

# **Referentenentwurf**

## **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. Dies betrifft insbesondere die fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze für das Sehvermögen und die Auswirkungen von Blutkrebserkrankungen.

#### **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, Länder und Gemeinden. Ein Mehr an Vollzugsaufwand ergibt sich durch die Verordnung nicht.

#### **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**

Ein Erfüllungsaufwand für Bund, Länder und Kommunen entsteht nicht.

## **F. Weitere Kosten**

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

# Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

## Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Vom ...

Auf Grund des § 70 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel ... des Gesetzes vom [...] (BGBl. I S. [...]) eingeführt 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 der Versorgungsmedizin-Verordnung

Die Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2122) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt gefasst:

„Ein Beschluss des Beirates kommt zustande, wenn mindestens neun Mitglieder zustimmen.“

2. In der Anlage zu § 2 wird Teil A zu Teil A-2 und wie folgt geändert:

a) Der Vorbemerkung werden folgende Sätze vorangestellt:

„Teil A-2 ist anzuwenden, soweit eine Begutachtung nach Teil B Nummern 2, 3 oder 5 bis 16.1, 16.9 bis 18 erfolgt.“

b) Die Nummern 3 und 6 werden aufgehoben.

3. In der Anlage zu § 2 wird vor dem neuen Teil A-2 folgender Teil A-1 eingefügt:

##### „Teil A-1 Gemeinsame Grundsätze

Teil A-1 ist anzuwenden, soweit eine Begutachtung nach Teil B Nummer 4 oder 16.2 bis 16.8 erfolgt.

Die Bezeichnungen der Gesundheitsstörungen und die Kriterien von Definitionen richten sich in der Regel nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM).

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

Wenn im folgenden Text einheitlich die Abkürzung GdB verwendet wird, gibt der Wert das Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe an. Es kann sich im Einzelfall jedoch um eine Beeinträchtigung durch eine schädigungsbedingte Gesundheitsstörung und somit um einen Grad der Schädigungsfolgen handeln.

## 1. Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung

Entsprechend dem Konzept der funktionalen Gesundheit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sind alle Faktoren, welche die Teilhabe beeinträchtigen, bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung und des daraus resultierenden GdB zu berücksichtigen. Bezogen auf Gesundheitsstörungen sind dies die Körperfunktionen, die Körperstrukturen und die Aktivitäten. Dazu zählen insbesondere folgende mit einer Gesundheitsstörung zusammenhängende Faktoren: Ausprägung der Störung, Therapieaufwand und krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen.

1.1 Die Leitlinien und Empfehlungen der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen bei der Begutachtung berücksichtigt werden.

1.2 Grundsätzlich ist der GdB für die Funktionseinschränkung angegeben, die sich unter Einsatz von Hilfsmitteln und allgemeiner Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ergibt.

1.3 Funktionseinschränkungen, welche die Teilhabe beeinträchtigen, sind nach standardisierten, wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden zu erfassen, soweit solche Standards existieren. In klar zu begründenden Ausnahmefällen (insbesondere bei kompletter Immobilität oder Unfähigkeit zur erforderlichen Kooperation bei der Untersuchung) kann hiervon abgewichen werden.

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

1.5 Die in Teil B festgelegten GdB bewerten die Teilhabebeeinträchtigung bei guter Versorgungsqualität. Die Qualität des Behandlungsergebnisses beeinflusst die Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich. Sie ist neben der individuellen Krankheitsausprägung von der durchgeführten Therapie und dem Einsatz vorhandener Hilfsmittel abhängig.

Falls sich wegen einer geringeren Versorgungsqualität eine wesentlich größere Teilhabebeeinträchtigung ergibt, ist bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung ein höherer GdB festzustellen.

1.6 Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen den üblicherweise erforderlichen Therapieaufwand mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders aufwendige Therapien. Bei Nachweis eines darüber hinaus gehenden notwendigen Therapieaufwands mit einer damit verbundenen Beeinträchtigung der Teilhabe kann vom versorgungszärztlichen Gutachter ein höherer GdB vergeben werden.

Es ist kenntlich gemacht, falls der übliche Therapieaufwand nicht definiert ist. Dann sind die Therapie und die durch den unterschiedlichen Aufwand hervorgerufenen Teilhabebeeinträchtigungen benannt und mit einem GdB aufgeführt, der alle die Teilhabe beeinträchtigenden Faktoren berücksichtigt.

1.7 Eine gesunde Lebensführung - auch wenn sie zeitaufwendig realisiert wird - führt zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Nur medizinisch notwendige Einschränkungen der Aktivitäten können als Einschnitte in der Lebensführung eine Beeinträchtigung der Teilhabe bedingen. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich insbesondere im Gemeinschafts-, sozialen und wirtschaftlichen Leben einschließlich der Erziehung, Bildung, Arbeit und Beschäftigung, in der Kommunikation, in der Selbstversorgung, im häuslichen Leben, beim Lernen, bei der Wissensanwendung und der Mobilität.

1.8 Falls sich die Teilhabebeeinträchtigung regelhaft mit dem Erreichen bestimmter Altersstufen ändert, ist dies bei den Gesundheitsstörungen angegeben. Dies stellt eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch dar.

1.9 Zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen sind nicht zu berücksichtigen.

1.10 Bei im Verlauf regelhaft abklingenden Gesundheitsstörungen ist der GdB-Feststellung die Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen, die der voraussichtlich dauerhaft verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung entspricht. Verursacht die Gesundheitsstörung im Verlauf regelhaft unterschiedlich stark ausgeprägte Beeinträchtigungen der Teilhabe, so ist der GdB-Feststellung die durchschnittliche Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen.

1.11 Störungen des psychischen Befindens sowie einzelne psychische Symptome können als Begleiterscheinungen von Gesundheitsstörungen auftreten. Diese psychischen Begleiterscheinungen sind im GdB der Gesundheitsstörung eingeschlossen.

Begleiterscheinungen sind von psychischen Komorbiditäten zu trennen.

Eine psychische Komorbidität liegt immer dann vor, wenn der psychopathologische Befund eine Diagnose aus dem Kapitel V der ICD-10-GM zulässt. Diese ist dann gesondert zu bewerten.

1.12 Die Einteilung von Schmerzen aus gutachtlicher Sicht erfolgt in drei Kategorien: Schmerz existiert als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung, Schmerz existiert bei Gewebeschädigung oder -erkrankung verstärkt durch psychische Komorbidität und Schmerz existiert als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung.

1.12.1 Übliche Schmerzen als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung sind im GdB der Erkrankung eingeschlossen und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhafte Zustände. Schmerzen, die über das für die Gesundheitsstörung typische Maß hinausgehen, sind zusätzlich zu bewerten.

1.12.2 Wenn der Schmerz durch psychische Komorbidität verstärkt wird, entspricht der GdB der aus beiden Erkrankungen resultierenden Teilhabebeeinträchtigung.

1.12.3 Wenn der Schmerz Leitsymptom einer psychischen Erkrankung ist, dann ist dieser im GdB der psychischen Störung enthalten.

1.13 Eine Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes kann zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe führen, wenn sie regelhaft wesentliche Auswirkungen auf die interpersonelle und soziale Interaktion hat. Diese Teilhabebeeinträchtigung ist unabhängig davon, ob in dem betroffenen Funktionssystem eine Funktionseinschränkung besteht oder nicht.

1.13.1 Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes regelhaft mit einer Funktionsstörung verbunden, ist diese im GdB für die Funktionsstörung enthalten.

1.13.2 Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes nicht regelhaft mit einer Funktionsstörung verbunden, ist bei der betreffenden Gesundheitsstörung angegeben, dass diese - falls vorhanden - zusätzlich zu bewerten ist.

1.13.3 Davon zu trennen sind psychische Komorbiditäten, die auf Grund der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes auftreten können. Eine Komorbidität liegt immer dann vor, wenn der psychopathologische Befund eine Diagnose aus dem Kapitel V der ICD-10-GM zulässt. Diese ist gesondert zu bewerten.

1.13.4 Nur der GdB für die eigentliche Funktionsstörung ist für die Vergabe von Merkzeichen relevant.

## 2. Pauschale Erhöhung des GdB (früher „Heilungsbewährung“)

2.1 Bei Gesundheitsstörungen, die zu vorübergehenden Auswirkungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich führen, kann unter den unten genannten Voraussetzungen eine „pauschale Erhöhung“ vergeben werden. Durch die pauschale Bewertung derjenigen Beeinträchtigung der Teilhabe, die nach einem definierten Zeitraum vergeht, sollen die Betroffenen von der Notwendigkeit entlastet werden, die zum Teil schwer einschätzbaren Beeinträchtigungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich im Einzelnen nachweisen zu müssen.

2.2 Wenn eine sachgerechte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung auch ohne pauschale Erhöhung möglich ist, so ist diese Bewertung vorzunehmen.

2.3 Eine pauschale Erhöhung ist insbesondere nach der Behandlung von Gesundheitsstörungen zu vergeben, bei denen dies in Teil B vorgegeben ist. Für die häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten sind dort Werte für die pauschale Erhöhung angegeben.

Im Übrigen ist Voraussetzung, dass die Gesundheitsstörung unbehandelt progredient oder remittierend und auch bei erfolgter Therapie potenziell tödlich verläuft. Das Ziel der bei diesen Gesundheitsstörungen durchgeführten Therapiemaßnahmen ist regelhaft kurativ, also das Erreichen eines definierbaren „Gesundheitszustands“ oder einer definierbaren Remission. Der Verlauf der Gesundheitsstörung ist aufgrund möglicher Rezidive auch bei erfolgreicher Rezidivprophylaxe ungewiss. Die Rezidivgefahr und die Ungewissheit über den Verlauf der Gesundheitsstörung nehmen in einem bestimmten Zeitraum ab.

2.4 Folgende weitere Voraussetzungen sind für die Vergabe einer „pauschalen Erhöhung“ zu erfüllen:

Bei vorbestehender Teilhabebeeinträchtigung durch eine chronische Gesundheitsstörung entsprach deren Gesamtausmaß dem einer Schwerbehinderung.

Ohne vorbestehende Teilhabebeeinträchtigung bei neu aufgetretener Gesundheitsstörung oder nach erfolgreicher Therapie der oben genannten chronischen Gesundheitsstörung entspricht die Teilhabebeeinträchtigung, die mit der pauschalen Erhöhung bewertet wird, mindestens einem GdB von 30.

2.5 Sind die Voraussetzungen für die Vergabe einer pauschalen Erhöhung erfüllt, beträgt diese mindestens 30. Abhängig von dem Stadium beziehungsweise der Ausprägung der Gesundheitsstörung ist der GdB für die pauschale Erhöhung auch höher anzusetzen.

2.6 Falls eine pauschale Erhöhung für nicht in Teil B aufgeführte Gesundheitsstörungen zu vergeben ist, sind in Teil B angegebene GdB für pauschale Erhöhungen als Vergleichsmaßstab heranzuziehen.

2.7 Weder der Beginn des Zeitraums der pauschalen Erhöhung noch dessen Ende bedeuten, dass eine Heilung eingetreten ist.

2.8 In der Regel beträgt der Zeitraum der pauschalen Erhöhung fünf Jahre und beginnt nach Beendigung der Primärtherapie; eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn. Abweichungen hiervon werden in Teil B vermerkt.

2.9 GdB-Bildung für die von der pauschalen Erhöhung betroffenen Gesundheitsstörungen

2.9.1 Zuerst erfolgt die Feststellung des GdB für die voraussichtlich dauerhaft verbleibende Teilhabebeeinträchtigung unter Einschluss aller oben aufgeführten Faktoren.

2.9.2 Da bei Gesundheitsstörungen, bei denen eine pauschale Erhöhung festgestellt wird, häufig umfassende Therapiemaßnahmen notwendig sind, ist insbesondere zu prüfen, welche Auswirkungen (wie chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und emotionaler, kognitiver und sozialer Funktionen) regelhaft auf Dauer durch diese hervorgerufen werden. Dies ist bei der Feststellung des GdB für die dauerhaft verbleibende Gesundheitsstörung zu berücksichtigen.

2.9.3 Der GdB für die dauerhaft verbleibende Teilhabebeeinträchtigung ist für den vorgegebenen Zeitraum um den GdB für die pauschale Bewertung zu erhöhen. Für die Ermittlung des Gesamt-GdB ist die Beeinträchtigung der Teilhabe in ihrer Gesamtheit (siehe 2.2) maßgebend.

2.9.4 Der Ablauf des Zeitraums der pauschalen Erhöhung stellt eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch dar.

### 3. Allgemeine Hinweise zu Teil B

3.1 Die in Teil B genannten GdB-Werte sind verbindlich. Vorhandene Beurteilungsspannen ermöglichen es, den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen.

3.2 Bei Gesundheitsstörungen, die in Teil B nicht aufgeführt sind, ist der GdB in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen.“

## 4. In der Anlage zu § 2 wird nach dem neuen Teil A-2 folgender Teil A-3 eingefügt:

### „Teil A-3 GdB-Bildung

Teil A-3 ist für alle Begutachtungen nach Teil B anzuwenden.

1. Im Begutachtungsablauf sollen insbesondere zuerst die Teilhabebeeinträchtigungen folgender Funktionssysteme zusammenfassend ermittelt werden:

Hirnfunktionen einschließlich psychischer Funktionen; Sehfunktionen; Hör- und Gleichgewichtsfunktionen; 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 Immunsystems; Funktionen des Stoffwechsels und des endokrinen Systems; Funktionen der Haut und Hautanhangsgebilde; bewegungsbezogene Funktionen der Arme; bewegungsbezogene Funktionen der Beine; bewegungsbezogene Funktionen des Rumpfes.

Liegen mehrere Gesundheitsstörungen in einem Funktionssystem vor, ist zuerst der GdB für das Funktionssystem zu ermitteln. Hierbei gelten die folgenden Vorgaben zur Bildung des Gesamt-GdB analog.

## 2. Bildung des Gesamt-GdB

2.1 Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe aufgrund der Störung mehrerer Funktionssysteme vor, sind die GdB hierfür separat zu ermitteln. Zur anschließenden Ermittlung des Gesamt-GdB ist die Beeinträchtigung der Teilhabe in ihrer Gesamtheit maßgebend. Dabei sind die Auswirkungen der Gesundheitsstörung auf die Teilhabe in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander zu berücksichtigen. Berechnungsmethoden wie Addition, Mittelung oder ähnliches dürfen bei der Bildung eines Gesamt-GdB nicht angewendet werden.

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 für alle weiteren Teilhabebeeinträchtigungen zu prüfen, ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit diese das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung wesentlich erhöhen, also eine GdB-Erhöhung um mindestens 10 bewirken.

2.2.1 Um die gesamte Teilhabebeeinträchtigung 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 auf die Bildung des Gesamt-GdB haben und zwar zusätzlich zu den Auswirkungen der Gesundheitsstörung mit dem höchsten Einzel-GdB:

- Bei vollständiger Überdeckung ist der Gesamt-GdB regelhaft nicht höher als der Einzel-GdB.

- Bei Überschneidung bedarf es einer eingehenden Prüfung der häufig komplexen Interaktionen und Begründung, ob der Gesamt-GdB höher als der Einzel-GdB festzustellen ist.

- Verstärken sich die Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsstörungen gegenseitig wesentlich, ist regelhaft ein höherer GdB als der Einzel-GdB festzustellen. Dies liegt insbesondere vor, wenn durch die Auswirkung einer weiteren Gesundheitsstörung Kompensationsmöglichkeiten aufgehoben werden.

- Auch bei voneinander völlig unabhängigen Gesundheitsstörungen bedarf es einer eingehenden ärztlichen Prüfung und Begründung, ob der Gesamt-GdB höher als der Einzel-GdB festzustellen ist, da sie sich auf die selben Lebensbereiche auswirken können, ohne die Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu verstärken.

2.2.2 Bei der Prüfung, ob sich die Teilhabebeeinträchtigung durch eine weitere Gesundheitsstörung wesentlich erhöht, ist zu beachten:

- Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 10 bedingen, führen regelhaft nicht zu einer Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung.

- Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 20 bedingen, führen in Ausnahmefällen zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung (des Gesamt-GdB). Deren Berücksichtigung bedarf einer eingehenden Prüfung und Begründung.



2.3 Die in Teil B angegebenen GdB, welche die Teilhabebeeinträchtigung bei einzelnen Gesundheitsstörungen wiedergeben, sind bei der Gesamtwürdigung der Teilhabebeeinträchtigung, also der Bildung des Gesamt-GdB, als Vergleich heranzuziehen.“

5. In der Anlage zu § 2 wird Teil B Nummer 4 wie folgt gefasst:

#### **„4 Sehvermögen**

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

Wird durch eine weitere Störung des Sehvermögens die Teilhabebeeinträchtigung wesentlich verstärkt, erhöht sich der GdB entsprechend.

Die Sehschärfe ist nach DIN 58220-5:2009-11 zu bestimmen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen zulässig. Zur Feststellung von Blindheit oder Sehbehinderung ist die DIN 58220-3:2009-11 anzuwenden. Die Sehschärfeprüfung erfolgt einäugig und beidäugig. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.

Bei der Gesichtsfeldbestimmung ist zu beachten, dass zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwertet werden dürfen. Zur Feststellung parazentraler homonymer Skotome oder anderer zentrumsnaher Skotome mit Beeinträchtigung der Lesefähigkeit sind auch andere standardisierte Methoden zulässig. Bei der Bewertung von Störungen des Gesichtsfelds ist das beidäugige Gesichtsfeld maßgeblich.

#### **4.1 Blindheit**

Blind ist ein Mensch, dem das Sehvermögen vollständig fehlt. Als blind anzusehen ist auch 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. Bei der Gesichtsfeldbewertung ist das beidäugige Gesichtsfeld maßgeblich.

aa) 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° vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° (vom Gesichtsfeldschema) unberücksichtigt bleiben.

bb) 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° vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° (vom Gesichtsfeldschema) unberücksichtigt bleiben.

cc) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfelds in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum des Restgesichtsfelds entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° (vom Gesichtsfeldschema) unberücksichtigt bleiben.

dd) Bei einer Einengung des Gesichtsfelds, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum des Restgesichtsfelds entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° (vom Gesichtsfeldschema) unberücksichtigt bleiben.

ee) Bei großen Skotomen innerhalb von 50° 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.

ff) Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.

gg) Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.

hh) Bei einer bilateralen homonymen Hemianopsie ohne makuläre Aussparung oder mit einer Aussparung von 5° oder weniger. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.

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

#### 4.2 Sehschärfeminderung

Die Zahlen rechts und unterhalb des markierten Rahmens geben GdB wieder.

Sehschärfe des schlechteren Auges		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

### 4.3 Störungen des Gesichtsfelds

Die Zahlen am rechten Seitenrand geben GdB wieder.

#### 4.3.1 Vollständige homonyme Hemianopsie:

mit makularer Aussparung 40

ohne makuläre Aussparung 50

#### 4.3.2 Vollständige homonyme Quadrantenanopsie:

nach oben 20

nach unten 30

horizontale untere Hemianopsie beidseits 70

4.3.3 Homonymes parazentrales Skotom oder andere, den Visus nicht beeinträchtigende, zentrumsnahe Skotome je nach Beeinträchtigung der Lesefähigkeit 10 - 20

4.3.4 Vollständige bitemporale Hemianopsie 30

4.3.5 Vollständige binasale Hemianopsie 20

4.3.6 Allseitige Gesichtsfeldeinengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges:

auf 15° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 10

auf 5° Abstand vom Zentrum des Restgesichtsfelds 20

#### 4.3.7 Allseitige Einengung des beidäugigen Gesichtsfelds:

auf 50° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 10

auf 40° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 20

auf 30° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 30

auf 20° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 50

auf 15° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 70

auf 10° Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 80

auf 5° Abstand vom Zentrum des Restgesichtsfelds 100

4.3.8 Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle oder Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, beidäugig:

mindestens 1/3 ausgefallene Fläche, je nach Ausmaß, Lage und Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 20 - 40

mindestens 2/3 ausgefallene Fläche, je nach Ausmaß, Lage und Abstand vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas 50 - 60

4.3.9 Bei Kombinationen von Störungen des Gesichtsfelds ist die resultierende Störung des Sehvermögens unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander für die Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung maßgebend.

#### **4.4 Doppeltsehen (Diplopie)**

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

4.4.2 Wenn bei gerader Kopfhaltung in einem der nachfolgend aufgezählten Blickfeldbereiche Doppelbilder auftreten:

a. in der ganzen unteren Hälfte des Blickfeldes bis einschließlich 30 Grad oder

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,

beträgt der GdB. 10.

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

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

#### **4.5 Weitere Störungen**

4.5.1 Erhebliche, nachgewiesene Störung des Kontrastsehens oder des Dämmerungssehens mit Auswirkung auf die Lesefähigkeit oder Orientierung:

Beträgt der sich aus den Störungen des Sehvermögens für beide Augen ergebende GdB nicht mehr als 60, ist dieser um 10 zu erhöhen.

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

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

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

#### **4.6 Primäre maligne intraokulare Tumore**

Nach Ende des Zeitraums für die pauschale Erhöhung ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen der Therapie (insbesondere chronische Müdigkeit, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.

#### 4.6.1 Melanom der Uvea

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

4.6.1.1 Kleine Melanome (Größenkategorie 1 und 2) ohne Beteiligung des Ziliarkörpers:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um 30.

4.6.1.2 Mittlere Melanome (Größenkategorie 3) ohne Beteiligung des Ziliarkörpers:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um 50.

4.6.1.3 Große Melanome (Größenkategorie 4) oder Melanome mit Beteiligung des Ziliarkörpers:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich je nach Größe oder Ausmaß der Infiltration des Ziliarkörpers ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um wenigstens 50.

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

#### 4.6.2 Retinoblastom

Die Gruppeneinteilung richtet sich nach der International Intraocular Retinoblastoma Classification.

4.6.2.1 Gruppe A bis C:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um 30.

4.6.2.2 Gruppe D ohne postlaminare Infiltration in den N. opticus:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um 50.

4.6.2.3 Gruppe D mit Infiltration in den N. opticus und Gruppe E:

Der GdB für die Funktionsstörung erhöht sich ab Diagnosestellung für einen Zeitraum von 5 Jahren pauschal um 70.

Fernmetastasen sind zusätzlich zu bewerten.“

6. In der Anlage zu § 2 werden in Teil B die Nummern 16.2 bis 16.8 wie folgt gefasst:

#### „16.2 Hodgkin Lymphom

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

Besteht ein Jahr nach Stellung einer der oben genannten Diagnosen eine komplette klinische Remission, beträgt die pauschale Erhöhung für einen Zeitraum von 3 Jahren 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Lungenfunktionsstörung, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.

### 16.3 Überwiegend indolent verlaufende Non-Hodgkin-Lymphome

#### 16.3.1 Chronisch lymphatische Leukämie

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

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

Bei Behandlungsbedürftigkeit und starken Auswirkungen (insbesondere bei Hb < 10,0 g/dl, Thrombozyten < 100000/µl, rezidivierende Infekte, deutliche B-Symptomatik) je nach Therapieintensität, Begleitsymptomatik und Nebenwirkungen der Therapie beträgt der GdB 50 - 80

Bei Progression unter systemischer Therapie beträgt der GdB 100.

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

#### 16.3.2 Follikuläres Lymphom

Erstdiagnose Stadium I und II:

Ohne Erreichen einer kompletten Remission beträgt der GdB 30.

Nach Diagnosestellung beträgt bei Erreichen einer kompletten Remission die pauschale Erhöhung für einen Zeitraum von 3 Jahren 30.

Erstdiagnose Stadium III und IV ohne Behandlungsbedürftigkeit (watch and wait):

Der GdB beträgt je nach Müdigkeit, Leistungsminderung 30 - 40.

Erstdiagnose Stadium III und IV mit Behandlungsbedürftigkeit oder nach Diagnose eines Rezidivs:

Der GdB beträgt ohne Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation je nach B-Symptomatik, rezidivierenden Infekten, Organomegalie 50 - 80.

Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB bis ein Jahr nach deren Durchführung 100.

Nach Erreichen einer kompletten oder partiellen Remission beträgt die pauschale Erhöhung bei Durchführung einer Erhaltungstherapie für den Zeitraum von 3 Jahre 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) zu bewerten.

### 16.3.3 Extranodale Marginalzonenlymphome

Extranodale Marginalzonenlymphome werden mit Ausnahme des Marginalzonenlymphoms des Magens (MALT) analog dem folliculären Lymphom bewertet.

MALT:

Im Stadium I nach Eradikationstherapie bis zum Erreichen einer kompletten Remission beträgt der GdB 30.

Im Stadium I ohne Erreichen einer kompletten Remission und im Stadium II für ein Jahr nach Bestrahlung beträgt der GdB 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen (insbesondere Bestrahlungsfolgen) zu bewerten.

Im Stadium III und IV ist der GdB analog zum folliculären Lymphom zu bewerten.

### 16.3.4 Multiples Myelom

#### 16.3.4.1 Multiples Myelom

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

Bei Behandlungsbedürftigkeit ohne Durchführung einer Stammzelltransplantation beträgt der GdB je nach Ausmaß der vorhandenen Gesundheitsstörungen wie insbesondere Neuropathie, Nierenfunktionsbeeinträchtigung, Knochen-, Knochenmarksbefall oder weitere extramedulläre Manifestationen mindestens 50.

Bei Behandlungsbedürftigkeit mit Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB für den Zeitraum von einem Jahr nach deren Durchführung 100.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) jedoch nicht niedriger als 30, bei Erhaltungstherapie nicht niedriger als 50 zu bewerten.

16.3.4.2 Ab Diagnose einer Plasmazellenleukämie beträgt der GdB 100.

#### 16.3.4.3 Solitäres Plasmozytom

Nach Diagnosestellung beträgt die pauschale Erhöhung für einen Zeitraum von 3 Jahren 30.

Bei Behandlungsbedürftigkeit mit systemischer Therapie erfolgt die Bewertung analog dem Multiplen Myelom.

## 16.4 Überwiegend aggressiv verlaufende Non-Hodgkin-Lymphome

### 16.4.1 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv) beträgt der GdB 100.

Nach dem ersten Jahr

-bei unvollständiger klinischer Remission beträgt der GdB weiterhin 100.

-bei kompletter klinischer Remission beträgt die pauschale Erhöhung für einen Zeitraum von 3 Jahren 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) zu bewerten.

Bei Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation beträgt der GdB bis ein Jahr nach deren Durchführung 100.

Bei Erreichen einer kompletten klinischen Remission beträgt die pauschale Erhöhung für einen Zeitraum von 3 Jahren 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen (insbesondere Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) jedoch nicht niedriger als 30 zu bewerten.

16.4.2 Weitere aggressive Non-Hodgkin-Lymphome, insbesondere Burkitt Lymphom, aggressives Mantelzell-Lymphom, aggressive T-Zell-Lymphome sind analog zu bewerten.

16.4.3 ZNS-Lymphome sind analog der aggressiven Non-Hodgkin-Lymphome zu bewerten.

Die neuropsychiatrische Beeinträchtigung ist stets gesondert zu bewerten.

## **16.5 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien**

Auswirkungen auf andere Organsysteme sind zusätzlich zu bewerten.

### **16.5.1 Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv**

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

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

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

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

### **16.5.2 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie**

Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission beträgt der GdB 40.

Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organvergrößerung und Anämie, der Thrombozytenzahl und der Intensität der Therapie. Der GdB beträgt 50 - 80.



In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise beträgt der GdB	100.
<b>16.5.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)</b>	
Bei geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB	10 - 20.
Bei mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB	30 - 40.
Bei stärkeren Auswirkungen (insbesondere mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie, ausgeprägte Organomegalie) beträgt der GdB	50 - 70.
Bei starken Auswirkungen (insbesondere schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, exzessive Organomegalie) beträgt der GdB	80 - 100.
<b>16.5.4 Chronische Eosinophilen-Leukämie/Hypereosinophilie-Syndrom</b>	
Die Teilhabebeeinträchtigung ist insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organomegalie, Hautbeteiligung, Blutbildveränderungen und Nebenwirkungen der Therapie. Der GdB beträgt mindestens	50.
<b>16.5.5 Polycythaemia vera</b>	
Bei Behandlungsbedürftigkeit	
- mit regelmäßigen Aderlässen. Der GdB beträgt	10.
- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie. Der GdB beträgt	30 - 40.
Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.	
<b>16.5.6 Essentielle Thrombozythämie</b>	
Bei Behandlungsbedürftigkeit	
- mit Thrombozytenaggregationshemmern. Der GdB beträgt	10.
- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie. Der GdB beträgt	30 - 40.
Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.	
<b>16.5.7 Die juvenile myelomonozytäre Leukämie ist analog zur akuten myeloischen Leukämie zu bewerten.</b>	
<b>16.6 Akute Leukämien</b>	
Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv; insbesondere während der Induktionstherapie, Konsolidierungstherapie, Erhaltungstherapie) beträgt der GdB	100,

Nach dem ersten Jahr

- bei unvollständiger klinischer Remission: Der GdB beträgt weiterhin 100,
- bei kompletter klinischer Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie: Die pauschale Erhöhung beträgt für die Dauer von drei Jahren 50.

Danach ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) jedoch nicht niedriger als 30 zu bewerten.

### 16.7 Myelodysplastische Syndrome

Bei geringen Auswirkungen (insbesondere Müdigkeit, Leistungsminde-  
rung, ohne Behandlungsbedürftigkeit) beträgt der GdB 10 - 20.

Bei mäßigen Auswirkungen (insbesondere hämorrhagische Diathesen,  
Behandlungsbedürftigkeit mit Transfusionen ohne Notwendigkeit der Be-  
handlung der Eisenüberladung) beträgt der GdB 30 - 40.

Bei stärkeren Auswirkungen (bei Behandlungsbedürftigkeit insbesondere  
mit Wachstumsfaktoren, häufige Transfusionen, Notwendigkeit der Thera-  
pie der Eisenüberladung) beträgt der GdB 50 - 70.

Bei starken Auswirkungen (insbesondere bei Blastenüberschuss (RAEB),  
häufigen Infektionen, systemische zytoreduktive Therapie) beträgt der  
GdB 80 - 100.

### 16.8 Stammzelltransplantation

Nach autologer Stammzelltransplantation ist die Teilhabebeeinträchtigung entspre-  
chend der zu Grunde liegenden Gesundheitsstörung zu beurteilen.

Nach allogener Stammzelltransplantation beträgt die pauschale Erhöhung  
für einen Zeitraum von drei Jahren 70.

Der GdB der auf Dauer verbleibenden Auswirkungen (insbesondere „Graft versus  
host disease“ (GvHD), chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchti-  
gung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) ist mit einem GdB von nicht niedri-  
ger als 30 zu bewerten.“

7. In der Anlage zu § 2 wird Teil C Nummer 1 bis 12 durch folgende Nummer 1 ersetzt:

#### „1. Kausalität

Die im Sozialen Entschädigungsrecht zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als  
Folge einer Schädigung maßgebenden Grundsätze sind in diesem Teil der Versor-  
gungsmedizinischen Grundsätze festgelegt. Die Auswirkungen der als Schädigungs-  
folgen anerkannten Gesundheitsstörungen werden mit einem Grad der Schädigungs-  
folgen bewertet. Die ärztliche Bewertung der Auswirkungen der Schädigungsfolgen  
erfolgt nach Teil A und Teil B.

Als Voraussetzung für die ärztliche Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs  
müssen alle Tatsachen festgestellt sein. Die Feststellung der Tatsachen erfolgt unab-  
hängig von kausalen Erwägungen. Es muss unterschieden werden zwischen ärztli-  
cher Begutachtung im Rahmen der Tatsachenermittlung und der ärztlichen Begutach-  
tung des ursächlichen Zusammenhangs.

## 1.1 Tatsachen

Vor der Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs müssen folgende Tatsachen festgestellt sein:

- Der Vorgang, der bei nachgewiesenem Kausalzusammenhang der schädigende Vorgang ist, und
- die Gesundheitsstörung, die bei nachgewiesenem Kausalzusammenhang die gesundheitliche Schädigung ist (primäre Gesundheitsstörung), und
- die Gesundheitsstörung, die bei nachgewiesenem Kausalzusammenhang die Schädigungsfolge ist (sekundäre Gesundheitsstörung).

1.1.1 Die in Betracht kommenden schädigenden Vorgänge unterscheiden sich je nach den Voraussetzungen der verschiedenen Gesetze des Sozialen Entschädigungsrechts.

Der Vorgang kann ein zeitlich begrenztes oder andauerndes Ereignis (Zeitraum) sein. Auch wiederkehrende Ereignisse, die sich in ihrer Gesamtheit auswirken, sind Vorgang in diesem Sinn. Der Vorgang kann aktiv (einwirkendes Ereignis) oder passiv (Unterlassen) sein.

Ein Vorgang im entschädigungsrechtlichen Sinn liegt nur vor, wenn er grundsätzlich geeignet ist, eine Gesundheitsstörung hervorzurufen.

1.1.2 Primäre Gesundheitsstörungen sind solche, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft durch einen unter 1.1.1 beschriebenen Vorgang hervorgerufen werden können und zeitlich als erste auftreten.

1.1.3 Sekundäre Gesundheitsstörungen sind solche, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft aus der primären Gesundheitsstörung resultieren können.

## 1.2 Ursächlicher Zusammenhang (Kausalzusammenhang)

Nur wenn die unter 1.1 genannten Tatsachen ermittelt sind, kann die ärztliche Begutachtung des Kausalzusammenhangs erfolgen. Die Gesundheitsstörungen, die vor Eintritt des schädigenden Vorgangs bestanden haben oder bei Eintritt bestehen, sind von der primären und sekundären Gesundheitsstörung abzugrenzen.

Zwischen dem Vorgang, der primären und der sekundären Gesundheitsstörung muss ein nicht unterbrochener Kausalzusammenhang bestehen, der mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft im Einklang steht. Die primäre Gesundheitsstörung muss durch den Vorgang verursacht sein und die sekundäre Gesundheitsstörung muss durch die primäre Gesundheitsstörung verursacht sein. Erst dann ist der Kausalzusammenhang gegeben, sodass der Vorgang der schädigende Vorgang ist, die primäre Gesundheitsstörung die gesundheitliche Schädigung ist und die sekundäre Gesundheitsstörung die Schädigungsfolge ist.

### 1.2.1 Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs

Für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs genügt entschädigungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit. Sie ist gegeben, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Es ist nicht ausreichend, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist. Haben konkurrierende Vorgänge zur primären Gesundheitsstörung beigetragen, von denen einem dieser Vorgänge gegenüber der Gesamtheit der anderen eine mindes-

tens gleichwertige Bedeutung zukommt, ist dieser Vorgang Ursache im entschädigungsrechtlichen Sinn.

### 1.2.2 Kannversorgung

Im Sozialen Entschädigungsrecht muss anhand des Sachverhaltes des Einzelfalles immer zuerst geprüft werden, ob der ursächliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit zu beurteilen ist (1.2.1). Lässt sich dabei die Frage des ursächlichen Zusammenhangs bereits in ihrer Gesamtheit entscheiden (bejahen oder verneinen), ist die Prüfung abgeschlossen. Ist dies nicht der Fall, kommt eine Kannversorgung in Betracht. Denn in Ausnahmefällen kann eine Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache der festgestellten Gesundheitsstörung in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht (Kannversorgung).

1.2.2.1 Eine Kannversorgung kommt nur dann in Betracht, wenn die einer Gesundheitsstörung zugrunde liegende Ursache (Ätiologie) nicht durch den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gesichert ist und fundierte wissenschaftliche Arbeitshypothesen einen ursächlichen Zusammenhang begründen. Eine von der medizinischen Wissenschaft abweichende persönliche Auffassung ist nicht mit Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft gleichzusetzen.

1.2.2.2 Zweifel über den Zeitpunkt der Entstehung der Gesundheitsstörung oder mangelnde diagnostische Klärung oder unzureichende Sachverhaltsaufklärung rechtfertigen die Kannversorgung nicht.

1.2.2.3 Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nur für einen Teil einer Gesundheitsstörung gegeben, so ist zu prüfen, ob für den verbleibenden Teil der Gesundheitsstörung die Voraussetzungen für eine Kannversorgung vorliegen.

### **1.3 Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung und Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung**

Bei Vorliegen des Kausalzusammenhangs ist auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft zu beurteilen, ob der schädigende Vorgang zur Entstehung oder zur Verschlimmerung der Gesundheitsstörung geführt hat.

1.3.1 Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Sinne der Entstehung setzt voraus, dass keine medizinischen Fakten festzustellen sind, die rückblickend nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft belegen, dass die Gesundheitsstörung zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorgangs bereits bestand.

1.3.2 Wenn medizinische Fakten festzustellen sind, die rückblickend nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft belegen, dass die Gesundheitsstörung zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorgangs (gegebenenfalls unbemerkt) bereits bestand, kommt nur eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung infrage. Dies setzt voraus, dass der schädigende Vorgang dazu führt, dass der Zeitpunkt vorverlegt wird, an dem die Gesundheitsstörung sonst in Erscheinung getreten wäre oder dazu führt, dass die Gesundheitsstörung in stärkerer Ausprägung auftritt, als es sonst zu erwarten wäre.

1.3.3 Nimmt die Ausprägung der als Schädigungsfolge anerkannten Gesundheitsstörung im Verlauf zu, ist zu prüfen, ob auch die Zunahme noch ursächlich auf den schädigenden Vorgang zurückzuführen ist. Bei jeder weiteren Zunahme der Ausprägung der Gesundheitsstörung muss der ursächliche Zusammenhang dieser Weiterentwicklung beurteilt werden. Es muss ausgeschlossen werden, dass für die Zunahme

me der Ausprägung der Gesamtheit der anderen Einwirkungen mehr als eine gleichwertige Bedeutung zukommt.

#### **1.4 Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen**

Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind bei der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von bis zu 6 Monaten.

Vor der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen ist zu prüfen, ob bereits eine Teilhabebeeinträchtigung durch eine nicht schädigungsbedingte Gesundheitsstörung vorlag. Diese Teilhabebeeinträchtigung muss festgestellt werden. Auch für die Gesamtauswirkung der vorhandenen Gesundheitsstörungen ist ein Grad der Behinderung anzugeben. Der Grad der Schädigungsfolgen gibt allein das Ausmaß der Auswirkungen der Schädigungsfolgen wieder.

Dabei ist Folgendes zu berücksichtigen:

1.4.1 Befinden sich die vorbestehende Gesundheitsstörung und die Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen und beeinflussen sich nicht gegenseitig, hat die vorbestehende Gesundheitsstörung keine Auswirkung auf den Grad der Schädigungsfolgen.

1.4.2 Hat die Schädigung eine Gliedmaße oder ein Organ mit bereits bestehender Gesundheitsstörung betroffen, muss der Grad der Schädigungsfolgen niedriger sein als der Grad der Behinderung, der sich aus der nun bestehenden gesamten Gesundheitsstörung ergeben würde.

Eine Ausnahme davon ist nur gegeben, wenn die vorbestehende Gesundheitsstörung nach ihrem Umfang oder nach ihrer Art keine wesentliche Bedeutung für die gesamte Gesundheitsstörung hat. Der Grad der Schädigungsfolgen lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass die Teilhabebeeinträchtigung der vorbestehenden Gesundheitsstörung vom Grad der Behinderung der gesamten Gesundheitsstörung abgezogen wird. Maßgeblich ist vielmehr, zu welchen zusätzlichen Auswirkungen die Schädigung geführt hat.

1.4.3 Sind durch die vorbestehende schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung und durch die Schädigungsfolge verschiedene Organe, Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt die vorbestehende schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung die Auswirkungen der schädigungsbedingten Funktionsstörung, so ist der Grad der Schädigungsfolgen höher zu bewerten als bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge.

1.4.4 Ein schädigender Vorgang kann zu einer zeitlich begrenzten Zunahme der Ausprägung einer Gesundheitsstörung führen und damit zu keinem oder nur vorübergehend zu einem Grad der Schädigungsfolgen.

1.4.5 Ein schädigender Vorgang kann anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Verlauf der Gesundheitsstörung beeinflussen und damit zu einem gleichbleibenden Grad der Schädigungsfolgen führen.

1.4.6 Ein schädigender Vorgang kann aber auch den weiteren Verlauf der Gesundheitsstörung richtunggebend bestimmen und damit Anlass zu einem ansteigenden Grad der Schädigungsfolgen sein.

1.4.7 Eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigungsfolge eingetreten ist und nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Schädigung steht, wird bei der Bildung des Grades der Schädigungsfolgen nicht berücksichtigt.

## **1.5 Folgeschaden**

Tritt nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung ein, bei der wahrscheinlich ist, dass die Schädigung oder deren Folgen bei der Entstehung dieser Gesundheitsstörung mindestens gleichwertig mitgewirkt haben (im Sinne 1.2.1), handelt es sich um einen Folgeschaden, der bei der Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen zu berücksichtigen ist. Dann ist stets zu prüfen, ob die anerkannte Schädigungsfolge auch gemäß dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannt würde.

## **1.6 Folgen von medizinischen Maßnahmen**

Haben diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die wegen Schädigungsfolgen durchgeführt werden, nachteilige gesundheitliche Folgen, so sind diese Schädigungsfolgen.

Die Unterlassung einer medizinisch gebotenen Maßnahme steht hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen ihrer Vornahme gleich.

## **1.7. Absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörungen**

Eine Selbsttötung, die Folgen eines Selbsttötungsversuchs oder eine absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörung können Schädigungsfolge sein, wenn eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch entschädigungsrechtlich geschützte Tatbestände wahrscheinlich ist.

## **1.8 Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod**

1.8.1 Hat eine als Schädigungsfolge anerkannte Gesundheitsstörung den Tod verursacht und liegt zum Zeitpunkt des Todes eine Anerkennung der Gesundheitsstörung vor, gilt der Tod als Schädigungsfolge. Eine erneute Begutachtung der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges erübrigt sich, es sei denn, die bisherige Anerkennung ist aus heutiger Sicht zweifelsfrei unrichtig.

1.8.2 Stirbt eine beschädigte Person an einer im Sinn der Verschlimmerung anerkannten Gesundheitsstörung, so gilt der Tod als Schädigungsfolge, wenn die schädigungsbedingte Verschlimmerung für den Tod ursächlich gewesen ist.

1.8.3 Haben zum Tod mehrere Gesundheitsstörungen beigetragen, die nicht alle Schädigungsfolgen sind, ist zu prüfen, ob die Schädigungsfolgen eine mindestens gleichwertige Bedeutung für den Eintritt des Todes hatten. In Ausnahmefällen kann bei dieser Beurteilung auch der Zeitpunkt des Todes eine wichtige Rolle spielen, wenn neben den Schädigungsfolgen eine schwere schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung vorgelegen hat, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ohne die Schädigungsfolgen noch nicht zu diesem Zeitpunkt, jedoch in absehbarer Zeit für sich allein zum Tode geführt hätte. In diesem Fall ist der Tod als Schädigungsfolge anzusehen, wenn die beschädigte Person ohne die Schädigungsfolgen wahrscheinlich mindestens ein Jahr länger gelebt hätte.“

## **Artikel 2**

### **Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

§ 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 Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beraten, der die Aufgabe hat, die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorzubereiten (§ 3 VersMedV).

Derzeit erfolgt eine Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze durch den Beirat und von ihm für die einzelnen medizinischen Fachgebiete eingesetzte Facharbeitsgruppen. Ziel ist nicht nur die Verbesserung der fachspezifischen Begutachungskriterien durch Anpassung an den aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin, sondern auch die Implementierung des biopsychosozialen Modells des modernen Behindertenbegriffs der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der 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. Diese ICF-konformen „Gemeinsamen Grundsätze“ bilden die Grundlage für die bereits überarbeiteten fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze für das Sehvermögen und die Auswirkungen von Blutkrebserkrankungen. Sukzessive werden weitere Funktionssysteme auf der Basis der neuen „Gemeinsamen Grundsätze“ überarbeitet und im Rahmen künftiger Verordnungen zur Änderung der VersMedV den neuen „Gemeinsamen Grundsätzen“ zugeordnet.

Die versorgungsmedizinische Begutachtung noch nicht überarbeiteter Funktionssysteme hat weiterhin auf der Basis der „alten“ - für diese Funktionssysteme weiterhin gültigen - „Allgemeinen Grundsätze“ zu erfolgen, da diese auf einer anderen Grundlage entwickelt wurden.

Die Formulierungen zur Bildung des Gesamt-GdB und für die Kausalitätskriterien zur Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht wurden klarer gefasst, ohne diese bewährten Grundsätze inhaltlich zu ändern. Sie gelten für überarbeitete und nicht überarbeitete fachspezifische Begutachtungsgrundsätze gleichermaßen.

Als Folge werden in einer Übergangszeit die neuen „Gemeinsamen Grundsätze“ und die alten „Allgemeinen Grundsätze“ für ihren jeweiligen Anwendungsbereich nebeneinander Bestand haben.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich ausschließlich um Anpassungen an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen dem Grundsatz der Nachhaltigkeit im Bereich Sozialer Zusammenhalt, da durch die Anpassung der Begutachtungsgrundsätze die gerechte Bewilligung von Nachteilsausgleichen und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben sowie am gesellschaftlichen und politischen Leben ermöglicht wird.

Das Verwaltungsverfahren ist nicht betroffen. Deshalb sind insoweit Vereinfachungen nicht zu erwarten.



## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 4)**

Mit der Änderung wird sicher gestellt, dass immer die Mehrheit der berufenen Beiratsmitglieder über das Beratungsergebnis entscheidet.

#### **Zu Nummern 2 bis 4 (Teil A)**

Wie im allgemeinen Teil dargelegt, werden in einer Übergangszeit die neuen „Gemeinsamen Grundsätze“ und die alten „Allgemeinen Grundsätze“ für ihren jeweiligen Anwendungsbereich nebeneinander Bestand haben. Hierzu wird der neue Teil A-1 geschaffen. Er gilt, soweit eine Gesundheitsstörung zu begutachten ist, für die die Bewertungen in Teil B bereits überarbeitet sind. Das ist derzeit für die Begutachtungsgrundsätze für das Sehvermögen und die Auswirkungen von Blutkrebserkrankungen der Fall (Nummern 4 und 16, die mit dieser Verordnung neu gefasst werden). Für die Begutachtung der Auswirkungen anderer Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe verbleibt es sowohl für den Grad der Behinderung als auch für die Allgemeinen Grundsätze beim bisherigen Text, um auch insoweit eine in sich schlüssige Begutachtungspraxis sicher zu stellen. Die bisherigen Allgemeinen Grundsätze werden deshalb im neuen Teil A-2 aufrechterhalten. Im Eingangssatz ist jeweils angegeben, für welche Gesundheitsstörungen welcher Teil gilt.

Mit dem Fortschreiten der Gesamtüberarbeitung wird die Zahl der fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze, für die Teil A-2 gilt, abnehmen und der Anwendungsbereich des Teiles A-1 zunehmen. Nach Abschluss der Gesamtüberarbeitung wird für alle fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze Teil A-1 gelten, und Teil A-2 kann aufgehoben werden.

Für die Bildung des Gesamt-GdB gilt bereits jetzt einheitlich für alle Gesundheitsstörungen Teil A-3.

#### **Zu Nummer 2 (Teil A-2, Allgemeine Grundsätze)**

Der neue Satz in der Vorbemerkung bestimmt den Anwendungsbereich des Abschnitts. Die Nummer 3 (Gesamt-GdB) geht in den neuen Teil A-3 ein und die Nummer 6 (Blindheit und hochgradige Sehbehinderung) in den neuen Teil B 4 ein. Beide Nummern können deshalb aufgehoben werden.

#### **Zu Nummer 3 (Teil A-1, Gemeinsame Grundsätze)**

Im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze erfolgt die Implementierung des biopsychosozialen 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).

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 (GdB-Tabelle) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

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

Grundsätzlich erfolgt die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung ausschließlich final. Der Grad der Schädigungsfolgen 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. Sind über diese Grundsätze und das evidenzbasierte medizinische Wissen hinaus Vorgaben erforderlich, um eine sachgerechte, einwandfreie und reproduzierbare Begutachtung der Kausalität zu gewährleisten, so sind diese für die betreffende Gesundheitsstörung ausformuliert.

Es wird erläutert, wie in der ärztlichen Begutachtung die Beeinträchtigung der Teilhabe festzustellen ist: Dies beinhaltet Grundsätzliches zur medizinischen Bewertung des Grades der Behinderung und welche Faktoren dabei zu berücksichtigen sind.

Um eine Gleichbehandlung über alle Funktionsbereiche hinweg zu gewährleisten, wird grundsätzlich diejenige Funktionseinschränkung bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung berücksichtigt, die sich unter Einsatz aller vorhandenen Hilfsmittel und allgemeiner Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ergibt. Gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 6 SGB IX in Verbindung mit § 31 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.

Eine gesunde Lebensführung (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 zeitaufwendig realisiert wird.

Es wird dargelegt, wann bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung die in der Tabelle angegebenen GdB heranzuziehen sind und wann davon abgewichen werden darf oder muss.

Die Formulierung der Art der Therapie verzichtet dabei bewusst auf die Nennung konkreter Substanzen oder Substanzklassen zugunsten einer umfassenden, das Therapieziel implizierenden Bezeichnung.

Zur Bewertung erfahrungsgemäß schwierig zu begutachtender Beeinträchtigungen der Teilhabe (Schmerz, Störungen des psychischen Befindens und Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes) werden allgemeine für alle Funktionsbereiche geltende Vorgaben festgelegt. Grundlage für die Einteilung von Schmerzen aus gutachtlicher Sicht ist die Leitlinie Nr. 030/102 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): „Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“.

Da der Begriff „Heilungsbewährung“ in der Vergangenheit insbesondere bei den Betroffenen zu Missverständnissen geführt hat, wird für das neue Konstrukt der Ausdruck „pauschale Erhöhung“ gewählt.

Es werden die Eigenschaften der Gesundheitsstörungen dargelegt, die Voraussetzung für die Vergabe einer „pauschalen Erhöhung“ sind. Zudem werden Sinn und Zweck der „pauschalen Erhöhung“ erläutert. Grundsätzlich ist bei Erfüllung der Voraussetzungen eine „pauschale Erhöhung“ in jedem Funktionsbereich möglich. Hierzu gehören insbesondere bösartige Neubildungen, schwerwiegende psychische oder Systemerkrankungen und Gesundheitsstörungen nach Transplantation innerer Organe.

Sowohl der Beginn als auch die Dauer des Zeitraums der „pauschalen Erhöhung“ werden erläutert.

Durch höchstrichterliche Rechtsprechung war das alte Konstrukt der „Heilungsbewährung“ gerügt worden. Die Neufassung berücksichtigt, dass unterschiedliche Beeinträchtigungen der Teilhabe auch zu unterschiedlich hohen GdB führen müssen.

Es wird erläutert, wie in der ärztlichen Begutachtung die Beeinträchtigung der Teilhabe bei Vergabe einer pauschalen Erhöhung festzustellen hat. Die Bildung des Gesamt-GdB erfolgt nach den unter 2 erläuterten Grundsätzen.

Grundlage der versorgungsmedizinischen Begutachtung ist gemäß dem biopsychosozialen Modell des modernen Behindertenbegriffs 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 Nummer 4 (Teil A-3, GdB-Bildung)**

Die Funktionssysteme, die bei der Bewertung des GdB zusammengefasst werden sollen, werden entsprechend der Klassifikation der Körperfunktionen der ICF bezeichnet.

Das Vorgehen bei der Ermittlung der vorhandenen Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und somit die gutachtliche Ermittlung des Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der Beeinträchtigungen einzelner Funktionen zueinander wird erläutert:

In Teil B sind für zahlreiche Beeinträchtigungen der Teilhabe Einzel-GdB festgesetzt. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, die durch diese einzelnen Beeinträchtigungen hervorgerufen wird, gilt als Vergleichsmaßstab für die Beurteilung der gesamten - durch das Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsstörungen hervorgerufenen - Beeinträchtigung der Teilhabe. Bei der Bildung des Gesamt-GdB muss abgewogen werden, ob - ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten GdB - durch eine weitere Beeinträchtigung der Gesamt-GdB höher festzulegen ist. Die Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe ist dann wesentlich erhöht, wenn von den in Teil B angegebenen GdB eine um einen GdB von 10 höhere als Vergleichsmaßstab gewählt werden muss.

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

So erhöht sich der Gesamt-GdB z. B. bei einem mit GdB 80 bewerteten Myelodysplastischen Syndrom nicht, falls einseitig eine Totalendoprothese des Knies (GdB 20, ohne Komplikationen) vorliegt. Bei Follikulärem Lymphom Erstdiagnose Stadium III und IV ohne Behandlungsbedürftigkeit (watch and wait), bei dem die Teilhabe entsprechend einem

GdB von 30 beeinträchtigt ist, wird der Gesamt-GdB mit 40 zu beurteilen sein, falls zudem ein Diabetes mellitus besteht, der mit einem GdB von 20 zu bewerten ist.

Es kommt bei der Beurteilung der Gesamteilhabebeeinträchtigung (Bildung des Gesamt-GdB) nicht auf die Anzahl der vorhandenen Einzelbeeinträchtigungen an.

Entscheidend ist allein das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Hierfür dient eine Gesundheitsstörung als Vergleichsmaßstab, für die in Teil B ein Einzel-GdB festgesetzt ist.

#### **Zu Nummer 5 (Anlage Nummer 4, Sehvermögen)**

Das Sehvermögen umfasst die Funktion des gesamten optischen und visuellen Systems. Die Störungen des Sehvermögens, die insbesondere die Teilhabe wesentlich beeinträchtigen, werden in der Neuformulierung hervorgehoben.

Der Verweis auf die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zur Sehschärfebestimmung entfällt zugunsten des differenzierten Verweises auf die DIN 58220. 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. Die übrigen Funktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Empfehlungen der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben.

#### **4.1 Blindheit**

Mit dem Begriff „Sehvermögen“ aus der Nomenklatur der ICF wird der funktionsorientierten Ausrichtung deutlicher Rechnung getragen.

Von Seiten der DOG existieren keine aktuellen offiziellen Kriterien einer der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 oder weniger gleichzusetzenden Störung 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. Um Missverständnissen vorzubeugen, werden diese Störungen konkretisiert. Dabei handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Die bisherige Formulierung „vom Zentrum entfernt“ war in ihrem möglichen Bezug auf das Gesichtsfeld oder das Restgesichtsfeld nicht eindeutig. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Begutachtung wird klar gestellt, in welchen Fällen das Zentrum des Restgesichtsfelds und in welchen das Zentrum des Gesichtsfeldschemas als Bezugspunkt für den Gesichtsfeldausfall zu verwenden ist, um die Teilhabebeeinträchtigung, die der Blindheit entspricht, abzubilden. Bei der Gesichtsfeldbewertung ist das beidäugige Gesichtsfeld maßgeblich; dies war in den Empfehlungen von 1975 bereits enthalten.

Die bisherige Textfassung von Teil A Nummer 6 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 hh) aufgeführt. Die bisher an dieser Stelle erwähnte visuelle Agnosie, die ebenso wie andere Störungen des visuellen Erkennens für sich allein Blindheit nicht begründet, wird entsprechend der Klassifikation der Körperfunktionen nach ICF im Zusammenhang mit anderen neurologischen Funktionsstörungen bewertet. Den Erläuterungen zur Blindheit liegen als morphologisches Korrelat ausschließlich Störungen der anatomischen Strukturen des Auges, der Sehbahn und der primären Sehrinde (Area 17 nach Brodmann) zugrunde.

## **4.2 Sehschärfeminderung**

Bei der Überarbeitung werden die gesetzlichen Vorgaben des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) umgesetzt, nach denen Schädigungsfolgen nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen sind (§ 30 Absatz 1 Satz 2). Die bisherige Tabelle der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) berücksichtigte historisch bedingt auch andere Rechtsbereiche. In der überarbeiteten Fassung ist allein die durch die Sehschärfeminderung hervorgerufene Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft maßgebend für den GdB.

Aktuelle Erkenntnisse zeigen, dass die Teilhabebeeinträchtigung bei einseitiger Blindheit heutzutage mit einem GdB von 20 zu bewerten ist. Dies zeigt sich unter anderem im Bereich Mobilität durch die Möglichkeiten dieses Personenkreises Führerscheinklassen zu erwerben.

Nach DIN 58220-5:2009-11 und DIN 58220-3:2009-11 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.

## **4.3 Störungen des Gesichtsfelds**

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 paracentrale 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° (vom Zentrum des Gesichtsfeldschemas) erfolgt jetzt auch bei allseitigen Einengungen des beidäugigen Gesichtsfelds eine stärkere Differenzierung entsprechend der Teilhabebeeinträchtigung. 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. Eine gesonderte Aufführung ist entbehrlich.

## **4.4 Doppelstehen (Diplopie)**

Bei der Überarbeitung werden die gesetzlichen Vorgaben des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) umgesetzt, nach denen Schädigungsfolgen nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen sind (§ 30 Absatz 1 Satz 2). Die Neuformulierung trägt der hohen funktionellen Bedeutung des ungestörten binokularen Blickfeldes insbesondere der zentralen 20° 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. Berücksichtigt wird auch eine Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes insbesondere infolge Abdecken eines Auges oder einer zur Vermeidung von Doppelbildern einzunehmenden kompensatorischen Kopfhaltung.

#### **4.5 Weitere Störungen**

Eine erhebliche Störung des Kontrastsehens oder des Dämmerungssehens wirkt sich insbesondere auf die Teilhabebereiche Lesefähigkeit und Orientierung aus. Die bisherigen Maßstäbe für die Beurteilung 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 Teilhabebeeinträchtigung infolge ständigen Tränenträufelns unterscheidet sich nicht wesentlich bei ein- oder beidseitigem Tränenträufeln.

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.

Die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes stellt eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung dar, wenn sie regelhaft Auswirkungen auf die interpersonelle Interaktion hat (entsprechend Kapitel 7 der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation der ICF). 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. Merkzeichenrelevant ist nur der GdB für die Beeinträchtigung des Sehvermögens.

#### **4.6 Primäre maligne intraokulare Tumore**

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, siebente 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 Murphee, A. Linn: Intraocular Retinoblastoma: the Case for a New Group Classification. Ophthalmol Clin N Am 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.

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

## **Zu Nummer 6 (Anlage Nummer 16, Blut, blutbildende Organe, Immunsystem)**

### **16.2 Hodgkin Lymphom**

Die Teilhabebeeinträchtigung bei M. Hodgkin ist im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose, Progress, Persistenz oder Rezidiv) in allen Stadien aufgrund der Auswirkungen der Gesundheitsstörung und der notwendigen Polychemotherapie 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 pauschale Erhöhung von 50 gerechtfertigt. 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 und kognitiver Funktionen zu berücksichtigen.

#### **16.3.1 Chronisch lymphatische Leukämie**

Die Bezeichnung der Diagnose einer Chronisch 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 dem Ausmaß der B-Symptomatik. Dem entsprechend wurde die Stadieneinteilung nach Binet als Grundlage für die Gruppen gleicher Teilhabebeeinträchtigung gewählt.

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

#### **16.3.2 Follikuläres Lymphom**

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei follikulärem Lymphom ist vom Krankheitsstadium (modifizierte Ann Arbor Klassifikation gemäß der International Union Against Cancer), 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.

#### **16.3.3 Extranodale Marginalzonenlymphome**

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung bei lokalisiertem extranodalen Marginalzonenlymphome ist vom Krankheitsstadium (modifizierte Ann Arbor Klassifikation gemäß der International Union Against Cancer), der Lokalisation, der Therapie, dem Allgemeinzustand und davon abhängig, ob und in welchem Ausmaß eine Remission erreicht werden kann.

#### **16.3.4.1 Multiples Myelom**

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 Multiplen 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 sind benannt.

Die autologe Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom bedingt unter Einschluss aller die Teilhabe beeinträchtigenden Faktoren, insbesondere den ausgeprägten Auswirkungen dieser Therapie für ein Jahr einen GdB von 100.

#### **16.3.4.2 Solitäres Plasmozytom**

Ein solitäres Plasmozytom wird in der Regel sofort nach Diagnosestellung mit kurativer Zielsetzung insbesondere operativ behandelt. Falls eine systemische Therapie erforderlich ist, entspricht die Teilhabebeeinträchtigung der bei Multiplen Myelom.

#### **16.4 Überwiegend aggressiv verlaufende Non-Hodgkin-Lymphome**

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. Der Gutachter wird darauf hingewiesen, dass bei ZNS-Lymphomen die Beeinträchtigung der Teilhabe durch zahlreiche neurologische Syndrome und durch kognitive Beeinträchtigungen verstärkt wird und er diese gesondert zu bewerten hat.

#### **16.5 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien und 16.6 Akute Leukämien**

Die dem evidenzbasierten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Grundsätze wurden auf ihre Gültigkeit in Zusammenwirken mit den neuen „Gemeinsamen Grundsätzen“ überprüft und ggf. angepasst.

#### **16.7 Myelodysplastische Syndrome**

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 4 Wochen unterschritten wird.



## **16.8 Stammzelltransplantation**

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung nach autologer Stammzelltransplantation wird in der Regel durch den Verlauf der zu Grunde liegenden Gesundheitsstörung bestimmt.

Die sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen der Teilhabe nach allogener Stammzelltransplantation nehmen an Ausprägung im Zeitverlauf ab. Es verbleibt jedoch regelhaft eine deutliche Teilhabebeeinträchtigung.

### **Zu Nummer 7 (Anlage Teil C, Kausalität)**

In Teil C werden die für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Absatz 3 des Bundesversorgungsgesetzes maßgebenden Grundsätze dargestellt. Die speziell bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung von Schädigungsfolgen zu berücksichtigenden Aspekte werden aufgeführt. Bei der Neuformulierung des Verordnungstextes werden zur besseren Lesbarkeit und Wahrung des Sinnzusammenhangs gesetzliche Vorschriften und Verwaltungsvorschriften mit in den Gesamttext einbezogen. Die seit Jahrzehnten bewährten Kausalitätsgrundsätze sind inhaltlich nicht geändert worden.

#### **1. Kausalität**

Durch eine klare Strukturierung des Textes mit Hervorhebung der drei Tatsachensäulen, die durch die ärztliche Begutachtung des Kausalzusammenhangs verbunden werden müssen, werden die Grundlagen des Kausalzusammenhangs im Sozialen Entschädigungsrecht deutlicher als zuvor herausgearbeitet. Es wird hervorgehoben, dass alle Tatsachen ermittelt sein müssen, bevor die Kausalbegutachtung erfolgen kann. Bei der Ermittlung der Tatsachen sind alle Informationen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch soziologische und historische Erkenntnisse (z. B. die wissenschaftliche Aufarbeitung von Haftbedingungen in der ehemaligen DDR), Erkenntnisse aus Medizin, Naturwissenschaft, Psychologie (z. B., dass bestimmte Lebensbedingungen Erkrankungen verursachen), Kriminologie und Forensik (z. B. die Auswirkung von Waffen oder Kampfmitteln). Für die ärztliche Tatsachenermittlung bedeutet dies insbesondere, dass alle Gesundheitsstörungen festgestellt sein müssen. Es wird verdeutlicht, dass bei der ärztlichen Begutachtung streng zwischen Gutachten zur Tatsachenermittlung (z. B. Glaubhaftigkeitsgutachten, Gutachten zur Diagnosesicherung) und Gutachten zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs unterschieden werden muss. Die Grundsätze der sozialmedizinischen Begutachtung sind ebenso wie das evidenzbasierte medizinische Fachwissen zu beachten.

#### **1.1 Tatsachen**

Bewusst wird im Zusammenhang mit der Tatsachenfeststellung auf Begriffe wie schädigendes Ereignis, Schädigung, Schädigungsfolge verzichtet, da diese bereits einen Kausalzusammenhang unterstellen, bevor dieser gutachtlich geprüft ist. Stattdessen werden die Begriffe „Vorgang“, „primäre Gesundheitsstörung“ und „sekundäre Gesundheitsstörung“ gewählt.

Die Feststellung der Tatsachen erfordert grundsätzlich den Vollbeweis, also die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit. Die Bedingungen, bei denen ausnahmsweise für die Tatsachenfeststellung die Glaubhaftmachung oder die eidesstattliche Versicherung ausreicht, sind in § 15 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung niedergelegt.

#### **1.2 Ursächlicher Zusammenhang (Kausalzusammenhang)**

Im Sozialen Entschädigungsrecht genügt für die Feststellung des Kausalzusammenhangs die Wahrscheinlichkeit. Es reicht aus, wenn ärztlich-gutachtlich auf der Basis des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft mehr für als gegen den Ursachenzusammen-

hang spricht. Verschiedene Kategorien von Wahrscheinlichkeit (z. B. bestärkte Wahrscheinlichkeit) sind gemäß dem aktuellen evidenzbasierten Stand der medizinischen Wissenschaft nicht erforderlich.

Wenn konkurrierende Vorgänge zur primären Gesundheitsstörung beigetragen haben, muss geprüft werden, welcher Vorgang die wesentliche Bedingung darstellt. Kommt einem Vorgang die überragende Bedeutung zu oder ist er im Verhältnis zu der Gesamtheit der anderen Vorgänge gleichwertig, so gilt er als wesentliche Bedingung. Nur dieser Vorgang kann als schädigender Vorgang festgestellt werden.

Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs ist stets der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft zugrunde zu legen. Forderungen nach einer angemessenen zeitlichen Verbindung und dem Vorhandensein von Brückensymptomen sind durch Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu begründen. Die Formulierung trägt der Erweiterung und Differenzierung der diagnostischen Möglichkeiten und der Erkenntnisse um Ätiologie und Verlauf von Erkrankungen Rechnung. Der Gutachter/die Gutachterin ist gehalten, diese kontinuierliche Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin in der Begutachtung umzusetzen.

Auf den Begriff „Vorschaden“ als Bezeichnung für eine Gesundheitsstörung, die bereits vor Eintritt des schädigenden Vorgangs aufgetreten ist, wurde verzichtet, da es sich nicht um einen Schaden im entschädigungsrechtlichen Sinn handelt. Diese Gesundheitsstörung ist klar von der primären und sekundären Gesundheitsstörung bzw. von der durch den schädigenden Vorgang entstandenen Schädigung und Schädigungsfolge abzugrenzen.

### **1.3 Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung und Anerkennung der Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung**

Die Neuformulierung verdeutlicht, dass bei der Feststellung der Art der Anerkennung ausschließlich auf die zu beurteilende Schädigungsfolge Bezug genommen wird. Zur Klarstellung kann folgendes Beispiel dienen: Bei vorbestehender Verengung des Wirbelsäulenkanals besteht nach einem Sturz eine komplette Lähmung beider Beine. Falls zuvor keine Schwäche der Muskulatur (Teillähmung) aufgrund der Verengung des Wirbelsäulenkanals bestand, kommt ausschließlich eine Anerkennung im Sinne der Entstehung in Betracht. Falls zuvor eine Teillähmung aufgrund der Verengung des Wirbelsäulenkanals bestand, kommt ausschließlich eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung in Betracht.

### **1.4 Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen**

Auf den Begriff „Nachschaden“ wurde verzichtet. Dieser ist missverständlich, da es sich nicht um einen Schaden im entschädigungsrechtlichen Sinn handelt sondern um eine schädigungsunabhängige hinzu kommende Gesundheitsstörung. Im übrigen siehe die Begründung zu 1.2.

### **1.5 Folgeschaden**

Schädigungsfolgen können unmittelbar verursacht, d. h. die Gesundheitsstörung wurde direkt durch die Schädigung verursacht, oder mittelbar verursacht worden sein, d. h. die Gesundheitsstörungen wurde durch eine schädigungsbedingte Gesundheitsstörung verursacht.

### **1.6 - 1.8**

Die Abschnitte sind inhaltlich unverändert.

**Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.