Bei der Bewertung anderer Konstellationen von Fingerverlusten ist diese Funktionalität zu berücksichtigen. Fehlen jedoch zusätzlich zum Daumen der Zeige- und Mittelfinger, liegt eine wesentliche Minderung dieser Restfunktionalität vor. Hierbei entspricht die Teilhabebeeinträchtigung in ihrem Ausmaß der bei kombiniertem Verlust von Daumen und drei Langfingern. Der Erhalt nur eines Langfingers stellt gegenüber dem Verlust aller Finger einer Hand hinsichtlich der Teilhabe einen wesentlichen Unterschied dar, weil zum Beispiel Tätigkeiten auf einer Tastatur oder Wischbewegungen noch partiell ausgeführt werden können.

Im Vergleich zum Verlust der gesamten Hand kann der Handteller im Sinne einer Schaufel motorisch eingesetzt werden. Bei erhaltener Sensibilität ist zudem auch ein Vorteil im Vergleich zur Handprothese gegeben. Der Verlust der Extremität im Unterarm bedingt keine wesentlich andere Teilhabebeeinträchtigung als der Verlust der gesamten Hand.

Zu 19.7.5 bis 19.7.7

An der unteren Extremität liegt eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung erst bei Verlust aller Zehen eines Fußes vor und steigt mit der Amputationshöhe kontinuierlich an, wobei das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Amputationen im Unterschenkel nicht wesentlich von der Stumpflänge beeinflusst wird.

Bei Verlust des Fußes ist die Amputationshöhe jedoch relevant für die Möglichkeit der orthopädischen Schuhversorgung und somit der Stabilität beim Stehen und Gehen. Während bei einseitigem Verlust i. d. R. eine Kompensation gut möglich ist, ist die Beeinträchtigung der Teilhabe bei beidseitigem Verlust doppelt so hoch.

Bei Amputationen im Kniegelenk kommt es infolge der Prothesenanpassung mit Aufsetzen des künstlichen Gelenkes auf die gesamte Oberschenkelhöhe zu einer - insbesondere im Sitzen - auffälligen Verlängerung des Oberschenkels. Entsprechend ist die Teilhabebeeinträchtigung bei Kniegelenkexartikulationen höher als bei Amputationen im Unterschenkel bei erhaltenem Kniegelenk. Sie ist aber geringer als bei Amputationen im Oberschenkel wegen der besseren Belastbarkeit und besseren Sitzfunktion.

Die bisherige Bewertung des GdB bei Verlust eines Beins im Oberschenkel berücksichtigte Hilfsmittel nicht. Die Teilhabebeeinträchtigung unter oder ohne Verwendung einer Beinprothese unterscheidet sich aber wesentlich. Die Versorgung mit einer Beinprothese, die das Gehen erlaubt, ist medizinischer Standard. Die Möglichkeit der Versorgung mit einer Beinprothese und damit unter anderem die Herstellung der Gehfähigkeit ohne Gehhilfe, hängt insbesondere von der Länge des Stumpfs ab. Somit unterscheidet sich die Teilhabebeeinträchtigung je nach Länge des Oberschenkelstumpfs. Entsprechend der individuell erreichten Versorgungsqualität, die insbesondere die Mobilität bestimmt, ist der angegebene Mindest-GdB in der Begutachtung im Einzelfall ggf. höher anzusetzen.

Bei Verlust eines Beins im Beckenskelett oder im Hüftgelenk ist zusätzlich die Fähigkeit zu sitzen bzw. in einer sitzenden Position zu verbleiben regelhaft beeinträchtigt. Hierin unterscheidet sich die Teilhabebeeinträchtigung gegenüber der bei Verlust eines Beins im Oberschenkel mit kurzem Oberschenkelstumpf, bei dem die Sitzstabilität erhalten ist. Die Fähigkeit bzw. Beeinträchtigung des Sitzens hat Einfluss auf weitere Aktivitäten. Diesem Unterschied in der Teilhabe wird in der Neufassung Rechnung getragen.

Zu 19.8.

Da der Begriff „Versteifung“ in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur nicht eindeutig definiert ist, wird er für die Anwendung in dieser Verordnung konkretisiert.

Wesentlich für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Versteifung des Schulterhauptgelenks ist der verbliebene Handlungsspielraum vor und hinter dem Körper. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung steigt bei ungünstiger Versteifungsstellung und bei gestörter aktiver Beweglichkeit des gleichseitigen Schulterblatts gegenüber dem Brustkorb.

Entscheidend für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Funktionsstörungen des Ellenbogens sind die Versteifungsstellung, das Vorhandensein oder Fehlen der Unterarmdrehbeweglichkeit und der Umfang der Streck- und Beugefähigkeit des Unterarms. Die Unterarmdrehbeweglichkeit ist von herausragender Bedeutung insbesondere für die Ausübung von täglichen Verrichtungen wie Schreiben, Kämmen, Zähneputzen und Intimpflege. Demzufolge ist die Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit in mittlerer Einwärtsdrehung funktionell günstig. Die Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit in Neutralstellung oder Auswärtsdrehung ist funktionell ungünstig und kann einen höheren GdB bedingen.

Bei der Neubewertung der Versteifung des Hüftgelenks wird nur die versorgungsmedizinisch relevante, häufiger zu begutachtende günstige Versteifung eines Hüftgelenks genannt. Eine Becken-Femur-Ersatzverbindung außerhalb des Hüftgelenks führt immer zu einer ungünstigen Stellung und ist somit höher als mit einem GdB von 40 zu bewerten.

Wegen des funktionellen Zusammenhangs der Hüftregion und des Beckens ist gutachterlich zu prüfen, welchen Einfluss Störungen des Hüftgelenks und Störungen der Funktionseinheit Becken gemeinsam auf die Teilhabe haben. Die Beeinträchtigung von Kompensationsmöglichkeiten innerhalb dieser funktionellen Einheit ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen. Die Beeinträchtigung steigt, wenn zum Beispiel strukturell bedingte Störungen muskulär nicht kompensiert werden können; dies ist insbesondere nach wiederholten Revisionsoperationen im Rahmen der Hüftendoprothetik der Fall.

Die bei einseitiger Versteifung eines Kniegelenks mögliche Kompensation durch die andere Extremität ist bei beidseitiger Betroffenheit nicht mehr gegeben, so dass das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei beidseitiger Versteifung der Kniegelenke überproportional steigt und im Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung dem Verlust beider Beine im Unterschenkel vergleichbar ist.

Es besteht kein Unterschied in der Teilhabebeeinträchtigung zwischen der Versteifung des oberen Sprunggelenks und des oberen und unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung, da die Auswirkungen auf das Gehen und die Fortbewegung im Wesentlichen gleichartig sind.

Bei Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks - auch in ungünstiger Stellung - bleibt die taktile Wahrnehmung des Bodenkontaktes erhalten mit entsprechender Auswirkung auf die Stand- und Gangsicherheit.

Zu 19.9

Da der Begriff Instabilität in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur nicht eindeutig definiert ist, wird er für die Anwendung in dieser Verordnung konkretisiert.

Bei allen Funktionsstörungen wurde geprüft, ob die beidseitige Betroffenheit versorgungsmedizinisch relevant ist. Ist für einseitige Betroffenheit ein GdB von 10 festgesetzt, ist angegeben, falls bei beidseitiger Betroffenheit ein GdB von 20 resultiert.

Maßgeblich für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Bewegungseinschränkung der Funktionseinheit Schulter ist die erhaltene Fähigkeit des Abspreizens und Vorhaltens des Oberarms. Bei einer Einschränkung des aktiven Bewegungsumfangs der Funktionseinheit Schulter bis 40 Grad Abspreizen und bis 40 Grad Vorhalten des Oberarms können ebenso wie bei der Versteifung des Schulterhauptgelenks in günstiger Stellung bei guter aktiver Beweglichkeit des gleichseitigen Schulterblattes komplexe Bewegungsabläufe wie der Nacken- und Schürzengriff sowie die Körperpflege (insbesondere Kämmen, Zähneputzen, Intimpflege) nicht mehr durchgeführt werden. Mit zunehmendem Bewegungsumfang sinkt das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung.

Der Schweregrad der Schulterinstabilität wird konkretisiert durch die Beschreibung des Bewegungsumfangs und der Tätigkeiten, die zur Ausrenkung führen. Ein Bewegungsumfang ohne Teilhabebeeinträchtigung und somit maximaler Bewegungsumfang liegt vor, wenn der Oberarm über 120 Grad abgespreizt und vorgehalten werden kann. Ein mittlerer Bewegungsumfang liegt vor, wenn der Oberarm bis 120 Grad abgespreizt und vorgehalten und bis 30 Grad auswärts gedreht werden kann. Bei hochgradiger Instabilität sind insbesondere das Erledigen von Hausarbeiten sowie die Selbstversorgung (An-/Ausziehen von Kleidung oder Schuhwerk, Waschen oder Abtrocknen der Körperteile, Pflegen der Haut, der Zähne, der Haare oder der Nägel) beeinträchtigt.

Entscheidend für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Funktionsstörungen des Ellenbogens sind das Vorhandensein oder Fehlen der Unterarmdrehbeweglichkeit und der Umfang der Streck- und Beugefähigkeit des Unterarms.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Instabilität des Ellenbogengelenks ist abhängig von der muskulären Stabilisierung. Die Teilhabebeeinträchtigung steigt, wenn es sich um ein auch durch muskuläres Training nicht mehr stabilisierbares Schlottergelenk handelt.

Eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung bei Funktionsstörungen des Handgelenks liegt ab einer Einschränkung der Streckung/Beugung bis 20 - 0 - 30 Grad vor. Bei einer stärkeren Einschränkung der Bewegungsfähigkeit wird die Teilhabebeeinträchtigung zusätzlich durch das Ausmaß der Instabilität bestimmt.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks ist abhängig von der Drehfähigkeit, der Abspreizfähigkeit und dem Umfang der Streck- und Beugefähigkeit des Oberschenkels. Eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung liegt vor bei einer einseitigen Einschränkung der Abspreizfähigkeit des Oberschenkels bis 20 Grad und der Drehfähigkeit bis 10 - 0 - 10 Grad. Die Teilhabebeeinträchtigung steigt zunächst mit Aufhebung der Drehfähigkeit, im Weiteren mit zusätzlicher Aufhebung der Abspreizfähigkeit und durch eine zunehmende Einschränkung der Streckung und Beugung. In der Neufassung wird entsprechend differenziert.

Auch bei der Begutachtung bei Funktionsstörungen des Hüftgelenks ist besonders auf den funktionellen Zusammenhang der Hüftregion und des Beckens zu achten. Die Ausführungen hierzu in der Begründung zu Nummer 19.8 gelten gleichermaßen.

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Störungen der Funktionseinheit Knie ist insbesondere abhängig von der Belastungsminderung beim Stehen und Gehen, der Gelenkschwellung, dem aktiven Bewegungsumfang und der vorhandenen Stabilität. Eine leichtgradige Funktionsstörung verursacht in der Regel eine Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von 10 entspricht; eine mittelgradige Funktionsstörung in der Regel eine, die einem GdB von 20 entspricht; eine hochgradige Funktionsstörung in der Regel eine, die einem GdB von 30 entspricht. In Ausnahmefällen kann die Kombination aus hochgradiger Belastungsminderung und ausgeprägter Instabilität an einem Knie einen höheren GdB als 30 bedingen. Bei zunehmender Einschränkung der Beugefähigkeit sind Alltagstätigkeiten wie insbesondere das Treppensteigen, das Anziehen der Schuhe und das Fahrradfahren nicht mehr möglich.

Der morphologische Befund muss die Belastungsminderung beim Gehen und Stehen erklären. Deshalb ist das Ausmaß des Arthrosegades in die Begutachtung mit einzubeziehen. Dieser orientiert sich an der radiologischen Einteilung nach Kellgren und Lawrence (Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteoarthritis. Ann Rheum Dis 1957, 16:494-502), nach der vier Arthrosegrade beschrieben sind.

Die Graduierung der Instabilität der Funktionseinheit Knie wird für die Anwendung dieser Verordnung konkretisiert.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei wiederkehrender habitueller Kniescheibenausrenkung ist abhängig von der Art der Tätigkeiten, die zur Ausrenkung führen. Unter Alltagstätigkeiten sind Tätigkeiten zu verstehen, die in ihrer Schwere dem „Gehen auf ebenem Grund“ vergleichbar sind. Wenn es nur bei stärkeren Belastungen wie insbesondere Rennen, Springen, Klettern zur Ausrenkung der Kniescheibe kommt, ist der GdB gegebenenfalls geringer zu bewerten.

Als funktionell ungünstig gilt eine Versteifung der Zehen oder Großzehen in Beugestellung im Grundgelenk, da hierbei das Abrollen des Fußes nicht mehr möglich ist. Die Teilhabebeeinträchtigung bei Versteifung aller Zehen eines Fußes in ungünstiger Stellung ist in ihrem Ausmaß der bei Verlust aller Zehen eines Fußes vergleichbar.

Zu 19.10

Die mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vorgenommene Neubewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei Endoprothesen bleibt unverändert. Hinsichtlich des Begriffes „bestmögliches Behandlungsergebnis“ erfolgt die Anpassung an Teil A Nummer 1.2.7.

Zu 19.11

Da der Begriff „Pseudarthrose“ in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur nicht eindeutig definiert ist, wird er für die Anwendung in dieser Verordnung konkretisiert.

Die bisherige Unterteilung in schlaife und straffe Pseudarthrose entfällt, da sie nicht mehr dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand entspricht. In die Neufassung werden nur die versorgungsmedizinisch relevanten Pseudarthrosen aufgenommen.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Pseudarthrose des Schlüsselbeins ist dem durch Bewegungseinschränkung der Funktionseinheit Schulter mit Abspreizen und Vorhalten des Oberarms bis 120 Grad vergleichbar.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Pseudarthrose des Oberarms ist variabel und je nach Belastbarkeit dem bei hochgradiger Instabilität des Schultergelenks oder dem bei dauerhafter Ausrenkung des Schultergelenks vergleichbar.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Pseudarthrose des Oberschenkels ist in seiner Ausprägung variabel. Je nach Belastbarkeit des Beins ist es vergleichbar mit dem nach Hüftgelenkresektion.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Pseudarthrose des Schienbeins ist je nach Belastbarkeit dem durch Verlust eines Fußes im Mittelfuß oder dem durch Verlust eines Fußes im Rückfuß mit Arthrodese des Sprunggelenks vergleichbar.

Obwohl die Schienbeinkopfabstützung sich im Vergleich zum einseitigen prothetisch versorgten Unterschenkelverlust mehr auf das äußere Erscheinungsbild auswirkt, ist die resultierende Teilhabebeeinträchtigung derjenigen bei einseitigem Unterschenkelverlust vergleichbar, da die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes durch die bessere taktile Wahrnehmung des Bodenkontakts aufgewogen wird. Die Notwendigkeit einer Schienbeinkopfabstützung kann sich nicht nur bei Pseudarthrosen, sondern auch bei anderen Gesundheitsstörungen, wie zum Beispiel der diabetischen Neuroosteoarthropathie, ergeben.

Zu 19.12

Die Teilhabebeeinträchtigung bei Beinlängendifferenz steigt mit dem Ausmaß der Verkürzung, dem hierdurch erforderlichen Therapieaufwand und der daraus folgenden Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes, insbesondere durch die Notwendigkeit einer orthopädischen Schuhversorgung bzw. einer orthopädiotechnischen Versorgung mit Einschluss des Oberschenkels.

Zu 19.13

Es besteht keine Notwendigkeit der Differenzierung der einzelnen angeborenen oder erworbenen Fußdeformitäten, da die Teilhabebeeinträchtigung durch die vergleichbaren Auswirkungen der unterschiedlichen Deformitäten bestimmt ist. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei Fußdeformitäten ist variabel, jedoch im Vergleich zu dem bei Verlust eines Beins im Unterschenkel geringer, so dass die Beeinträchtigung höchstens mit einem GdB von 30 zu bewerten ist.

Zu 19.14

Primäre maligne Knochentumore sind selten. Die drei häufigsten und versorgungsmedizinisch relevanten primären Knochentumore werden in der Verordnung aufgeführt. Weitere maligne Knochentumore müssen entsprechend ihrer Teilhabebeeinträchtigung analog bewertet werden.

Die Stadieneinteilung der malignen Knochentumore richtet sich nach Enneking (Clinical Orthopaedics and Related Research; 204; 9-24; 1986). Die Beeinträchtigung der Teilhabe durch die Hochdosis-Chemotherapie und notwendige Operationen beim Osteosarkom und Ewing-Sarkom ist in allen Stadien der Erkrankungen gleichermaßen ausgeprägt, so dass sich eine Differenzierung erübrigt. Beim Chondrosarkom ist aufgrund der unterschiedlichen Beeinträchtigung der Teilhabe eine Differenzierung notwendig. Dies gilt auch für den häufigsten primär malignen Tumor des orthopädischen Fachgebiets, dem malignen Weichteiltumor der Extremitäten, der ebenfalls versorgungsmedizinisch relevant ist. Hierbei handelt es sich in erster Linie um das Leiomyosarkom.

Die Diagnose eines niedrigmalignen Chondrosarkoms oder niedrigmalignen Weichteiltumors gilt als gesichert, wenn sie durch eine Referenzpathologie bestätigt wurde. Ein Weichteiltumor über 5 Zentimeter Durchmesser gilt als groß.

Zu Nummer 14 (Teil C)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aufgrund der Änderung in Artikel 1 Nummer 2, durch welche die entsprechende Textstelle, die bislang in Teil A Nummer 1 Buchstabe a geregelt war, aufgehoben wird. Da der Inhalt der Regelung weiterhin gelten soll und für Bewertungen der Schädigungsfolgen im Sozialen Entschädigungsrecht gelten muss, wird die Regelung inhaltsgleich in Teil C bei Nummer 2 Buchstabe c geregelt. Die Regelung in Teil C erfolgt, weil es sich inhaltlich um einen Begutachtungsgrundsatz handelt, der spezifisch für den Bereich des SER gilt.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten. Die Übergangsfrist ermöglicht eine reibungslose Anpassung des Verfahrens.