

Umschlag



BEHINDERUNG UND AUSWEIS

- Anträge
- Verfahren beim Versorgungsamt
- Merkmale für Nachteilsausgleiche
- GdB-Tabelle



Stand:

Mai 2004

Bearbeitung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
– Hauptfürsorgestelle – Münster

vom Herausgeber überarbeitet und aktualisiert:

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Integrationsamt
Bereich Öffentlichkeitsarbeit
Neustädter Passage 15
06122 Halle (Saale)

Layout und Satz:

alberti+partner
Fraunhoferstraße 1
07743 Jena
Telefon 03641 2272-0
www.alberti-partner.de

Druck:

Druckerei Hessel
Radegaster Straße 9a
06369 Weißandt-Görlau

Vorwort

- Für behinderte Menschen bieten verschiedenste Vorschriften in Gesetzen, Erlassen, Satzungen, Tarifen usw. eine Reihe von Rechten und Pflichten. Oft können diese aber nur dann genutzt werden, wenn Betroffene die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und weitere Voraussetzungen durch einen Schwerbehindertenausweis nachweisen. Diese Broschüre will aufzeigen, unter welchen Voraussetzungen der Schwerbehindertenausweis vom Versorgungsamt ausgestellt wird und wie der behinderte Mensch am Verfahren mitwirken kann.
- Grundlage ist das am 01.07.2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, in das das bisher geltende Schwerbehindertengesetz (SchwbG) einbezogen wurde. Am Verfahren zur Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB), der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und der Ausstellung eines Ausweises durch das jeweils zuständige Versorgungsamt (Anschriften siehe Anlage E) hat sich nichts geändert. Neben vielen sprachlichen Anpassungen im SGB IX ist aber die Möglichkeit für gehörlose Menschen hervorzuheben, sich nunmehr das Merkzeichen „Gl“ für „Gehörlosigkeit“ in den Schwerbehindertenausweis eintragen zu lassen.
- Grundlage für alle Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht sind weiterhin die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“. Die „Anhaltspunkte ...“ wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

als Buch herausgegeben und können unter der Bestell-Nr. K 710 kostenpflichtig bei der Köllen Druck & Verlag GmbH, Ernst-Robert-Curtius-Straße 14, 53117 Bonn, schriftlich (oder per Fax (02 28) 9 89 82 22) bestellt werden. Auszüge aus den „Anhaltspunkten“ – insbesondere die GdB-Tabelle – finden Sie in Anlage C dieser Broschüre.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Keine Rechte ohne Nachweis	10
Der taggleiche Bescheid	12
Der Erstantrag	14
• Antragsmuster	16
• Die Ausweismerkmale („Im Einzelnen bedeuten ...“)	23
Feststellung der Behinderung und des Grades der Behinderung (Verfahren beim Versorgungsamt)	46
Bescheid über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen	54
Ausweis	56
• Welche Nachteilsausgleiche bei welchen Merkmalen?	56
• „Freifahrt ausweis“	60
• Sondergruppen	63
• Gültigkeitsdauer	65
Beiblatt zum Ausweis	67
Streckenverzeichnis	71
Bescheinigungen	72
Rechtsbehelf	74

Änderung des Feststellungsbescheides/des Ausweises	76
• Auf Antrag des (schwer-)behinderten Menschen:	
a) Änderung des Gesundheitszustandes	76
b) Verzicht auf die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch	83
• Von Amts wegen:	
a) Änderung des Gesundheitszustandes	84
b) Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen	85
c) Verfahren	86
Änderung eines Rentenbescheides, einer Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung	87
Schutzfrist bei Wegfall der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch	88
Einziehung des Ausweises	90
Verlängerung der Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises	91
Gleichstellung	92

Anhang/Anlagen

A Auszug aus dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	96
---	----

B Auszug aus dem Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)	101
C GdB/MdE-Tabelle (Auszug aus den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz)	108
Das Inhaltsverzeichnis befindet sich auf Seite	109
D Auszug aus der Schwerbehindertenausweisverordnung	241
E Anschriftenverzeichnis der Versorgungsverwaltung im Land Sachsen-Anhalt	253
F Anschriftenverzeichnis Integrationsamt im Land Sachsen-Anhalt	255

Die Verwendung männlicher und weiblicher Wortformen wurde aus Gründen der Lesbarkeit nicht konsequent eingehalten. Gleichwohl sind, wenn nicht anders ausgewiesen, stets die männliche und die weibliche Form gemeint.

Keine Rechte ohne Nachweis



- Die Rechte und Nachteilsausgleiche, die schwerbehinderten Menschen zustehen, ergeben sich nicht nur aus dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), sondern auch aus vielen anderen Vorschriften, wie z. B. dem Steuerrecht.
- Nachteilsausgleiche werden in Gestalt von besonderen Schutzrechten und Leistungsansprüchen gewährt. Sie haben den Zweck, berufliche, wirtschaftliche und soziale Nachteile, die jemand durch seine Behinderung erleidet, auszugleichen. Wem welche Nachteilsausgleiche im Einzelnen zustehen, ergibt sich aus der entsprechenden Broschüre.
- Wer sein Recht als schwerbehinderter Mensch beanspruchen will, muss seine Schwerbehinderteneigenschaft nachweisen können. Nur in Ausnahmefällen, z. B. wenn offensichtlich eine Schwerbehinderung vorliegt, können die Rechte auch ohne formellen Nachweis durchgesetzt werden. Aber auch diese behinderten Menschen sind gut beraten, sich einen amtlichen Nachweis über die Schwerbehinderteneigenschaft geben zu lassen, um es nicht auf Streitigkeiten vor Gerichten ankommen zu lassen.

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX sind Menschen

- bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt
- und die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne

des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich (Bundesrepublik Deutschland) dieses Gesetzbuches haben (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

- Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).
- Als Nachweis der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch dient ein vom Versorgungsamt ausgestellter Ausweis und nicht der Feststellungsbescheid. In diesem Heft wird erläutert, wie die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt und welcher Nachweis (Ausweis) im Einzelfall ausgestellt wird.
- Für bestimmte Menschen, die behindert, aber nicht schwerbehindert sind (GdB weniger als 50), gibt es Bescheinigungen, die vom Versorgungsamt zur Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen ausgestellt werden (z. B. für einen Steuerfreibetrag).

Der taggleiche Bescheid



- Ein erheblich verkürztes Bearbeitungsverfahren bei Anträgen auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz macht es möglich, Ihre Bescheide und ggf. den Schwerbehindertenausweis am Tag der Ausstellung in Empfang zu nehmen.

Bitte rufen Sie uns an!

- Über ein Bürgertelefon können Sie jeden Montag und Mittwoch in der Zeit von 9 bis 12 Uhr mit dem Amt für Versorgung und Soziales Kontakt aufnehmen, Fragen klären und einen Untersuchungstermin vereinbaren.

Bürgertelefon:

Versorgungsamt Halle (Saale)
0345 5233892

Versorgungsamt Magdeburg
03 91 6273042

- Zu diesem Termin suchen Sie dann das zuständige Amt auf und unterziehen sich dort einer versorgungsärztlichen Untersuchung und Beurteilung. Hier ist es hilfreich, wenn Sie medizinische Unterlagen mitbringen, die sich in Ihrem Besitz befinden.

Wie ist der Ablauf?

- Sie erhalten einige Tage nach Ihrem Anruf ein Informationsschreiben mit folgendem Inhalt:

1. Terminbestätigung, Ortsangaben
2. Hinweise auf mitzubringende Unterlagen (z. B. vorhandene oder von Ihnen beschaffbare Befundberichte der behandelnden Ärzte)
3. Hinweise zur Kostenregelung (Fahrtkosten werden nicht erstattet, Kosten für Fotokopien werden übernommen)
4. Antragsvordruck nach dem Schwerbehindertengesetz (Hinweise zum Ausfüllen siehe Seite 16 ff.)

- Am Untersuchungstag erfolgt die versorgungsärztliche Untersuchung durch eine(n) erfahrene(n) Versorgungsärztin/-arzt. Nach der Untersuchung müssen Sie sich auf eine Wartezeit einrichten (ca. 1 bis 2 Stunden), die Sie individuell nutzen können. In dieser Zeit werden das Gutachten und der Bescheid, ggf. auch der Schwerbehindertenausweis, fertig gestellt.

Der Erstantrag



- Das Versorgungsamt prüft das Vorliegen einer Behinderung, den Grad der Behinderung und weitere gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen nur auf Antrag des behinderten Menschen. Dieser kann formlos gestellt werden. Ausreichend wäre ein Schreiben nach folgendem Muster:

Ralf Mustermann Musterstraße 20
geb. 00.00.0000 06114 Halle (Saale), den

An das
Landesverwaltungsamt
Referat 609 – Versorgungsamt

Hiermit beantrage ich die Feststellung
der Schwerbehinderteneigenschaft.

Ralf Mustermann

- Allein aufgrund eines solchen Schreibens ist allerdings noch kein Schwerbehindertenausweis zu erwarten. Es reicht aber aus, um den Kündigungsschutz nach dem Schwerbehindertenrecht in Anspruch zu nehmen, wenn es vor einer Kündi-

gung beim Versorgungsamt eingeht und zur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises führt (vgl. Schriftenreihe „Für schwerbehinderte Menschen“ – Heft 7: „Kündigungsschutz“).

- Das Versorgungsamt wird dem Antragsteller den Eingang bestätigen und ihm einen Antragsvordruck zusenden. Die Eingangsbestätigung kann z. B. dem Arbeitgeber vorgelegt werden, um Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub geltend zu machen.

- Wenn es nicht auf eine besonders schnelle Antragstellung ankommt, ist es sinnvoller, anstelle des formlosen Antrages sofort den amtlichen Antragsvordruck zu verwenden. Diesen gibt es kostenlos beim Versorgungsamt (Anruf genügt/Telefon siehe Seite 193), bei den örtlichen Fürsorgestellen der Kreise oder der größeren Städte, bei den Sozialämtern der Gemeinden, bei den Behindertenverbänden oder bei den Schwerbehindertenvertretungen in Betrieben und Dienststellen. Die kleine Mühe lohnt sich, denn dadurch wird die Zeit für die Bearbeitung des formlosen Antrages gespart. Möglicherweise kann der beantragte Schwerbehindertenausweis dann schon einige Wochen eher ausgestellt werden. Die Stellen, bei denen das Antragsformular zu erhalten ist, helfen auch gern, es richtig auszufüllen.

Nachfolgend ist der Antragsvordruck im Original abgedruckt. Die Randnummern (z. B. ①) verweisen auf die einzelnen Erläuterungen auf den Seiten 20 bis 45.

9

5. Wurde von einer anderen Verwaltungsbehörde bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der RMG bzw. der Behinderung getroffen oder MuK an entsprechendes Verfahren? (z.B. Sozialversicherung, Arbeitsagentur)

nein ja → Bitte Feststellungsnummer oder -unterlagen beifügen!

Vorläufige Bestimmungen:	RMG der fest-gesetzten RMG:	Verwaltungsbehörde:	Wahrscheinl.:

6. Falls Sie blind oder fast erblindet sind:
 Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Landesblindengleichgesetz gestellt? ja nein
 Wenn **Nein**, versichern Sie, daß ein Ihnen ein entsprechendes Antragsformular zufließt! ja nein

7. Sind Sie Empfänger von Pflegegeld?
 nein ja geben Sie bitte die Anzahl der zahlenden Betriebe an:
 Sozialamt
 Krankenkasse

III. Angaben über ärztliche Behandlungen
 (Von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben hängt auch die Bearbeitungsdauer ab)

1. Name und Anschrift Ihres Hausarztes im letzten Halbjahr aufgesucht ja nein

Wichtiger Hinweis:
 Befürchten Sie eine rechtlichen Unterlegen bei Ihrem Hausarzt, brauchen Sie zu Ziffer 8.2 keine weiteren Angaben machen.

2. Mit welchen Ärzten (einer oder mehrere der getrennt gemachten Gesundheitsleistungen) außerdem (auch aktuelle rechtlich strittige Unterlagen) eingewilligt werden?

von – bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen welcher Gesundheitsleistungen

3. Krankenhausbehandlung wegen der getrennt gemachten Gesundheitsleistung in den letzten 5 Jahren:

von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses (bzw. Nervenheilanstalt oder des USA-Nachnamens)	aus welcher Gesundheitsleistung RMG ergebnis: 1 = Ausweis, 2 = Betrieb

11

12

13

2. Gesundheitsfragen wegen der getrennt gemachten Gesundheitsleistungen in den letzten 5 Jahren

von – bis	Name und Anschrift der Krankenkasse und des Krankenträgers (z. B. Rentenversicherungsträger oder Krankenkasse Krankl. Versicherungsträger)	wegen welcher Gesundheitsleistungen

3. Bei welchen bisher nicht angegebenen Stellen befallen sich weitere die Gesundheitsleistungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Röntgenbilder usw.?

Stelle-Nachricht	Über welche Gesundheitsleistungen

IV. Angaben zur Ausstellung eines Ausweises

Die beantragte Ausweis soll die festgestellten Voraussetzungen an Antragsbeginn nachweisen.
 Der beantragte Ausweis soll die festgestellten Voraussetzungen ab einem solchen Zeitpunkt _____ nachweisen.
 Begründung: _____

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getrennt gemachten einzelnen Antrag auf Feststellung der Minderungs der Erwerbsfähigkeit (ME) bzw. des Grades der Behinderung (GB) oder Ausstellung eines Ausweises (über die Schwerbehindertenverordnung) gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitsgemäße Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Auslagen des Verfahrens, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag entstehen, werde ich unverzüglich ersetzen.
 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Amt für Integration und Soziale Dienste für die Feststellung ärztlicher Gutachten eintrifft und
 – die entsprechenden Unterlagen (insbesondere Erläuterungsberichte, Zertifikate, Befundberichte, Untersuchungsprotokolle, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenkassen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfang beschafft werden kann, dessen Abschluss über die von mir getrennt gemachten Behinderungen geben können.
 Diese Erklärung erhebt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingezogen habe, auch auf Unterlagen über psychische, psychosomatische und psychosoziale Untersuchungen/Behandlungen.
 Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens einreichenden Sachverhalte und angelegten Unterlagen. Ich genehmige die Herstellung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und erkläre die beschafften Akte insoweit von mir Schweigepflicht.
 Ich erkläre mich einverstanden, dass die Daten die im Zusammenhang mit einer Registrierung wegen der Erkrankung/ von Gesundheitsleistungen benutzt geworden sind für eigene gesetzliche Aufgaben, z. B. eventuelle andere Gutachten oder andere Sozialleistungsträger (Krankenkassen, Arbeitsamt, Berufsberatung, Bundesagentur für Arbeit) oder andere gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen, soweit es für die genannten Zwecke erforderlich sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 78 Abs. 2 SGB X). Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass ich den wahlweise beantragten und dass ich einen Widerspruch in diesem Verfahren zur Verhängung der Entscheidung über die beantragten Leistungen und Ausweisausstellung führen kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mit gesetzlich gerechtfertigte Frist verstrichen ist (§ 58 SGB X).

Name für etwaige Einzelbehaltung des Vorstandsbeschlusses: _____

Beigelegt sind:
 Protokoll DM

 Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlicher Vertreter

Anlagen zum GB-Beh Antrag:
 1. Merkblatt zum Antragsantrag
 1. Erklärung zur Schweigepflichtverletzung

Zu Randnummer 1

• Der Antrag muss an das Versorgungsamt gerichtet werden, in dessen Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt (siehe Anlage E). In Anlage F finden Sie auch Hinweise, welches „Auslandsversorgungsamt“ für die Antragstellung zuständig ist, wenn der Antragsteller Grenzarbeitnehmer ist (siehe „Zu Randnummer 3“). Wohnsitz ist dort, wo der behinderte Mensch eine Wohnung genommen hat, sie beibehalten und benutzen will. Für Ausländer und Staatenlose ist das Versorgungsamt zuständig, in dessen Bereich der Wohnsitz im Bundesgebiet (Geltungsbereich des SGB IX) liegt. Bei der Bestimmung des zuständigen Versorgungsamtes hat der behinderte Mensch ein Wahlrecht, ob er den Antrag an das Versorgungsamt, das für den 1., für den 2. oder für einen weiteren Wohnsitz zuständig ist, richten will.

• Deutsche Arbeitnehmer, die von deutschen Firmen oder Behörden zeitlich begrenzt zu einer Tätigkeit ins Ausland abgeordnet worden sind und keinen Wohnsitz mehr im Geltungsbereich des SGB IX haben, richten ihren Antrag an das aus der Anlage F ersichtliche so genannte „Auslandsversorgungsamt“.

Zu Randnummer 2

• Im eigenen Interesse sollten alle Angaben im Antrag möglichst mit Maschinen- oder Blockschrift ausgefüllt werden. Das erleichtert die Antragsbearbeitung.

Zu Randnummer 3

• Wohnsitz ist dort, wo der behinderte Mensch eine Wohnung genommen hat, sie beibehalten und benutzen will.

• Ein Wohnsitz kann auch an mehreren Orten bestehen (z. B. 1. und 2. Wohnsitz).

• Deutsche Arbeitnehmer, die von deutschen Firmen oder Behörden zeitlich begrenzt zu einer Tätigkeit ins Ausland abgeordnet worden sind und keinen Wohnsitz mehr im Geltungsbereich des SGB IX haben, können dennoch einen Schwerbehindertenausweis bekommen und tragen hier ihren Auslandswohnsitz ein.

Zu Randnummer 4

• Im Regelfall wird der behinderte Mensch selbst oder in dessen Namen der gesetzliche Vertreter (Betreuer) den Antrag stellen. Der behinderte Mensch kann auch z. B. einen Rechtsanwalt, einen Gewerkschaftssekretär oder den Vertreter eines Behindertenverbandes zur Antragstellung und zur Wahrnehmung seiner Rechte im weiteren Verfahren bevollmächtigen. Für Rentenberater gilt dies nur, wenn sie für das Verfahren beim Versorgungsamt zugelassen sind.

• Darüber hinaus kann der behinderte Mensch jede weitere Person seines Vertrauens bevollmächtigen, sofern diese Person die Vertretung nicht berufsmäßig durchführt.

• Auch die Schwerbehindertenvertretung der schwerbehinderten Menschen und die Sozialämter sind selbstverständlich bei der Ausfüllung des Antrages gern behilflich.

• Der Arbeitgeber des behinderten Menschen ist an dem Feststellungsverfahren beim Versorgungsamt grundsätzlich nicht beteiligt.

Er wird von dort auch nicht angehört oder benachrichtigt und hat keine Möglichkeit, gegen Feststellungsbescheide des Versorgungsamtes einen Rechtsbehelf einzulegen.

Zu Randnummer 5

- Auf die deutsche Staatsangehörigkeit kommt es nicht an. Bei Ausländern ist es jedoch erforderlich, dass sie eine Aufenthaltsgenehmigung oder -gestattung haben oder berechtigt sind, als Grenzarbeitnehmer in der Bundesrepublik zu arbeiten. Grenzarbeitnehmer sind Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz im Ausland beibehalten, eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland ausüben und täglich, mindestens aber einmal wöchentlich, an ihren Wohnsitz zurückkehren.
- Ausländer und Staatenlose müssen beim Versorgungsamt die amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung bzw. -gestattung einreichen (Passvermerk usw.). Es ist aber auch möglich, sich von der Ausländerbehörde die im Antragsformular enthaltene Bestätigung ausfüllen, unterschreiben und abstempeln zu lassen. Gleiches gilt für Grenzarbeitnehmer (anstelle der Vorlage des Ausweises für den kleinen Grenzverkehr).
- Nach dem Rundschreiben des BMA vom 25.10.1999 – V a 2 – 58100 – ist von einem rechtmäßigen gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX auch bei Ausländern auszugehen, die im Besitz einer Duldung gem. § 55 Ausländergesetz sind, wenn der geduldete Aufenthalt mindestens drei Jahre beträgt, er sich auf unbestimmte Zeit in Deutschland aufhalten wird und der Abschiebung Hindernisse entgegen

stehen, die er nicht zu vertreten hat, und somit damit von vornherein feststeht, dass er auch nach Ablauf der jeweils für drei bis sechs Monate erteilten Duldungen nicht abgeschoben wird.

Zu Randnummer 6

- Um bestimmte Rechte in Anspruch nehmen zu können (z. B. Freifahrt im öffentlichen Personenverkehr, Rundfunkgebührenbefreiung usw.), müssen besondere Merkzeichen im Ausweis eingetragen sein. Dafür muss – wie bei Behinderung und Behinderungsgrad – eine „Feststellung“ vorliegen. Das Versorgungsamt prüft zwar in jedem Fall, ob und ggf. welche gesundheitlichen Merkmale zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen vorliegen. Dennoch sollte der Antragsteller überlegen, ob die im Antragsvordruck genannten gesundheitlichen Voraussetzungen für bestimmte Merkzeichen vorliegen könnten. Das Ankreuzen des Merkzeichens erleichtert dem Versorgungsamt die vollständige und zügige Bearbeitung des Antrages.

Im Einzelnen bedeuten:

„Erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Strassenverkehr“ (gehbehindert):

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **G** (siehe Seite 60).

- Ein Mensch ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, wenn er infolge einer Einschränkung des Gehvermögens auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientie-

rungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

- Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein – d. h. altersunabhängig – von nichtbehinderten Menschen noch zu Fuß zurückgelegt werden.

- Nach der Rechtsprechung gilt als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.

- Eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr liegt z. B. bei Einschränkungen des Gehvermögens vor, die

- von den unteren Gliedmaßen und/oder von der Lendenwirbelsäule ausgehen und
- für sich allein mindestens einen GdB von 50 ausmachen.

- Wenn diese Behinderungen der unteren Gliedmaßen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüft-, Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung oder arteriellen Verschlusskrankheiten, kann eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ab einem GdB von 40 angenommen werden. (In diesem Fall wird ein Ausweis mit dem Merkzeichen **G** selbstverständlich nur dann ausgestellt, wenn der Gesamt-

GdB aufgrund zusätzlicher Behinderungen mindestens 50 beträgt.)

- Aber auch bei inneren Leiden kann die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sein (z. B. bei schweren Herzschäden, dauernder Einschränkung der Lungenfunktion, hirnorganischen Anfällen, Zuckerkranken, die unter häufigen Schocks leiden).

- Die Voraussetzung kann auch erfüllt sein, wenn die Orientierungsfähigkeit des behinderten Menschen erheblich gestört ist (z. B. bei Sehbehinderten ab einem GdB von 70, bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion – z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung).

„Außergewöhnlich gehbehindert“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **aG** (siehe Seite 62).

- Als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können.

- Das Merkzeichen **aG** ist nur zuzuerkennen, wenn wegen außergewöhnlicher Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das Schwerste eingeschränkt ist; die Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens allein reicht nicht aus.

Hierzu zählen:

- Querschnittsgelähmte,
 - Doppel-Oberschenkelamputierte,
 - Doppel-Unterschenkelamputierte,
 - Hüftexartikulierte (behinderte Menschen, denen ein Bein im Hüftgelenk entfernt wurde) und
 - einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außer Stande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie
 - andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung auch aufgrund von Erkrankungen dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind. Eine solche Gleichstellung rechtfertigen beispielsweise Herzschäden oder Krankheiten der Atmungsorgane, sofern die Einschränkungen der Herzleistung oder Lungenfunktion für sich allein einen GdB von wenigstens 80 bedingen.
- Das Versorgungsamt erkennt das Merkzeichen **aG** nur dem Antragsteller zu, der die oben genannten Voraussetzungen erfüllt. Es reicht z. B. nicht aus,
- wenn der Antragsteller wegen der Teilentfernung des Darmes an Stuhlinkontinenz leidet und seine Fortbewegungsfähigkeit erheblich dadurch eingeschränkt ist, weil er innerhalb kürzester Zeit auf eine Toilette angewiesen ist,
 - wenn der Antragsteller an einer erheblichen Versteifung des Hüftgelenks und deform verheiltem Bruch des Oberschenkels leidet, sodass er deshalb auf öffentlichen Parkplätzen mit üblichen Abmessungen seine Pkw-Tür nicht vollständig öffnen kann.

„Auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **B**

– erfolgt allerdings nur, wenn zudem eine erhebliche oder außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt ist (siehe Seite 60).

- Ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen dann notwendig, wenn sie
 - infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind, d. h. beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels regelmäßig fremde Hilfe benötigen,
 - oder Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z. B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) in Anspruch nehmen.
- Die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung wird stets angenommen bei
 - Querschnittsgelähmten,
 - Ohnhändern,
 - Blinden und
 - erheblich sehbehinderten, hochgradig hörbehinderten, geistig behinderten Menschen und Anfallskranken, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen ist (siehe Seiten 23 ff).

- Die Notwendigkeit ständiger Begleitung liegt oft auch vor, wenn eine außergewöhnliche Gehbehinderung oder Hilflosigkeit (bei Erwachsenen) anzunehmen ist.

„Blind“ oder „Wesentlich sehbehindert“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **RF** (siehe Seite 56).

- Wesentlich ist eine Sehbehinderung, wenn sie für sich allein einen GdB von wenigstens 60 ausmacht.

„Gehörlos“ oder „Gehindert, sich trotz Hörhilfe ausreichend zu verständigen“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **RF** (siehe Seite 56).

- Dazu zählen die gehörlosen Menschen und diejenigen Menschen, die an beiden Ohren mindestens eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit mit einem GdB von mindestens 50 allein aufgrund der Hörbehinderung haben.
- Eine reine Schallleitungsschwerhörigkeit ermöglicht im Allgemeinen bei Benutzung von Hörhilfen eine ausreichende Verständigung, sodass hierbei die gesundheitlichen Voraussetzungen im Allgemeinen nicht erfüllt sind.

„Ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **RF** (siehe Seite 56).

- Hier wird vorausgesetzt, dass die Behinderung mindestens einen GdB von 80 ausmacht. Die Voraussetzungen sind gegeben bei

- behinderten Menschen mit schweren Bewegungsstörungen – auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) –, die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in ihnen zumutbarer Weise nicht besuchen können;
- behinderten Menschen, die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend und störend wirken (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei nicht funktionsfähigem künstlichen Darmausgang, häufige hirngorganische Anfälle, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche wie etwa bei Asthmaanfällen und Kanülenträgern, ständig wiederkehrende akute Hustenanfälle mit Auswurf bei Kehlkopflösen);
- behinderten Menschen mit – nicht nur vorübergehend – ansteckungsfähiger Lungentuberkulose;
- geistig oder seelisch behinderten Menschen, bei denen befürchtet werden muss, dass sie beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören.

- Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen bestimmter Art verbietet. Behinderte Menschen, die noch in nennenswertem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können, erfüllen die Voraussetzungen nicht. Die Berufstätigkeit eines behinderten Menschen ist in der Regel ein Indiz dafür, dass öffentliche Veranstaltungen – zumindest gelegentlich – besucht werden

können, es sei denn, dass eine der vorgenannten Beeinträchtigungen vorliegt, die bei Menschenansammlungen zu unzumutbaren Belastungen für die Umgebung oder für den Betroffenen führt.

„Hilflos“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **H** (siehe Seite 62).

- Als hilflos ist ein Mensch anzusehen, der infolge seiner Behinderung nicht nur vorübergehend (also mehr als 6 Monate) für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.
- Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen.
- Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist dann der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht (z. B. Hilfe beim Anziehen einzelner Bekleidungsstücke, notwendige Beglei-

tung bei Reisen und Spaziergängen, Hilfe im Straßenverkehr, einfache Wund- oder Heilbehandlung, Hilfe bei Heimdialyse ohne Notwendigkeit weiterer Hilfeleistung). Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen (z. B. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung), müssen außer Betracht bleiben.

- Ob ein Zustand der Hilflosigkeit besteht, ist damit eine Frage des Tatbestandes, die nicht allein nach dem medizinischen Befund beurteilt werden kann; diese Frage ist vielmehr unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände des einzelnen Falles zu entscheiden, wobei auch von Bedeutung sein kann, welche Belastungen dem Behinderten nach Art und Ausdehnung seiner Behinderung zugemutet werden dürfen.
- Bei einer Reihe schwerer Beeinträchtigungen, die aufgrund ihrer Art und besonderen Auswirkung regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem Umfang erfordern, kann im Allgemeinen ohne nähere Prüfung Hilflosigkeit angenommen werden. Dies gilt stets bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung. Hochgradig in seiner Sehfähigkeit behindert ist ein Mensch, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/20 beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleichzuachtende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdB-Grad von 100 bedingt und noch nicht Blindheit vorliegt.

- Querschnittslähmung und andere Beeinträchtigungen, die auf Dauer und ständig – auch innerhalb des Wohnraums – die Nutzung eines Rollstuhls erfordern, in der Regel auch bei
 - Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderung allein einen GdB von 100 bedingt,
 - Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen; Ausnahme: Bei Unterschenkelamputation beiderseits wird im Einzelfall geprüft, ob Hilflosigkeit gegeben ist (als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mindestens der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).
- Führt eine Behinderung zu dauerndem Krankenlager, so sind stets die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der behinderte Mensch das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
- Bei Kindern ist stets nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet.
- Die Feststellungen der Pflegekassen über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz führen nicht automatisch zur Feststellung von „Hilflosigkeit“. Nach dem Rundschreiben des BMA vom 16.07.1997 – VI 5-55463-3/1 (55492) – bestehen jedoch bei sachgerechter Feststellung von Schwerstpflegebedürftigkeit – Pflegebedürftigkeit der Stufe III – nach § 15 SGB XI oder entsprechenden Vorschriften keine Bedenken, auch die gesundheitlichen

Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit im Sinne von § 33b EStG zu bejahen. Für die Fälle, in denen nach den genannten Vorschriften eine geringere Stufe der Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist, ist weiterhin eine eigenständige Prüfung von Hilflosigkeit erforderlich.

„Bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG erfordern die Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes/Bundesentschädigungsgesetzes die Unterbringung in der 1. Wagenklasse“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **1. Kl.** (siehe Seite 56).

- Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit dem Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllen *ausschließlich* *Schwerkriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG)* mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um wenigstens 70 v. H., wenn der auf den erkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert. Bei schwerkriegsbeschädigten Empfängern der drei höchsten Pflegezulagestufen sowie bei Kriegsblinden, kriegsbeschädigten Ohnhändern und kriegsbeschädigten Querschnittsgelähmten wird das Vorliegen der Voraussetzungen unterstellt.

„Blind“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **Bl** (siehe Seite 62).

- Blind ist ein Mensch, der das Augenlicht vollständig verloren hat. Als blind ist auch ein Mensch anzusehen, dessen Seh-

schärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei dem eine dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens vorliegt.

- Mit Urteil vom 27.02.1992 – 5 C 48.88 – hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass Entscheidungen der Versorgungsämter nach § 69 Abs. 1 und 4 SGB IX (ehemals § 4 Abs. 1 und 4 Schwerbehindertengesetz) Statusentscheidungen sind, bezogen auf die Prüfung inhaltsgleicher Tatbestandsvoraussetzungen für in anderen Gesetzen geregelte Vergünstigungen bzw. Nachteilsausgleiche. Nach dieser Entscheidung sind die Landschaftsverbände, die nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose u. a. für die Gewährung von Blindengeld zuständig sind, an die Feststellung der Versorgungsämter zum Merkzeichen **Bl** gebunden.

„Gehörlos“:

Eintragung im Ausweis: Merkzeichen **Gl** (siehe Seite 63).

- Gehörlos sind hörbehinderte Menschen, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sowie hörbehinderte Menschen mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Wortschatz) vorliegen. Das sind in der Regel hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist.

Zu Randnummer 7

- Hier sind alle Gesundheitsstörungen möglichst mit Funktionseinbußen anzugeben, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Dazu gehören auch Folgeschäden (z. B. Wirbelsäulenschaden nach Oberschenkelamputation) sowie Schmerzen und psychische Auswirkungen. Unter Gesundheitsstörungen in diesem Sinne versteht man nicht den regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand als solchen. Vielmehr ist damit die Auswirkung der Beeinträchtigungen gemeint, die durch den regelwidrigen Körper-, Geistes- oder Seelenzustand verursacht werden.

Beispiel: Führt eine Behinderung (eine Salmonellendauerausscheidung, eine tuberkulöse Erkrankung usw.) zu einer zusätzlichen psychischen Belastung, weil die Umwelt dem behinderten Menschen wegen der Ansteckungsgefahr ablehnend gegenübersteht, so sollte das ebenfalls angegeben werden.

- Normale Alterserscheinungen können nicht als Behinderung anerkannt werden. Das Gleiche gilt für vorübergehende Erkrankungen, deren Auswirkungen nicht über 6 Monate zu spüren sind.

- Der Antragsteller sollte sich deshalb überlegen, ob er z. B. die altersbedingte leichte Weitsichtigkeit hier überhaupt angeben will; Gleiches gilt z. B. für den einwandfrei verheilten Armbruch.

- Das Versorgungsamt muss jede im Antrag angegebene – auch geringfügige – Gesundheitsstörung überprüfen. Die Bearbeitungsdauer würde durch solche Angaben nur unnötig

verzögert. In Zweifelsfällen sollte der behinderte Mensch vor Antragstellung mit seinem Arzt sprechen. Wenn er dann immer noch nicht sicher ist, sollte er jede Gesundheitsstörung gegenüber dem Versorgungsamt angeben, die nach seiner Meinung zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führt.

- Sofern dem Antragsteller die Diagnose seiner Gesundheitsstörung bekannt ist, ist es sinnvoll, diese einzutragen. Wenn er die genaue medizinische Bezeichnung nicht kennt, reicht es allerdings aus, wenn er die Auswirkungen der Gesundheitsstörung aufschreibt (z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bewegungsstörungen des rechten Arms).
- Der Antragsteller sollte daran denken, dass er seine Angaben möglichst vollständig macht: Sonst kann es passieren, dass wesentliche Beeinträchtigungen beim Feststellungsverfahren des Versorgungsamtes „vergessen“ werden. Er erschwert dem Versorgungsamt die Bearbeitung, wenn er hier überhaupt keine Eintragung vornimmt, und er hat nicht die Gewähr dafür, dass auch wirklich jede Gesundheitsstörung berücksichtigt wird.
- Dem behinderten Menschen bleibt nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts allerdings selbst überlassen, welche Beeinträchtigungen bei der Prüfung der Schwerbehinderteneigenschaft berücksichtigt werden sollen. Im Schwerbehindertenrecht gibt es nach diesem Urteil nicht den Grundsatz „Alles oder nichts“. Der behinderte Mensch kann danach selbst entscheiden, welche Beeinträchtigungen vom Versorgungsamt berücksichtigt werden sollen und welche nicht.

Die nach seinem Willen nicht zu berücksichtigenden Beeinträchtigungen bleiben im Verfahren und auch bei der Feststellung des Gesamt-GdB und der Merkzeichen für die Nachteilsausgleiche außer Betracht. (Das Bundessozialgericht entsprach damit in letzter Instanz der Klage einer Frau, die sich dagegen wandte, dass ihr vom Versorgungsamt für die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch außer anderweitigen Funktionsbeeinträchtigungen auch eine zunehmende Geisteskrankheit bescheinigt wurde. – Az.: 9 RVs 4/83)

- Falls der behinderte Mensch nicht ausdrücklich die Beschränkung auf einzelne Beeinträchtigungen beantragt, hat das Versorgungsamt im Feststellungsverfahren alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen. Wenn der Antragsteller ärztliche Unterlagen über seine geltend gemachten Gesundheitsstörungen besitzt, die nicht älter als 5 Jahre sind (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger), ist es ratsam, diese Unterlagen möglichst in Kopie dem Antrag beizufügen.
- Die Bearbeitungszeit wird umso mehr verkürzt, je eindeutigere ärztliche Unterlagen dem Versorgungsamt vorgelegt werden können. Die ärztlichen Bescheinigungen sollten nur dann eine Angabe über den Grad der Behinderung enthalten, wenn der Arzt gleichzeitig auf die entsprechende Randnummer der „Anhaltspunkte“ (siehe Anlage C) hinweist. Dafür ist es aber wichtig, dass das Krankheitsbild und die dadurch entstehenden Funktionsbeeinträchtigungen möglichst genau beschrieben werden (Beispiel: nicht „totaler

Haarausfall“, sondern „psychische Behinderung nach totalem Haarausfall“).

- Der behinderte Mensch braucht aber nicht von sich aus ärztliche Bescheinigungen, Gutachten usw. zur Vorlage beim Versorgungsamt von den behandelnden Ärzten zu verlangen. Diese Unterlagen müsste er dann selbst bezahlen, während die ärztlichen Antworten auf Anfragen des Versorgungsamtes für ihn kostenfrei sind.

- Im Regelfall wird der Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nicht an dem Tage gestellt, an dem die Behinderung tatsächlich eintritt, sondern erst einige Zeit später. Nicht nur für statistische Zwecke ist es deshalb wichtig, dass die Frage, seit wann die Behinderung besteht, beantwortet wird: Die Anerkennung der Eigenschaft als (schwer-)behinderter Mensch kann auch rückwirkend beantragt werden (siehe „Zu Randnummer 12“).

Zu Randnummer 8

- Sollte der Antragsteller bei einer anderen öffentlichen Stelle bereits einmal die Feststellung einer Beeinträchtigung beantragt haben, so müssen hier der Name der damals entscheidenden Stelle und das Geschäftszeichen eingetragen werden.

- Das Versorgungsamt kann ohne weitere Ermittlungen sofort einen Bescheid erteilen und einen Ausweis ausstellen,
 - a) wenn der behinderte Mensch schon eine „Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung“ besitzt und
 - b) wenn die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ darin auf mindestens 50 % festgesetzt ist.

- Folgende Bescheide oder Entscheidungen über die Behinderung und den Behinderungsgrad gelten als „Feststellung“ und können deshalb der Ausweisausstellung zugrunde gelegt werden:

- Rentenbescheide der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften),
- Bescheide der Versorgungsämter über Rentenansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Bundesseuchengesetz, Opferentschädigungsgesetz, Strafrechtliches Rehabilitationsgesetz, Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz,
- Bescheide der Entschädigungsbehörden über Rentenansprüche nach dem Bundesentschädigungsgesetz,
- Bescheide der Wehrbereichsgebührensämter über den Anspruch auf Ausgleich nach § 85 des Soldatenversorgungsgesetzes,
- Entscheidungen über den Unfallausgleich nach beamtenrechtlichen Unfallvorschriften,
- Gleichstellungsbescheide und -bescheinigungen, die bei Anerkennung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % nach dem Schwerbeschädigtengesetz von den Integrationsämtern vor dem 01.05.1974 erteilt wurden und noch gültig sind.

- Der behinderte Mensch kann eine Feststellung der Behinderung und deren Bewertung durch das Versorgungsamt trotz Vorliegen einer der vorgenannten Entscheidungen in folgenden Fällen beantragen:

- a) Es liegen mehrere Beeinträchtigungen vor, die in mehreren Rentenbescheiden, Verwaltungs- oder Gerichtsent-

scheidungen einzeln, aber nicht in ihrer Gesamtheit, festgestellt sind.

- b) Neben der Behinderung, die in einem Rentenbescheid, einer Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung festgestellt ist, liegen weitere Beeinträchtigungen vor, über die bisher keine Feststellung getroffen wurde.
- c) Es liegt zwar nur die bereits in einem Rentenbescheid, einer Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung festgestellte Behinderung vor, der Grad der Behinderung ist aber nach anderen – für den behinderten Menschen ungünstigeren – Bewertungsmaßstäben festgestellt worden, als sie das Versorgungsamt bei der Feststellung nach dem SGB IX anzuwenden hat (z. B. Unfallrente aufgrund eines Arbeitsunfalles mit Verlust des linken Unterschenkels = 40 v. H./Feststellung durch das Versorgungsamt = GdB 50). Wenn das Versorgungsamt einen GdB von 50 feststellt, obwohl in dem Bescheid über die Gewährung von Unfallrente nur 40 v. H. ausgewiesen sind, so hat dies allerdings nicht zur Folge, dass etwa die Unfallrente durch die Bewertung des Versorgungsamtes erhöht würde.

- Das Versorgungsamt kann bei Feststellung des Grades der Behinderung nach dem SGB IX in bestimmten Sonderfällen von den vorliegenden Bescheiden und Entscheidungen auch nach unten abweichen. Z. B. kann bei Kriegsbeschädigten die Erhöhung der MdE wegen „besonderen beruflichen Betroffenseins“ nicht berücksichtigt werden. In diesen Fällen empfiehlt das Versorgungsamt, den Feststellungsantrag zurückzunehmen, damit der Ausweis aufgrund des vorliegenden Bescheides über eine MdE von mindestens 50 v. H. ausgestellt werden kann (siehe Seite 38).

- Entscheidungen und Bescheide, in denen die Behinderung nur durch Bezeichnungen wie „Berufsunfähigkeit“, „Erwerbsunfähigkeit“, „Arbeitsunfähigkeit“, „Dienstunfähigkeit“ o. Ä. zum Ausdruck gebracht wird, sind keine Feststellungen, die zur Ausweisausstellung ausreichen. Denn hier ist der Grad der Behinderung nicht ausdrücklich festgestellt. Deshalb genügen auch nicht die Bescheide über Renten aus der Angestellten- oder Arbeiterrentenversicherung.

Zu Randnummer 9

- Hier sind die Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte anzugeben, die die im Antragsvordruck unter Ziff. 4 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten 5 Jahren behandelt haben.

- **Die Bearbeitungszeit des Antrages kann erheblich verkürzt werden, wenn der Antragsteller in seinen Händen befindliche Unterlagen über seine geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügt, bei seinem Hausarzt gezielt nachfragt, ob dort Befunde sämtlicher von ihm im Antragsvordruck angegebener Fachärzte vorliegen, und anschließend die gestellten Fragen unter Ziff. 5 gewissenhaft mit Nein oder Ja ankreuzt.** Gleiches gilt auch für Krankenhaus- und Reha-/Kurentlassungsberichte.

- Zumindest sollte aber der Antragsteller seinen Hausarzt über die Antragstellung beim Versorgungsamt unterrichten und ihn darauf aufmerksam machen, dass das Versorgungsamt wahrscheinlich bei ihm Auskünfte über seinen Gesundheitszustand einholen wird. Es ist sinnvoll, ihm eine Kopie der

Anträge an das Versorgungsamt zu übergeben. Dabei sollte der Arzt darum gebeten werden, dass er in seiner Antwort an das Versorgungsamt dann nicht nur auf die Diagnose der Gesundheitsstörung eingeht, sondern möglichst genau auch die *Auswirkungen* beschreibt; denn insbesondere davon hängt ab, wie hoch das Versorgungsamt den Grad der Behinderung (GdB) feststellt. Wenn der Antragsteller sich von seinen Ärzten ärztliche Bescheinigungen zur Vorlage beim Versorgungsamt geben lässt, muss er diese im Regelfall selbst bezahlen (dadurch kann allerdings evtl. die Bearbeitungszeit des Versorgungsamtes verkürzt werden). Auskünfte, die das Versorgungsamt von Ärzten über Gesundheitsstörungen einholt, sind für den Antragsteller kostenfrei.

Zu Randnummer 10

- Sofern der Antragsteller wegen einer Gesundheitsstörung, die er als Behinderung anerkannt haben möchte, in einem Krankenhaus behandelt wurde, so muss er hier den Namen und die Anschrift des Krankenhauses, die Station sowie die Behandlungszeit und die Gesundheitsstörung angeben, wegen der die Behandlung stattgefunden hat.
- Das Versorgungsamt kann bei den Krankenhäusern evtl. wichtige Unterlagen anfordern, die zu einer schnelleren Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch ohne zusätzliche Untersuchung führen können. Gleiches gilt, sofern in den letzten 5 Jahren Rehabilitationsverfahren/Kuren durchgeführt worden sind. Auch in diesen Fällen sollte außer der Behandlungszeit auch der Name und die Anschrift der Klinik, des Kostenträgers sowie dessen Aktenzeichen angegeben werden. Die Angaben sind dem Einberufungsbescheid zur Rehabilitationsmaßnahme/Kur zu entnehmen.

- Falls dem Antragsteller ärztliche Berichte über Krankenhausbehandlungen und Klinikaufenthalte oder Behandlungen bei den angegebenen Ärzten vorliegen, sollte er diese in Kopie dem Antrag beifügen; dadurch kann die Bearbeitungszeit beim Versorgungsamt erheblich abgekürzt werden.

Zu Randnummer 11

- Wenn über eine frühere Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen geltend gemacht werden, ist es sehr hilfreich, medizinische Unterlagen anderer Leistungsträger in die Beurteilung einbeziehen zu können. Auch werden hierdurch überflüssige erneute ärztliche Untersuchungen vermieden.

Zu Randnummer 12

- Hier können Eintragungen vorgenommen werden, wenn die Behinderung schon vor der Antragstellung vorgelegen hat und ein besonderes Interesse an einer Anerkennung vor Antragstellung glaubhaft gemacht wird.
- Bei der Inanspruchnahme mancher Rechte oder Nachteilsausgleiche kommt es darauf an, ab wann die Eigenschaft als (schwer-)behinderter Mensch, Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale nachgewiesen sind. Das gilt z. B. für den Zusatzurlaub und auch für die Inanspruchnahme von Steuerermäßigungen. (Manche Steuerermäßigungen können rückwirkend für ein ganzes Jahr in Anspruch genommen werden, wenn die Schwerbehinderteneigenschaft nur für einen Kalendertag im Jahr festgestellt wurde). Da viele behinderte Menschen die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht am gleichen Tag beantragen, an dem auch die Behinderung eingetreten ist (z. B. bei Unfällen und beginnenden

Erkrankungen), kann angegeben werden: „Ich bitte um rückwirkende Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft ab Monat/Jahr.“ Sie tragen als Datum dann den Zeitpunkt ein, von dem Sie meinen, dass dann Ihre Behinderung eingetreten ist, oder von dem an Sie einen bestimmten Nachteilsausgleich in Anspruch nehmen wollen.

- Wenn die Behinderung bereits in einem Bescheid oder einer Entscheidung festgestellt worden ist (vgl. Randnummer 8) und der Antragsteller dennoch auf eine anderweitige Feststellung durch das Versorgungsamt Wert legt, die von der Feststellung im Rentenbescheid usw. natürlich abweichen kann, so sollte er das besonders angeben.
- Wenn dem Antragsteller die Kündigung des Arbeitsverhältnisses droht und er den Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch nehmen will, sollte er hier darauf hinweisen (evtl. auf einem besonderen Blatt).

Zu Randnummer 13

- Damit das Versorgungsamt die Behinderung überhaupt feststellen kann, ist es erforderlich, dass die angegebenen Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von der Schweigepflicht gegenüber dem Versorgungsamt entbunden werden. Dem Antrag muss dann ggf. auch noch ein Lichtbild beigelegt werden, und auf keinen Fall darf unter Antragsort und Antragsdatum die Unterschrift oder die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters vergessen werden.

Merksätze für das Feststellungsverfahren:

- Immer nur vollständig ausgefüllte Anträge stellen, sämtliche Gesundheitsstörungen, die geltend gemacht werden sollen, benennen.
- Einzelne Gesundheitsstörungen nummerieren, damit geprüft werden kann, ob alle Angaben im Bescheid berücksichtigt wurden!
- Antrag kopieren (für die eigene Akte und zum Gespräch mit den im Antrag genannten Ärzten)!
- Ggf. Arbeitgeber über die Antragstellung informieren (z. B. zur Sicherung des Anspruchs auf Zusatzurlaub)!

Feststellung der Behinderung und des Grades der Behinderung

(Verfahren beim Versorgungsamt)



- Sobald der Antrag auf Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale sowie auf Ausstellung eines Ausweises beim zuständigen Versorgungsamt eingegangen ist, erhält der Antragsteller von dort eine individuelle schriftliche Eingangsbestätigung.

- Diese Eingangsbestätigung kann z. B. dem Arbeitgeber vorgelegt werden, um Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub*) geltend zu machen. Spricht der Arbeitgeber nach Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch die Kündigung aus, so sollte das Versorgungsamt sofort darüber informiert werden. Es wird sich dann um beschleunigte Antragsbearbeitung bemühen.

- Bevor dem behinderten Menschen ein Nachweis (Ausweis) über seine Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch ausgestellt werden kann, müssen Behinderung und Grad der Behinderung (GdB) „festgestellt“ werden.

- Als Behinderung gilt dabei die Auswirkung einer oder mehrerer nicht nur vorübergehender Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhen. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten.

*) Bitte Beachten Sie dazu in Heft 2 der Schriftreihe „Für schwerbehinderte Menschen“ Ziffer 5.3: „Zusatzurlaub“.

- Der Grad der Behinderung (GdB) wird nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen, nach Zehnergraden abgestuft von 20 bis 100 festgestellt. Dabei werden einzelne Beeinträchtigungen nur berücksichtigt, wenn sie für sich allein einen GdB von mindestens 10 ausmachen würden.

- Der Begriff „GdB“ bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an körperlichem, geistigem oder seelischem Vermögen. Grundsätzlich ist der GdB unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen. Aus der Höhe des GdB kann nicht auf das Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit geschlossen werden. Der Antragsteller, dem ein GdB von 100 zuerkannt wird, muss deshalb noch lange nicht berufs- oder erwerbsunfähig im Sinne der Rentenversicherung sein.

- Sofern ein solcher GdB bei dem antragstellenden behinderten Menschen nicht bereits in einem früher erteilten gültigen Rentenbescheid, einer Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung festgestellt worden ist (siehe „Zu Randnummer 6“), erfolgt die Feststellung vom Versorgungsamt nach Beiziehung von
 - Berichten von Ärzten, die den Antragsteller ambulant behandelt oder untersucht haben,
 - Gutachten, die für die Träger der Sozialversicherung, für die Arbeitsverwaltung oder für Gerichte erstellt worden sind,
 - Unterlagen von Krankenhäusern, Kuranstalten, speziellen Rehabilitationseinrichtungen oder anderen Kliniken,

- Vorgängen, die bei Gesundheitsämtern, Fürsorgestellen, Integrationsämtern oder bei anderen ärztlichen Diensten (z. B. vertrauensärztlichen, personal- oder betriebsärztlichen Diensten) entstanden sind.
- Falls der Antragsteller solche Unterlagen nicht bereits mit dem Antrag eingereicht hat und ohne solche Unterlagen eine abschließende Feststellung der Behinderung durch den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes nicht möglich ist, werden ärztliche Auskünfte und Unterlagen angefordert.
- Das Versorgungsamt sorgt dafür, dass hinsichtlich der beigezogenen ärztlichen Unterlagen das ärztliche Berufsgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachtet werden. Leihweise überlassene Unterlagen werden an die abgebenden Stellen so schnell wie möglich zurückgesandt.
- Erfahrungsgemäß schicken manche Ärzte dem Versorgungsamt nur sehr zögernd Unterlagen. Es ist deshalb sinnvoll, sich als Antragsteller einige Zeit nach Antragstellung beim Hausarzt/Facharzt usw. zu erkundigen, ob das Versorgungsamt bereits dort angefragt hat und ob ärztliche Unterlagen bereits übersandt worden sind (vgl. Seite 35 zu Randnummer 7).
- Wenn alle erforderlichen ärztlichen Unterlagen vorliegen, prüft das Versorgungsamt, ob sie geeignet sind, ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Antragstellers zu vermitteln. In Einzelfällen kann zur Feststellung der Gesundheitsstörungen eine ärztliche Untersuchung erforderlich werden. Dazu werden vom Versorgungsamt auch externe Gutachter eingeschaltet. Verweigert der behinderte Mensch

ihm zumutbare Untersuchungen, so geht das zu seinen Lasten.

- Das Versorgungsamt ermittelt alle beim Behinderten vorliegenden Gesundheitsstörungen von Amts wegen im Rahmen der abgegebenen Einverständniserklärung.
- Nachdem klargestellt ist, welche Gesundheitsstörungen vorliegen, bezeichnet der ärztliche Dienst des Versorgungsamtes die Behinderung. Diese Bezeichnung ist Grundlage für den Feststellungsbescheid, den der Antragsteller vom Versorgungsamt erhält. Darin soll vor allem die funktionelle und/oder anatomische Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes zum Ausdruck kommen. Formulierungen, die seelisch belasten oder bloßstellen können, werden dabei vermieden. Bezeichnungen wie „Entstellung“, „alkoholische Fettleber“ oder „Raucherbronchitis“ sind nicht zu verwenden. In dem gleichen Sinne ist beispielsweise statt „Schwachsinn“ „geistige Behinderung“, statt „Schizophrenie“ „psychische Behinderung“, statt „Multiple Sklerose“ „organisches Nervenleiden“ anzugeben.
- Der ärztliche Dienst des Versorgungsamtes muss in einer gutachtlichen Stellungnahme im Verwaltungsverfahren für die festgestellten Gesundheitsstörungen den GdB für jedes Funktionssystem gesondert angeben. Liegen mehrere Beeinträchtigungen vor, sollen diese in der Reihenfolge ihres Schweregrades aufgeführt werden.
- Die Bezeichnung der Behinderung und die Angabe des GdB erfolgen nach den vom Bundesministerium für Arbeit und

Sozialordnung herausgegebenen „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP). In diesen ist auch eine Bewertungstabelle enthalten (siehe Anlage C).

- Die AHP werden als Ergebnis eines Konsultationsverfahrens zwischen den für das soziale Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht zuständigen Ministerien, den Verbänden, Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen der Betroffenen und Medizinern herausgegeben und veröffentlicht. Bei den AHP handelt es sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die vom Bundesverfassungsgericht bestätigt wurde, um ein antizipiertes Sachverständigengutachten, das den aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand der herrschenden medizinischen Lehrmeinung wiedergibt. Als einleuchtendes, abgewogenes und in sich geschlossenes Beurteilungsgefüge ermöglichen die AHP der Versorgungsverwaltung und den Gerichten, unter Wahrung des allgemeinen Gleichheitssatzes den zutreffenden MdE/GdB-Grad für eine Schädigungsfolge oder Behinderung zu bestimmen. Im Interesse der nach Artikel 3 Grundgesetz gebotenen gleichmäßigen Behandlung der Betroffenen entfalten die AHP wegen des fehlenden Normgefüges in der Verwaltungspraxis normähnliche Wirkung und sind von den Gerichten wie untergesetzliche Normen anzuwenden.

- Bei der Ermittlung eines Gesamt-GdB für alle Beeinträchtigungen dürfen die einzelnen GdB-Werte nicht addiert werden. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

- Dabei ist zu beachten,
 - wieweit die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen voneinander unabhängig sind und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.

Beispiel: Beim Zusammentreffen eines insulinpflichtigen Diabetes (Abhängigkeit von Injektions- und Diäteeinnahmeterminen) mit einer Hörbehinderung und einer Gehbehinderung ist der behinderte Mensch in drei verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens betroffen, wobei jeder Bereich, der Schwere der einzelnen Gesundheitsstörung entsprechend, bei der Gesamtbeurteilung zu beachten ist.

- ob sich eine Beeinträchtigung auf eine andere besonders nachhaltig auswirkt.

Dies ist vor allem der Fall, wenn Beeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen – also z. B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen – vorliegen.

- wieweit sich die Auswirkungen der Beeinträchtigungen überschneiden.

Beispiel: Neben einem Herzschaden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung liegen ein Lungenemphysem und ein leichter Schaden an einem Fuß vor. Die Gehfähigkeit und die gesamte Leistungsfähigkeit wird schon durch den Herzschaden sehr eingeschränkt, sodass sich die anderen

beiden Gesundheitsschäden nur noch wenig auswirken können.

- dass das Ausmaß einer Beeinträchtigung durch hinzutretende Gesundheitsstörungen oft gar nicht verstärkt wird.

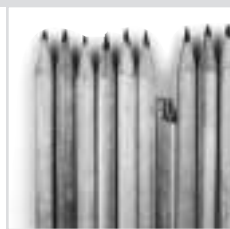
Beispiel: Peroneuslähmung und Versteifung des Fußgelenks in günstiger Stellung an demselben Bein.

- Leichtere Gesundheitsstörungen mit einem Behinderungsgrad von weniger als 20 können nur im Rahmen des Gesamt-GdB berücksichtigt werden.
- Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB wird in der Regel von der Behinderung ausgegangen, die den höchsten Einzelgrad der Behinderung bedingt. Dann wird im Hinblick auf alle weiteren Behinderungen geprüft, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Behinderungen dem ersten GdB 10 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Gesamtbehinderung gerecht zu werden.
- Die für die ärztliche Begutachtung geltenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ weisen ausdrücklich darauf hin, dass Rechenmethoden für die Bildung des Gesamtgrades der Behinderung ungeeignet sind. Das hat auch das Bundessozialgericht bestätigt. Daher kann es nur eine annähernde unverbindliche Orientierungshilfe sein, wenn Vertrauensmänner/-frauen folgendermaßen

schätzen: Bei der Bildung eines Gesamt-GdB wird die am schwersten beeinträchtigende Behinderung entsprechend der Tabelle bewertet, die dann folgende Behinderung wird nur noch mit dem halben Tabellenwert addiert, die dritte Behinderung nur noch mit 1/3 usw. Diese Feststellung kommt den Ergebnissen im Feststellungsbescheid häufig nahe.

- Schließlich wird der ärztliche Dienst des Versorgungsamtes beurteilen, ob und wann von Amts wegen eine Nachprüfung des Befundes erfolgen soll und auf welche Gesundheitsstörung sich die Nachuntersuchung beziehen soll. Bei einigen Gesundheitsstörungen (z. B. bösartige Geschwulst, Transplantationen innerer Organe) wird dabei die Zeit einer Heilungsbewahrung berücksichtigt.
- Der versorgungsärztliche Dienst prüft auch, ob und ggf. welche gesundheitlichen Merkmale zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen vorliegen. Mindestvoraussetzungen gibt es nur für einzelne Nachteilsausgleiche, nicht aber für Kombinationsfälle. Liegen die Mindestvoraussetzungen im Einzelfall nicht vor, so wird jeder Fall individuell geprüft (vgl. Seite 23 zu Randnummer 6).
- Der Antragsteller hat das Recht, die versorgungsärztlichen Beurteilungen und übrigen Unterlagen einzusehen; er kann deshalb Akteneinsicht beantragen.

Bescheid über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen



- Nach Abschluss der ärztlichen Begutachtung und Überprüfung der sonstigen Voraussetzungen nach dem SGB IX (rechtmäßig wohnen, sich gewöhnlich aufhalten oder arbeiten im Geltungsbereich des Gesetzes) erteilt das Versorgungsamt dem Antragsteller einen Feststellungsbescheid, wenn der (Gesamt-)GdB mindestens 20 beträgt. Dieser Bescheid enthält neben der Anschrift des behinderten Menschen und sonstigen Angaben den festgestellten Grad der Behinderung. Sofern mehrere Beeinträchtigungen nebeneinander festgestellt worden sind (Seiten 51), ist dem Bescheid lediglich der Gesamt-GdB zu entnehmen.

- Außerdem wird festgestellt, welche gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen vorliegen und welcher Ausweis (GdB mindestens 50) auszustellen ist.

- Die genaue Bezeichnung der Behinderung wird in den Gründen aufgeführt.

- Der Feststellungsbescheid dient
 1. dem behinderten Menschen zur persönlichen Information. Er selbst entscheidet darüber, ob er den Inhalt des Bescheides anderen (z. B. seinem Arbeitgeber) zugänglich macht;

2. als Grundlage zur Ausstellung eines Ausweises, sofern der GdB mindestens 50 ausmacht (siehe Seite 58);
3. zur Vorlage beim zuständigen Arbeitsamt, wenn der GdB mit 30 oder 40 festgestellt worden ist und ein Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen gestellt werden soll (vgl. Seite 92).

- Der Feststellungsbescheid ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen.

- Die Versorgungsverwaltung erteilt bereits seit Dezember 1997 keinen Feststellungsbescheid mehr nach Formblatt, sondern ausschließlich maschinelle Feststellungsbescheide. Diese vollautomatisch erstellten Bescheide sind auf die individuellen Verhältnisse des Einzelfalles abgestellt und enthalten – wie bei den Formularbescheiden – keine überflüssigen Texte mehr. Im Übrigen werden diesen Bescheiden – soweit sie die Feststellung eines GdB von mindestens 50 und/oder von Merkzeichen treffen – die sog. „Erläuterungen zu den Nachteilsausgleichen“ beigefügt. Diese geben einen groben Überblick über die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen. Einen Anspruch auf Vollständigkeit können sie nicht erfüllen.

- Einen Ablehnungsbescheid erhält der Antragsteller, wenn der (Gesamt-)GdB unter 20 liegt.

Ausweis



• Zum Nachweis der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind, erhält der behinderte Mensch, dessen GdB mindestens 50 beträgt, einen Ausweis in grüner Grundfarbe nach folgendem Muster.

Welche Nachteilsausgleiche bei welchen Merkzeichen?

RF Im Ausweis trägt das Versorgungsamt auf der Rückseite folgende Merkzeichen ein:

• Der Ausweisinhaber erfüllt die landesrechtlich festgelegten gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht und ggf. für den Sozialtarif für Verbindungen im T-Net (siehe Seite 28).

Wichtiger Hinweis:

• Bei behinderten minderjährigen Haushaltsangehörigen ist der Nachweis erforderlich, dass sie innerhalb der Haushaltsgemeinschaft selbst das Rundfunkgerät zum Empfang bereithalten und die Befreiungsvoraussetzungen nach der Verordnung über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht erfüllen.

1. Kl. Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse bei Eisenbahnfahrten mit Fahrausweis 2. Klasse liegen vor (siehe Seite 33).

• Der Ausweis ist amtlicher Nachweis für die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung, die auf ihm eingetragenen weiteren gesundheitlichen Merkmale und die Zugehörigkeit zu Sondergruppen. Er dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen, die schwerbehinderten Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch oder nach anderen Vorschriften zustehen.

• Änderungen in den für die Eintragungen maßgebenden Verhältnissen sind der ausstellenden Behörde unverzüglich mitzuteilen. Nach Aufforderung ist der Ausweis, der Eigentum der ausstellenden Behörde bleibt, zum Zwecke der Berichtigung oder Einziehung vorzulegen. Die missbräuchliche Verwendung ist strafbar.

Muster der gültigen Ausweise
(vgl. Ausweisverordnung Schwerbehindertengesetz – SchbAwV)

The image shows the front side of a standard white Schwerbehindertenausweis form. It features a header with columns for 'Gültig bis Ende' (valid until end) with sub-columns for 'Monat' (month) and 'Jahr' (year), and a 'Merkmalen' (features) section. The main body contains the title 'Schwerbehindertenausweis', fields for 'Landes' (state), 'für' (for) with 'Zustimmung' (consent) and 'Vorname' (first name), and 'geboren am' (born on). A box on the right is labeled 'Bundeseintrag des Landes'. At the bottom, there are fields for 'Ac' (signature) and 'in-Auftrag' (in charge), and a note '(Ausfertigung: 10/01/01, 10/01/02)'. A small logo is in the bottom right corner.

The image shows the back side of a standard white Schwerbehindertenausweis form. It has a header with columns for 'Abweichungen' (deviations) and a large 'G' in a box. Below this, there are fields for 'Grad der Behinderung (GdB):' and 'Der Ausweis ist gültig ab:' (the permit is valid from:). A section titled 'Abweichend hiervon kann mit diesem Ausweis nachgewiesen werden:' (deviating from this, it can be proven with this permit) includes a large empty circle. At the bottom, there is a small text block explaining the purpose and validity of the permit.

Ausweis gem. § 1 Abs. 1 SchbAwV (Vorderseite)
für schwerbehinderte Menschen

The image shows the front side of an orange Schwerbehindertenausweis form, also known as a 'Freifahrtausweis'. It has the same layout as the standard white form, including the header, title 'Schwerbehindertenausweis', and fields for personal information. A key difference is a box at the bottom right containing the text 'Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen' (the need for constant accompaniment is proven) and a large 'B' in a box. The bottom signature fields and the small logo are also present.

The image shows the back side of an orange Schwerbehindertenausweis form. It features a large 'G' in a box at the top left, followed by fields for 'Grad der Behinderung (GdB):' and 'Der Ausweis ist gültig ab:'. The section for deviations includes a large empty circle. The bottom text block is identical to the standard white form.

Ausweis mit orangefarbenem Flächendruck/„Freifahrtausweis“
gem. § 1 Abs. 2 SchbAwV

• Den „Freifahrtausweis“ (linke Seite grün/rechte Seite orange) erhalten

- Gehbehinderte **G**,
- außergewöhnlich Gehbehinderte **aG**,
- Hilflose **H**,
- Gehörlose **Gl**,
- Versorgungsberechtigte („Kriegsbeschädigt“, **VB**, **EB**), wenn sie bereits am 01.10.1979 freifahrtberechtigt waren und die MdE aufgrund der Schädigung heute noch mindestens 70% beträgt.

• In diesem Ausweis bedeutet das auf der Vorderseite vorgedruckte Merkzeichen

B „die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“ (siehe Seite 27).

Das Merkzeichen berechtigt den schwerbehinderten Menschen, im öffentlichen Personenverkehr ohne km-Begrenzung eine Begleitperson kostenlos mitzunehmen (auch wenn er selbst bezahlen muss).

• Auf seiner Rückseite ist im ersten Feld das Merkzeichen

G vorgedruckt. Es bedeutet, dass der Ausweisinhaber in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist (siehe Seite 23).

Die Eintragung im Ausweis ist von Bedeutung

- bei der Lohn- und Einkommensteuer,
- bei „Freifahrt“ oder (wahlweise) bei der Kraftfahrzeugsteuerermäßigung und ggf. noch beim Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

• Wenn die Notwendigkeit ständiger Begleitung nicht nachgewiesen ist oder der schwerbehinderte Mensch in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht erheblich beeinträchtigt ist, werden die vorgedruckten Eintragungen im Ausweis vom Versorgungsamt gelöscht.

• Auch *Gehörlose* erhalten den Ausweis mit orangefarbenem Flächenaufdruck („Freifahrtausweis“). Das vorgedruckte Merkzeichen **G** auf der Rückseite des Ausweises wird gestrichen, wenn sie nicht aufgrund weiterer Beeinträchtigungen gehbehindert sind. Auf der Ausweiserückseite wird außerdem das Merkzeichen **Gl** eingetragen.

• Gehörlos in diesem Sinne sind nicht nur behinderte Menschen, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sondern auch hörbehinderte Menschen mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen. Das sind in der Regel hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist. Diese Gruppen von hörbehinderten Menschen sind auf Kontakte mit in gleicher Art behinderten Personen und auf Informationen durch spezielle Gehörlosendolmetscher angewiesen. Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist erforderlich, um eine gesellschaftliche Isolierung zu vermeiden und um den in ihrer Schulzeit erworbenen Bildungsstand weiterentwickeln zu können.

• In den übrigen Feldern können auch andere Merkzeichen eingetragen werden:

aG Der Ausweisinhaber ist außergewöhnlich gehbehindert (siehe Seite 26).

Dieses Merkzeichen ist von Bedeutung für

- die „Freifahrt“,
- die Kraftfahrzeugsteuerbefreiung, evtl. noch den Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und
- die Parkerleichterungen.

H Der Ausweisinhaber ist hilflos (siehe Seite 30).

Die Eintragung ist von Bedeutung für

- die Lohn- und Einkommensteuer,
- die Hundesteuer,
- die Berechtigung zur „Freifahrt“ für Schwerbehinderte und
- die Kraftfahrzeugsteuerbefreiung und den Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

• Das Merkzeichen begründet nicht automatisch einen Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz, es ist aber bei einer Entscheidung durch das Sozialamt mit zu berücksichtigen.

Bl Der Ausweisinhaber ist blind (siehe Seite 33).

Die Eintragung im Ausweis ist von Bedeutung

- bei der Einkommen- und Lohnsteuer,
- bei der Hundesteuer,
- bei der Berechtigung zur „Freifahrt“ für Schwerbehinderte,

- bei der Kraftfahrzeugsteuerbefreiung und beim Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung,
- beim Postversand,
- im Funk- und Fernsprechwesen,
- beim Parken von Kraftfahrzeugen (Parkerleichterungen),
- bei der Umsatzsteuer
- und bei der Gewährung von Blindengeld nach dem Gesetz über die Hilfen für blinde und gehörlose Menschen durch die Landschaftsverbände.

Gl Der Ausweisinhaber ist gehörlos (siehe Seiten 34 und 61).

Sondergruppen

• Auf der Vorderseite des Ausweises trägt das Versorgungsamt unter dem Wort „Schwerbehindertenausweis“ die Bezeichnung „Kriegsbeschädigt“ ein, wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um wenigstens 50 v. H. Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz hat.

• Auf der Vorderseite werden folgende Merkzeichen eingetragen:

VB wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 v. H. Anspruch auf Versorgung nach anderen Bundesgesetzen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes hat oder

VB wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen des Zusammentreffens mehrerer Ansprüche auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, nach Bundesge-

setzen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes*) oder nach dem Bundesentschädigungsgesetz in ihrer Gesamtheit wenigstens 50 v. H. beträgt.

- Das Merkzeichen entfällt, wenn bereits die Bezeichnung „Kriegsbeschädigt“ oder das nachfolgende Merkzeichen **EB** eingetragen ist.

EB wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 v. H. Entschädigung nach § 28 des Bundesentschädigungsgesetzes erhält. Sofern dieser behinderte Mensch gleichzeitig Kriegsbeschädigter ist, wird die Bezeichnung „Kriegsbeschädigt“ eingetragen, es sei denn, der schwerbehinderte Mensch beantragt die Eintragung des Merkzeichens **EB**.

*) Soldatenversorgungsgesetz, Gesetz über den Zivildienst, Häftlingshilfegesetz, Gesetz über die Unterhaltshilfe für Angehörige von Kriegsgefangenen, Bundesseuchengesetz bezüglich der Impfschäden, Gesetz über die Opfer von Gewalttaten, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz

Gültigkeitsdauer

- Die Gültigkeit des Ausweises wird für die Dauer von längstens 5 Jahren vom Monat der Ausstellung an befristet. Sie kann auf längstens 15 Jahre vom Monat der Ausstellung an befristet werden, wenn der Ausweisinhaber Empfänger von Rentenleistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht ist („**Kriegsbeschädigt**“, **VB**, **EB**). Das gilt jedoch nur, wenn keine Neufeststellung wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen zu erwarten ist.
- Ausweise für schwerbehinderte Menschen unter 10 Jahren werden bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet und dann mit einem Lichtbild versehen.
- Für schwerbehinderte Menschen zwischen 10 und 15 Jahren wird die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis längstens zum Ende des Kalendermonats befristet, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird.
- Bei schwerbehinderten Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können, ist ein Lichtbild nicht zwingend erforderlich. Vermerk: „Ohne Lichtbild gültig“.
- Bei nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen, deren Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung oder Arbeitserlaubnis befristet ist, wird die Gültigkeitsdauer des Ausweises längstens bis zum Ablauf des Monats befristet, in dem die Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung oder Arbeitserlaubnis abläuft.

- Der Ausweis kann höchstens zweimal verlängert werden.
- Der Kalendermonat und das Kalenderjahr, bis zu deren Ende der Ausweis gültig ist, werden auf der Vorderseite des Ausweises eingetragen.
- Auf der Rückseite des Ausweises wird als Gültigkeitsbeginn im Regelfall der Tag des Antragseingangs beim Versorgungsamt eingetragen. Sofern der schwerbehinderte Mensch schon im Antrag ein Interesse begründet hat, das Vorliegen der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, einen anderen Grad der Behinderung oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt beweisen zu können, wird zusätzlich das Datum eingetragen, von dem ab die jeweiligen Voraussetzungen mit dem Ausweis nachgewiesen werden können (vgl. Seite 43, „Zu Randnummer 12“).
- Ein Ausweis, der nach dem bis zum 30.06.2001 geltenden Recht ausgestellt worden ist, bleibt bis zum Ablauf seiner Gültigkeitsdauer gültig, es sei denn, er ist einzuziehen. Er kann auch auf Antrag wie bisher verlängert werden.

Beiblatt zum Ausweis



- Das Versorgungsamt übersendet mit dem Feststellungsbescheid und dem Ausweis mit halbseitigem orangefarbenem Flächenaufdruck („Freifahrtausweis“) einen Antrag auf Ausstellung eines Ausweisbeiblattes. Wer die „Freifahrt“ beantragt hat, erhält vom Versorgungsamt als Nachweis seiner Berechtigung zusätzlich ein Beiblatt mit Wertmarke.
1. Bei Merkzeichen **H** oder **BI** im Ausweis braucht der behinderte Mensch für die Wertmarke nichts zu bezahlen. Bei der Eintragung „Kriegsbeschädigt“ und bei Merkzeichen **VB** oder **EB** erhält der Versorgungsberechtigte die Wertmarke kostenlos, wenn er bereits am 01.10.1979 freifahrtberechtigt war und die MdE aufgrund der Schädigung heute noch mindestens 70% beträgt (oder 50% und 60% mit **G** infolge der Schädigung).
 2. Die Wertmarke wird kostenlos an schwerbehinderte Menschen ausgegeben, die Arbeitslosenhilfe (nicht Arbeitslosengeld), Eingliederungshilfe nach § 418 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes – BSHG –), den Lebensunterhalt umfassende Hilfen in besonderen Lebenslagen (nach § 27 Abs. 3 BSHG), laufende Leistungen für den Lebensunterhalt (nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII –), laufende Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt (nach § 27a oder der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach § 27d

Bundesversorgungsgesetz – BVG –) oder laufende Hilfe in besonderen Lebenslagen (nach § 27d BVG) erhalten. Das Beiblatt, das kostenlos ausgestellt wird (Muster Seite 70), ist stets für die Dauer von 12 Monaten gültig.

3. Alle übrigen „freifahrtberechtigten“ schwerbehinderten Menschen müssen die Wertmarke bezahlen: 30,- Euro für 6 Monate oder 60,- Euro für ein Jahr „Freifahrt“.

- Die behinderten Menschen, die zur Gruppe 1 gehören oder das Merkzeichen **aG** im Ausweis haben, können beim Finanzamt die Kraftfahrzeugsteuerbefreiung allein mit dem Schwerbehindertenausweis beantragen.

- Wer nicht zur Gruppe 1 gehört und auch kein Merkzeichen **aG** im Ausweis hat, kann die Wertmarke für die Freifahrt nicht erhalten, solange er die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung von 50% in Anspruch nimmt. Er braucht aber das Beiblatt ohne Wertmarke als Nachweis gegenüber dem Finanzamt für die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (vgl. Schriftenreihe „Für schwerbehinderte Menschen“ – Heft 2). Aufgrund seines Wahlrechts kann er sich jederzeit für die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung oder für die „Freifahrt“ neu entscheiden. Er muss jedoch beachten, dass er nicht in jedem Falle mit einer vollen Kostenerstattung für die Wertmarke rechnen kann (für jeden vollen, nicht ausgenutzten Kalendermonat werden 5,- Euro zurückgezahlt, Beträge unter 15,- Euro werden nicht erstattet).

- Der Mindestberechnungszeitraum für die Kraftfahrzeugsteuer beträgt 1 Monat.

- Behinderte Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis mit halbseitigem orangefarbenem Flächenaufdruck und ein Beiblatt mit gültiger Wertmarke besitzen, können unter Vorlage des Streckenverzeichnisses auch Eisenbahnen des Bundes in der 2. Wagenklasse frei benutzen, und zwar

- mit Zügen des Nahverkehrs. Hierunter fallen Züge mit folgenden Zuggattungsbezeichnungen: Regionalbahn (RB), Stadtexpress (SE), Regionalexpress (RE), Schnellzug (D), InterRegio (IR), im Umkreis von 50 km um ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort. (Das Recht zur unentgeltlichen Beförderung entbindet den schwerbehinderten Menschen nicht von der Zahlung eines tarifmäßigen Zuschlages bei der Benutzung zuschlagpflichtiger Züge des Nahverkehrs.)

- in Verkehrsverbänden sowie auf allen S-Bahn-Strecken ohne km-Begrenzung.

- Wo die 50-km-Zone um den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthaltsort des Behinderten jeweils endet, ergibt sich aus dem Streckenverzeichnis. Das Streckenverzeichnis wird den freifahrtberechtigten schwerbehinderten Menschen vom Versorgungsamt übersandt.

Beiblatt zum Ausweis des Versorgungsamtes

Az.:
 Der Inhaber oder die Inhaberin dieses Beiblattes ist im öffentlichen Personenverkehr (§ 145 Abs. 1 Sätze 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch) unentgeltlich zu befördern, sofern das nebenstehende Feld mit einer Wertmarke versehen ist, und zwar für den Zeitraum, der auf der Wertmarke eingetragen ist.

Raum für Wertmarke oder Beschriftung des Prozentsatzes



Streckenverzeichnis

(zu § 41 Abs. 1 Nr. 5 des Schwerkraftverkehrsgesetzes)

im Umkreis von 50 km um _____
 (Ortsname)

Der Inhaber des Ausweises Az.: _____ mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der einschließend genannten Gemeinde wird von der Deutsche Bahn Aktiengesellschaft oder ihren Tochtergesellschaften im Schienenverkehr gegen Vorzeigen des Ausweises und des mit einer gültigen Wertmarke versehenen Beiblattes in Zügen des Nahverkehrs dieser Eisenbahn in der 2. Wagenklasse auf folgenden Strecken zwischen den nachstehend genannten Bahnhöfen unentgeltlich befördert (bei Benutzung nachträglicher Züge des Nahverkehrs ist der tarifmäßige Zuschlag zu zahlen):

- Strecke Nr. _____ zwischen _____ und _____
- Strecke Nr. _____ zwischen _____ und _____
- Strecke Nr. _____ zwischen _____ und _____
- Strecke Nr. _____ zwischen _____ und _____
- Strecke Nr. _____ zwischen _____ und _____

(unabhängig hiervon und vom 50-km-Umkreis auch mit S-Bahnen und im Verkehrsverbund)

Bei Änderung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ist dieses Verzeichnis dem für den neuen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Versorgungsamt zum Zwecke der Erneuerung und der Ausfertigung eines neuen Streckenverzeichnisses vorzulegen. Die nichtdieszügliche Verwendung des Streckenverzeichnisses ist strafbar.

Formblatt Nr. 100
 1. Nr. - 01/2010

(Ausgabedatum: _____)
 (Ortsname)

Bescheinigungen



Bescheinigung über die dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit oder über das Vorliegen einer „typischen Berufskrankheit“:

- Gegenüber dem Finanzamt zur Inanspruchnahme von Steuerfreibeträgen benötigen behinderte Menschen, deren GdB/MdE auf weniger als 50, aber mindestens 25 festgestellt worden ist, einen Nachweis darüber, dass
 - ihnen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere lfd. Bezüge zustehen oder
 - die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder
 - auf einer typischen Berufskrankheit beruht.
- Den Nachweis, dass die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat, können die behinderten Menschen entweder durch
 - die Vorlage ihres Feststellungsbescheides führen oder
 - durch eine Bescheinigung erbringen, die vom Versorgungsamt auf Antrag erstellt wird.
- Die dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit kann auch dann bestätigt werden, wenn sie Folge innerer Krankheiten ist (beispielsweise bei Herz- und Lungenfunktionsstörungen mit einem GdB/MdE-Grad von 30) oder auf Schäden an den Sinnesorganen zurückzuführen ist (beispielsweise bereits bei einer Seh- oder Hörbehinderung mit einem GdB von 30).

- Der Nachweis, dass eine typische Berufskrankheit vorliegt, kann von Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung durch Vorlage des Bescheides der Berufsgenossenschaft beim Finanzamt geführt werden. Behinderte Menschen, die nicht Versicherte in der gesetzlichen Unfallversicherung sind, erhalten eine Bescheinigung des Versorgungsamtes, in der wie bei Versicherten das Vorliegen einer typischen Berufskrankheit nach der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit der geltenden Berufskrankheitenverordnung beurteilt wird.
- Bei Glaubhaftmachung eines besonderen Interesses der behinderten Menschen kann eine Bescheinigung auch für Zeiten vor einer Antragstellung nach dem SGB IX vom Versorgungsamt ausgestellt werden.

Rechtsbehelf



- Gegen Feststellungsbescheide der Versorgungsämter kann der behinderte Mensch oder ein von ihm Bevollmächtigter innerhalb eines Monats nach ihrer Bekanntgabe Widerspruch erheben. Der Widerspruch kann schriftlich oder zur Niederschrift beim Versorgungsamt erhoben werden. Erst nach Abschluss dieses Verfahrens durch einen Widerspruchsbescheid ist die Klage möglich. Ausnahmsweise kann der behinderte Mensch auch schon vor Abschluss des Widerspruchsverfahrens klagen, die Klage ist beim zuständigen Sozialgericht schriftlich einzulegen.
- Für die Fristwahrung kommt es darauf an, wann der Widerspruch beim Versorgungsamt bzw. wann die Klage beim Sozialgericht eingeht. Widerspruch und Klage sind auch dann noch fristgerecht, wenn sie innerhalb der Monatsfrist bei einer anderen inländischen Behörde eingehen (z. B. Stadtverwaltung) oder bei einem Versicherungsträger (z. B. Betriebskrankenkasse, AOK).
- Es ist empfehlenswert, sich rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit dem behandelnden Arzt und/oder dem Bevollmächtigten (z. B. einem Rechtsanwalt, der Gewerkschaft, einem Behindertenverband) zu besprechen, um festzustellen, ob ein Widerspruch mit Aussicht auf Erfolg eingelegt werden kann. Reicht die Zeit nicht mehr für eine ausführliche Begründung, so genügt zur Fristwahrung ein Schreiben. Die Begründung sollte dann dem Versorgungsamt innerhalb eines angemessenen Zeitraumes übersandt werden. Gleiches gilt für Klage und Berufung.

- Der behinderte Mensch hat auch die Möglichkeit, jederzeit beim Versorgungsamt Akteneinsicht (z. B. zur Vorbereitung der Widerspruchsbegründung) zu verlangen. Sofern es für ihn günstiger ist, kann er die Akten auch beim Sozialamt seiner Wohngemeinde einsehen oder auch über einen Rechtsanwalt/einen Behindertenverband einsehen lassen. Er kann mit dem Versorgungsamt abstimmen, dass er anlässlich eines Sprechtages, den das Versorgungsamt in bestimmten Zeitabständen in allen größeren Orten durchführt, die Akte einsieht. Auch im Klageverfahren ist Akteneinsicht möglich. Das Versorgungsamt übersendet dem Behinderten auf Anforderung auch Kopien der Unterlagen. Die Kosten hat der behinderte Mensch zu erstatten.
- Lässt sich der behinderte Mensch durch einen Bevollmächtigten vertreten, so erhält er den gesamten Schriftverkehr im Verfahren. Wendet sich die Behörde an den behinderten Menschen selbst, hat sie den Bevollmächtigten zu verständigen und über den Stand des Verfahrens auf dem Laufenden zu halten.
- Weil die Feststellung bestimmter Behinderungsgrade und weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen genauso bedeutsam sein kann wie die Feststellung eines GdB von 50 (Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch) oder von 30 (Voraussetzung zur Gleichstellung), ist gegen Urteile der Sozialgerichte ohne Einschränkung innerhalb eines Monats die Berufung beim Landessozialgericht zulässig.



- Das Versorgungsamt prüft die Voraussetzungen ähnlich wie beim Erstantrag (Seite 46). Die Überprüfung kann auch ergeben, dass der GdB herabgesetzt wird, z. B. wenn
 - sich die Behinderung entgegen der Annahme des Antragstellers nicht verschlimmert, sondern gebessert hat,
 - die frühere Bewertung unrichtig war.

- Falls das Versorgungsamt feststellt, dass sich die Behinderung verschlimmert hat, könnte z. B. folgender Bescheid erteilt werden:

- Gegen diesen Bescheid kann der schwerbehinderte Mensch einen Rechtsbehelf einlegen (vgl. Seite 74). Wenn der behinderte Mensch sich mit dem Rechtsbehelf gegen einen für ihn ungünstigen Neufeststellungsbescheid wehrt, verlängert das Versorgungsamt bei Ablauf der Gültigkeitsdauer den bisherigen Ausweis bis zum Abschluss des Rechtsbehelfsverfahrens ohne Änderungen (zur Schutzfrist nach endgültiger Herabsetzung des GdB unter 50 siehe Seite 88).

b) Verzicht auf die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch:

- Ein Verzicht auf den Schwerbehindertenstatus ist grundsätzlich nicht möglich, weil die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch kraft Gesetzes eintritt, sobald die in § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) (vgl. Seite 10) genannten gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

- Unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Seite 35 ff.) ist jedoch auf besonderen Antrag des

behinderten Menschen sowohl eine (vorherige) Beschränkung des Feststellungsantrages auf einzelne Gesundheitsstörungen als auch ein (nachträglicher) Verzicht auf vom Versorgungsamt bereits festgestellte Beeinträchtigungen zugelassen. Der Grad der Behinderung sowie die Feststellung von Merkzeichen richten sich dann allein nach den noch verbleibenden festzustellenden oder festgestellten Beeinträchtigungen. Das kann dazu führen, dass ein GdB unter 50 festgestellt und der Ausweis eingezogen wird.

2. Von Amts wegen

a) Änderung des Gesundheitszustandes:

- Ein rechtswirksamer Feststellungsbescheid kann auch bei Nachprüfung von Amts wegen nur geändert werden, wenn sich die gesundheitlichen Verhältnisse nach der letzten Feststellung wesentlich positiv oder negativ geändert haben. Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Behinderung liegt nur vor, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als 6 Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdB wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist auch gegeben, wenn die entscheidenden gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind. Eine wesentliche Änderung liegt nicht vor, wenn eine Gesundheitsstörung, ohne sich verändert zu haben, lediglich abweichend beurteilt wird. Nach der Behandlung von Krankheiten, bei denen die Entwicklung noch ungewiss ist (z. B. bösartige Geschwulstkrankheiten), wird vor Herabsetzung des GdB noch eine Zeit der Heilungsbewährung abgewartet.

- Entfallen eine oder mehrere Beeinträchtigungen, die zur Feststellung eines Gesamt-GdB geführt haben, so ist vom Versorgungsamt ein neuer Gesamt-GdB festzustellen.

(Zum Rechtsbehelf und zur Änderung des Ausweises vgl. Seite 74.)

b) Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen:

- Wenn keine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, kann das Versorgungsamt einen bindend gewordenen Feststellungsbescheid über die Behinderung nur unter folgenden Voraussetzungen zurücknehmen:

- Zu Gunsten des Betroffenen kann der Verwaltungsakt nur zurückgenommen werden, wenn bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erwiesen hat (z. B. Fehldiagnose, unrichtige Einschätzung des Ausmaßes der Gesundheitsstörung). Folge: Das Versorgungsamt erlässt einen neuen Feststellungsbescheid, der z. B. einen höheren GdB oder zusätzliche Merkmale anerkennt.

- Zu Ungunsten des behinderten Menschen kann die Verwaltungsentscheidung nur berichtigt werden, soweit er nicht auf den Bestand des Bescheides vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme der falschen Entscheidung schutzwürdig ist. Hierbei sind bestimmte Fristen zu beachten. In der Regel gilt, dass eine Rücknahme innerhalb einer Frist von 2 Jahren seit Erteilung des falschen Bescheides stets möglich ist. Der Ausweis

muss dem Versorgungsamt erst dann zur Berichtigung eingereicht werden, wenn der neue Bescheid rechtswirksam geworden ist.

c) Verfahren:

- Die Versorgungsverwaltung muss vor Erlass eines Bescheides, der in Rechte des behinderten Menschen eingreift, ihm Gelegenheit geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. ¹⁾
- Dazu ist notwendig, dass die Versorgungsverwaltung die Gründe im Einzelnen nennt, die sie dazu bewogen haben, das Vorliegen einer Behinderung, den GdB oder die gesundheitlichen Merkmale zukünftig anders als bisher zu bewerten.
- Ein pauschaler Hinweis auf das Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung genügt nicht, vielmehr sind die für die Entscheidung erheblichen Tatsachen (z. B. Untersuchungsergebnisse, Ergebnis eines beigezogenen Befundberichtes und der Name des Arztes, der ihn erstattet hat) mitzuteilen. ²⁾

1) § 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X (SGB X)

2) BSG-Urteile B 9 SB 5/98 R, B 9 SB 14/97 R, B 9 SB 12/97 R

Änderung eines Rentenbescheides, einer Verwaltungs- oder Gerichts- entscheidung



- Die in einem Rentenbescheid, einer Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung über die Behinderung und zum Behinderungsgrad getroffene Feststellung, die nicht vom Versorgungsamt erfolgte (siehe Seite 38 ff. „Zu Randnummer 8“), kann nach den Vorschriften des jeweiligen Renten- oder Leistungsträgers geändert werden. Die Änderung wirkt sich in vielen Fällen auf den Schwerbehindertennachweis (Ausweis) aus.

Schutzfrist bei Wegfall der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch



- Ist die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch weggefallen, weil sich der Behinderungsgrad nach Feststellung des Versorgungsamtes auf weniger als 50 verringert hat, so behält der behinderte Mensch den Schwerbehindertenschutz und den Schwerbehindertenausweis bis zum Ende des dritten Kalendermonats, der auf den Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Verringerung feststellenden Bescheides folgt.

Beispiel: Ein behinderter Mensch erhält am 02.05.2002 vom Versorgungsamt einen Neufeststellungsbescheid, wonach bei ihm ein Behinderungsgrad von nur noch 40 festgestellt wird. Der behinderte Mensch erhebt gegen diesen Bescheid keinen Widerspruch. Der Bescheid wird im Juni (1 Monat nach Zustellung des Bescheides) rechtswirksam. Am Ende des dritten Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit, d. h. mit Ablauf des 30.09.2002, erlischt der Schutz.

Ein weiteres Beispiel: Der behinderte Mensch erhält den Neufeststellungsbescheid des Versorgungsamtes, wonach bei ihm nur noch ein GdB von 40 festgestellt wird, am 02.05.2002. Er erhebt innerhalb der Rechtsbehelfsfrist beim Versorgungsamt Widerspruch gegen den Bescheid. Die Versorgungsverwaltung weist den Widerspruch im August 2002 zurück. Der behinderte Mensch beschließt, nicht zu klagen. Der Bescheid wird im September (1 Monat nach Zustellung des Widerspruchsbeseides) rechtswirksam. Erst am Ende des folgenden

dritten Kalendermonats, d. h. mit Ablauf des 31.12.2002, erlischt auch der gesetzliche Schutz.

- Der behinderte Mensch kann bis zum Ablauf der dreimonatigen Schutzfrist seine Rechte aus dem Schwerbehindertengesetz (z. B. Kündigungsschutz) und die Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen.
- Hinweis: Nach dem Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH) vom 27.09.1989, BStBl 1990, Teil II, S. 60, ist der durch bestandskräftige Neufeststellung herabgesetzte Grad der Behinderung auf den Neufeststellungszeitpunkt für die Besteuerung bindend, auch wenn der Schwerbehindertenausweis bis zur Bestandskraft fortgilt. Dem steht nach Ansicht des BFH § 38 Abs. 1 2. Halbsatz SchwbG (jetzt § 116 SGB IX) nicht entgegen.
- Zum Nachweis seiner Rechte behält der behinderte Mensch bis zum Ablauf der Schutzfrist seinen Schwerbehindertenausweis. Wenn der Ausweis vorher abläuft, verlängert das Versorgungsamt den Ausweis ohne Änderungen bis zum Ablauf der Schutzfrist.
- Erst wenn der gesetzliche Schutz erloschen ist, wird der Schwerbehindertenausweis eingezogen.

Einziehung des Ausweises



- Der Ausweis wird ohne Schutzfrist eingezogen, wenn der behinderte Mensch nicht mehr im Geltungsbereich des Gesetzes
 - a) rechtmäßig wohnt,
 - b) sich rechtmäßig gewöhnlich aufhält oder
 - c) – bei Auslandswohnsitz – rechtmäßig als Arbeitnehmer in Deutschland tätig ist; denn er ist dann nicht mehr ein schwerbehinderter Mensch im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). (Dies gilt z. B. nicht bei einer Abordnung eines deutschen behinderten Arbeitnehmers durch eine deutsche Firma oder Behörde ins Ausland für eine befristete Zeit.)
- Wenn das Versorgungsamt den GdB unter 50 herabsetzt, behält der Behinderte den Ausweis bis zum Ablauf der Schutzfrist (siehe Seite 75). Danach wird der Ausweis eingezogen.

Verlängerung der Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises



- Rechtzeitig (ca. 3 Monate) vor Ablauf der Gültigkeitsdauer sollte die Verlängerung beantragt werden, wenn der Ausweis weiterhin genutzt werden soll.
- Das Versorgungsamt muss die Gültigkeit des Ausweises ohne Änderungen auf Antrag verlängern, solange der der Ausweisausstellung zugrunde liegende Feststellungsbescheid oder Rentenbescheid bzw. die Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung nicht durch eine unanfechtbare neue Entscheidung geändert worden ist. Die Verlängerung erfolgt in der Regel für 5 Jahre. Zuständig ist das Wohnsitz-Versorgungsamt (nach Umzug das Versorgungsamt, das für den neuen Wohnsitz zuständig ist).
- Im Ausweis sind drei Felder zur Eintragung der Gültigkeitsdauer, davon zwei für Verlängerungsvermerke, vorgesehen. Ist die Gültigkeitsdauer bereits zweimal verlängert worden (also kein Verlängerungsfeld mehr frei), muss ein neuer Ausweis ausgestellt werden. Dazu ist ein neues Lichtbild erforderlich. Die Neuausstellung kann nur vom Versorgungsamt vorgenommen werden.

Gleichstellung



- Liegt infolge der Behinderung ein GdB von mindestens 50 nicht vor, so besteht keine Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch. Wenn der GdB aber mindestens 30 beträgt, kann der behinderte Mensch beim Arbeitsamt die Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen beantragen. Diesem Antrag kann das Arbeitsamt nur entsprechen, wenn der behinderte Mensch infolge seiner Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz
 - nicht erlangen oder
 - nicht behalten kann.
- Als Nachweis des GdB legt der behinderte Mensch den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder eine andere „Feststellung“ vor (siehe Seite 23 ff., „Zu Randnummer 6“).
- Die Gleichstellung erfolgt rückwirkend vom Tage der Antragstellung an. Damit beginnt z. B. auch der Kündigungsschutz nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch. Die Gleichstellung kann zeitlich befristet werden.
- Bei berufstätigen behinderten Menschen fragt das Arbeitsamt vor einer Entscheidung in der Regel den Arbeitgeber sowie die Schwerbehindertenvertretung und den Betriebs-/ Personalrat, ob der Arbeitsplatz des behinderten Menschen tatsächlich aufgrund der Behinderung gefährdet ist. Ist nicht die Behinderung, sondern z. B. die wirtschaftliche Situation Ursache für eine Arbeitsplatzgefährdung, so kann das Arbeits-

amt dem Antrag des behinderten Menschen auf Gleichstellung nicht entsprechen.

- Wer die Gleichstellung beantragen will, sollte vor der Antragstellung mit dem Vertrauensmann/der Vertrauensfrau der schwerbehinderten Menschen und mit dem Betriebsrat über den möglichen Erfolg des Antrags sprechen.
- Gleichgestellte haben nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch alle Rechte wie schwerbehinderte Menschen. Ausgenommen sind der Zusatzurlaub und bestimmte Nachteilsausgleiche.





Anhang

Anlage A

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –

(SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
vom 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046)

Teil 1 Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen

Kapitel 1 Allgemeine Regelungen

§ 2 Behinderung

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

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

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

Teil 2 Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)

Kapitel 1 Geschützter Personenkreis

§ 68 Geltungsbereich

(1) Die Regelungen dieses Teils gelten für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen.

(2) Die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen (§ 2 Abs. 3) erfolgt aufgrund einer Feststellung nach § 69 auf Antrag des behinderten Menschen durch das Arbeitsamt. Die Gleichstellung wird mit dem Tag des Eingangs des Antrags wirksam. Sie kann befristet werden.

(3) Auf gleichgestellte behinderte Menschen werden die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen mit Ausnahme des § 125 und des Kapitels 13 angewendet.

§ 69 Feststellung der Behinderung, Ausweise

(1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt.

(2) Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.

(3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.

(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.

(5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach Teil 2 oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises wird befristet. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.

Kapitel 8 Beendigung der Anwendung der besonderen Regelungen zur Teilnahme schwerbehinderter und gleichgestellter behinderter Menschen

§ 116 Beendigung der Anwendung der besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen

(1) Die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen werden nicht angewendet nach dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2, wenn sich der Grad der Behinderung auf weniger als 50 verringert, jedoch erst am Ende des dritten Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Verringerung feststellenden Bescheides.

(2) Die besonderen Regelungen für gleichgestellte behinderte Menschen werden nach dem Widerruf oder der Rücknahme der Gleichstellung nicht mehr angewendet. Der Widerruf der Gleichstellung ist zulässig, wenn die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 3 in Verbindung mit § 68 Abs. 2 weggefallen sind. Er wird erst am Ende des dritten Kalendermonats nach Eintritt seiner Unanfechtbarkeit wirksam.

(3) Bis zur Beendigung der Anwendung der besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen werden die behinderten Menschen dem Arbeitgeber auf die Zahl der Pflichtarbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen angerechnet.

Sozialgesetzbuch (SGB X)

Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18.01.2001 (BGBl. I S. 130), geändert durch Artikel 8 § 3 des Gesetzes vom 18.05.2001 (BGBl. I S. 904), zuletzt geändert durch Art. 9 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (BGBl. I S. 1107) – Auszug –

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

(1) Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.

(2) Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde stattdessen den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen. Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Beteiligten beeinträchtigen können, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass der Inhalt der Akten auch durch einen Bediensteten der Behörde vermittelt werden kann, der durch Vorbildung sowie Lebens- und Berufserfahrung dazu geeignet und befähigt ist. Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.

(3) Die Behörde ist zur Gestattung der Akteneinsicht nicht verpflichtet, soweit die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen der Beteiligten oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen.

(4) Die Akteneinsicht erfolgt bei der Behörde, die die Akten führt. Im Einzelfall kann die Einsicht auch bei einer anderen Behörde oder bei einer diplomatischen oder berufskonsularischen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland erfolgen; weitere Ausnahmen kann die Behörde, die die Akten führt, gestatten.

(5) Soweit die Akteneinsicht zu gestatten ist, können die Beteiligten Auszüge oder Abschriften selbst fertigen oder sich Ablichtungen durch die Behörde erteilen lassen. Die Behörde kann Ersatz ihrer Aufwendungen in angemessenem Umfang verlangen.

§ 38 Offenbare Unrichtigkeiten im Verwaltungsakt

Die Behörde kann Schreibfehler, Rechenfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten in einem Verwaltungsakt jederzeit berichtigen. Bei berechtigtem Interesse des Beteiligten ist zu berichtigen. Die Behörde ist berechtigt, die Vorlage des Schriftstückes zu verlangen, das berichtigt werden soll.

§ 39 Wirksamkeit des Verwaltungsaktes

(1) Ein Verwaltungsakt wird gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, in dem Zeitpunkt wirksam, in dem er ihm bekannt gegeben wird. Der Verwaltungsakt wird mit dem Inhalt wirksam, mit dem er bekannt gegeben wird.

(2) Ein Verwaltungsakt bleibt wirksam, solange und soweit er nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist.

(3) Ein nichtiger Verwaltungsakt ist unwirksam.

§ 44 Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.

(2) Im Übrigen ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(3) Über die Rücknahme entscheidet nach Unanfechtbarkeit des Verwaltungsaktes die zuständige Behörde; dies gilt auch dann, wenn der zurückzunehmende Verwaltungsakt von einer anderen Behörde erlassen worden ist.

(4) Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, an die Stelle der Rücknahme der Antrag.

§ 45 Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(2) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit

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

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

riger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach Absatz 2 zurückgenommen werden, wenn

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

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

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

(5) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 48 Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse

(1) Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit

1. die Änderung zu Gunsten des Betroffenen erfolgt,
2. der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist,
3. nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen oder Vermögen erzielt worden ist, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt haben würde, oder
4. der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.

Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gilt in Fällen, in denen Einkommen oder Vermögen auf einen zurückliegenden Zeitraum aufgrund der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs anzurechnen ist, der Beginn des Anrechnungszeitraumes.

(2) Der Verwaltungsakt ist im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft auch dann aufzuheben, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zu Gunsten des Berechtigten auswirkt; § 44 bleibt unberührt.

(3) Kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nach § 45 nicht zurückgenommen werden und ist eine Änderung nach Absatz 1 oder 2 zugunsten des Betroffenen eingetreten, darf die neu festzustellende Leistung nicht über den Betrag hinausgehen, wie er sich der Höhe nach ohne Berücksichtigung der Bestandskraft ergibt. Satz 1 gilt entsprechend, soweit einem rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsakt ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt zugrunde liegt, der nach § 45 nicht zurückgenommen werden kann.

(4) § 44 Abs. 3 und 4, § 45 Abs. 3 Satz 3 bis 5 und Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt nicht im Fall des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1.

Anlage C

„Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz – 1996“ – Auszug –

Änderungen, die sich bis zur Drucklegung dieser Broschüre durch Rundschreiben des BMA und Niederschriften der „Sektion Versorgungsmedizin“ ergeben haben, wurden redaktionell eingearbeitet.

Anmerkung: Diese „Anhaltspunkte ...“ werden in der Rentenversicherung und bei der Bewertung der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht angewendet. In § 1 des Schwerbehindertengesetzes ist ab 01.08.1986 der Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) durch den Begriff „Grad der Behinderung“ (GdB) ersetzt worden und im SGB IX beibehalten worden. Der Begriff MdE gilt im sozialen Entschädigungsrecht weiter.

Grundbegriffe

17	Behinderung	113
18	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – Grad der Behinderung (GdB)	113
19	Gesamt-GdB/MdE-Grad	119
26	GdB/MdE-Tabelle	
26.1	Allgemeine Hinweise zur GdB/MdE-Tabelle	122
26.2	Kopf und Gesicht	123

26.3 Nervensystem und Psyche	
Hirnschäden	126
Hirntumoren	131
Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter	132
Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen	135
Schizophrene und affektive Psychosen	135
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen	136
Alkoholkrankheit, -abhängigkeit	137
Drogenabhängigkeit	137
Rückenmarkschäden	138
Multiple Sklerose	139
Polyneuropathien	139
Spina bifida	139
26.4 Sehorgan	139
26.5 Hör- und Gleichgewichtsorgan	146
26.6 Nase	153
26.7 Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege	154
26.8 Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen	160
Tuberkulose	164
Sarkoidose	164
26.9 Herz und Kreislauf	165
Krankheiten des Herzens	165
Gefäßkrankheiten	168

26.10 Verdauungsorgane	172
Speiseröhrenkrankheiten	172
Magen- und Darmkrankheiten	174
Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse	179
Chronische Hepatitis	179
26.11 Brüche (Hernien)	185
26.12 Harnorgane	186
Nierenschäden	186
Schäden der Harnwege	190
26.13 Männliche Geschlechtsorgane	192
26.14 Weibliche Geschlechtsorgane	195
26.15 Stoffwechsel, innere Sekretion	201
Diabetes mellitus	201
Gicht	202
Fettstoffwechselkrankheit	202
Alimentäre Fettsucht, Adipositas	202
Phenylketonurie	202
Mukoviszidose	203
Schilddrüsenkrankheiten	203
Tetanie	204
Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)	204
Cushing-Syndrom	204
Porphyrien	204
26.16 Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	205
26.17 Haut	211

26.18 Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten	217
Allgemeines	217
Entzündliche rheumatische Krankheiten	219
Kollagenosen, Vaskulitiden	219
Chronische Osteomyelitis	220
Muskelkrankheiten	221
Kleinwuchs	222
Großwuchs	222
Wirbelsäulenschäden	223
Beckenschäden	224
Gliedmaßenschäden, Allgemeines	225
Endoprothesen	226
Aseptische Nekrosen	226
Schäden der oberen Gliedmaßen	226
Schäden der unteren Gliedmaßen	232

17 Behinderung

Als Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung anzusehen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht und einen GdB von wenigstens 10 bedingt.

Das Ausmaß der Behinderung wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) bemessen.

Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht.

Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten.

18 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – Grad der Behinderung (GdB)

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

Aus dem GdB/MdE-Grad ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. GdB und MdE sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss (siehe Nummer 48, Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!).

Die Anerkennung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch einen Rentenversicherungsträger oder die Feststellung einer Dienstunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf den GdB/MdE-Grad, wie umgekehrt aus dem GdB/MdE-Grad nicht auf die genannten Leistungsvoraussetzungen anderer Rechtsgebiete geschlossen werden kann.

(2) GdB und MdE setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies gilt für Kinder in gleicher Weise wie für alte Menschen.

Physiologische Veränderungen im Alter sind daher bei der GdB/MdE-Beurteilung nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Hierzu gehören:

- die altersbedingte allgemeine Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit (weniger Kraft, Ausdauer, Belastbarkeit),
- die allgemeine Verminderung der Leistungsbreite des Herzens und der Lungen durch physiologische Gewebeerterung (entsprechend den altersabhängigen Sollwerten der EGKS – siehe Nummer 8 Absatz 4, Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!),
- eine leichte Verminderung der Beweglichkeit der Gliedmaßen und der Wirbelsäule (= geringgradige Abweichungen von den Normwerten der Bewegungsmessungen nach der Neutral-Null-Methode, siehe Nummer 8 Absätze 10 bis 14, Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!),
- das Nachlassen von Libido oder Potenz,
- das altersentsprechende Nachlassen des Gedächtnisses, der geistigen Beweglichkeit und der seelischen Belastbarkeit,
- die altersspezifischen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Presbyopie = Erschwerung bis Verlust der Nahadaptation, Presbyakusis = altersbegleitender Hochton-Hörverlust).

Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d. h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, beispielsweise:

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

bei der MdE/GdB-Beurteilung zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z. B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden.

(3) Der GdB ist in Zehnergraden, die MdE in Vomhundertsätzen anzugeben. Die Werte für die verschiedenartigen Gesundheitsstörungen leiten sich dabei von Mindestvomhundertsätzen ab, die in der – auch bei der Behindertenbegutachtung zu beachtenden – Verwaltungsvorschrift Nummer 5 zu § 30 des Bundesversorgungsgesetzes für erhebliche äußere Körperschäden angegeben sind.

Die in der GdB/MdE-Tabelle aufgeführten Werte sind diesen Mindestvomhundertsätzen angepasst. Sie sind aus langer Erfahrung gewonnen und stellen altersunabhängige (auch trainingsunabhängige) Mittelwerte dar. Je nach der besonderen Lage des Einzelfalls kann von den Tabellenwerten mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden (z. B. besondere Schmerzen oder seelische Begleiterscheinungen – siehe Absatz 8 – oder fast vollständiger Ablauf einer Heilungsbewährung bei Antragstellung).

(4) Da GdB und MdE ihrer Natur nach nur annähernd bestimmt werden können, sind bei der GdB-Bewertung nur Zehnerwerte, bei der MdE-Bewertung in der Regel nur Werte anzugeben, die durch 10 teilbar sind. Dabei sollen im Allgemeinen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz/Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf. Die sehr wenigen in der GdB/MdE-Tabelle noch enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng umschriebene Gesundheitsstörungen bezogen, die selten allein und sehr selten genau in dieser Form und Ausprägung vorliegen. Für die GdB-Bewertung ist deshalb zu beachten, dass in den Fällen, in denen die Gesundheitsstörung auch nur wenig günstiger ist, als in der GdB/MdE-Tabelle beschrieben, der Zehnergrad unter dem Fünfergrad anzusetzen ist; entspricht die Gesundheitsstörung genau der beschriebenen oder ist sie etwas ungünstiger, ist der über dem Fünfergrad gelegene Zehnergrad anzunehmen.

(5) GdB und MdE setzen eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen – oder voraussichtlich verbleibenden – Schaden entspricht.

Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden – über einen Zeitraum von sechs Monaten nach Krankheitsbeginn hinaus – der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: Magengeschwürsleiden, chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), dann können die zeitweiligen Verschlechterungen – im Hinblick auf die dann anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden.

Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB/MdE-Bewertung von dem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.

(6) Stirbt ein Antragsteller innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdB/MdE-Grad anzusetzen, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Fallen Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod jedoch zusammen, kann ein GdB/MdE-Wert nicht angenommen werden. Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod fallen nicht nur zusammen, wenn beide Ereignisse im selben Augenblick eintreten. Dies ist vielmehr auch dann der Fall, wenn die Gesundheitsstörung in so rascher Entwicklung zum Tode führt, dass bei natürlicher Betrachtungsweise Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod einen einheitlichen Vorgang darstellen.

(7) Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind bei der GdB/MdE-Bewertung nicht zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung bei Gesundheitsstörungen, die zu Rezidiven neigen, stellt eine andere Situation dar (siehe hierzu auch Nummer 24 Absatz 3, Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!). Während der Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung ist ein höherer GdB/MdE-Wert, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt, gerechtfertigt.

(8) Bei der GdB/MdE-Bewertung sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten.

Die in der GdB/MdE-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust).

Gehen seelische Begleiterscheinungen erheblich über die dem Ausmaß der organischen Veränderungen entsprechenden üblichen seelischen Begleit-

erscheinungen hinaus, so ist eine höhere GdB/MdE-Bewertung berechtigt. Vergleichsmaßstab kann aber – im Interesse einer gerechten Beurteilung – nicht der Behinderte sein, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet; Beurteilungsgrundlage ist wie immer die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen – z. B. eine Psychotherapie – erforderlich ist.

Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdB/MdE-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. In den Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen); ein Phantomgefühl allein bedingt keine zusätzliche GdB/MdE-Bewertung.

(9) Wird der Gutachter nach dem Schwerbehindertengesetz zu einer Beurteilung des GdB aufgefordert, so ist er nicht an Feststellungen, die nach anderen Gesetzen getroffen worden sind, gebunden. Umgekehrt gilt das Gleiche.

19 Gesamt-GdB/MdE-Grad

(1) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar (unter Berücksichtigung der Nr. 18 Absatz 4, Seite 116) Einzel-GdB/MdE-Grade anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB/MdE-Grades durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB/MdE-Grades ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

(2) Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdB/MdE-Werte angegeben sind.

Ein Gesamt-GdB/MdE-Grad von 50 kann beispielsweise nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislauf-Schäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung (siehe Nummern 26.8 und 26.9, Seiten 160 und 165), bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung usw.

(3) Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB/MdE-Grades ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB/MdE-Grad bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB/MdE-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau beachtet werden, dass die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander unterschiedlich sein können:

- Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.
Beispiel: Beim Zusammentreffen eines insulinpflichtigen Diabetes (Abhängigkeit von Injektions- und Diäteeinnahmeterminen) mit einer Hörbehinderung und einer Gehbehinderung ist der Behinderte in drei verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens betroffen, wobei jeder Bereich der Schwere der einzelnen Gesundheitsstörung entsprechend bei der Gesamtbeurteilung zu beachten ist.
- Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken.
Dies ist vor allem der Fall, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paari- gen Gliedmaßen oder Organen – also z. B. an beiden Armen oder bei- den Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen – vorliegen.
- Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich über- schneiden.
Beispiel: Neben einem Herzschaden mit schwererer Leistungsbeein- trächtigung liegen ein Lungenemphysem und ein leichter Schaden an einem Fuß vor. Die Gehfähigkeit und gesamte Leistungsfähigkeit wird schon durch den Herzschaden sehr eingeschränkt, sodass sich die an- deren beiden Gesundheitsschäden nur noch wenig auswirken können.
- Die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung gar nicht verstärkt.
Beispiel: Peroneuslähmung und Versteifung des Fußgelenks in günsti- ger Stellung an demselben Bein.

(4) Von Ausnahmefällen (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB/MdE-Grad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeein- trächtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB/MdE-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

GdB / MdE-Tabelle

26.1 Allgemeine Hinweise GdB/MdE-Tabelle

(1) Die nachstehend genannten GdB/MdE-Sätze sind Anhaltswerte. Es ist unerlässlich, alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet in jedem Einzelfall zu berücksichtigen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung. Auf die Nummern 18 und 19, Seiten 113–121, wird verwiesen.

(2) Bei Gesundheitsstörungen, die im Folgenden nicht aufgeführt sind, ist der GdB/MdE-Grad in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen.

(3) Nach Transplantationen innerer Organe und nach der Behandlung bestimmter Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, ist bei der GdB/MdE-Bemessung eine Heilungsbewährung abzuwarten (siehe Nummer 18 Absatz 7, Seite 117, und Nummer 24 Absatz 3, Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!).

Insbesondere gilt dies bei malignen Geschwulstkrankheiten. Für die häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten sind im Folgenden GdB/MdE-Anhaltswerte angegeben. Sie sind auf den Zustand nach operativer oder anderweitiger Beseitigung der Geschwulst bezogen. Der Zeitraum des Abwartens einer Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre. Ein Zeitraum von zwei bzw. drei Jahren kommt nur bei bestimmten, in der GdB/MdE-Tabelle besonders genannten Tumorformen in Betracht, bei denen medizinisch-wissenschaftlich gesichert ist, dass zwei bzw. drei Jahre nach Beseitigung der Geschwulst die Rezidivgefahr nur noch sehr gering ist. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann; eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Die aufgeführten GdB/MdE-Werte beziehen den regelhaft ver-

bleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung – z. B. lang dauernde schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie – sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen. Bei den im Folgenden nicht genannten malignen Geschwulstkrankheiten ist von folgenden Grundsätzen auszugehen: Bis zum Ablauf der Heilungsbewährung – in der Regel bis zum Ablauf des fünften Jahres nach der Geschwulstbeseitigung – ist in den Fällen, in denen der verbliebene Organ- oder Gliedmaßenschaden für sich allein keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 bedingt, im Allgemeinen nach Geschwulstbeseitigung im Frühstadium ein GdB/MdE-Grad von 50 und nach Geschwulstbeseitigung in anderen Stadien ein GdB/MdE-Grad von 80 angemessen. Bedingen der verbliebene Organ- oder Gliedmaßenschaden und/oder außergewöhnliche Folge- oder Begleiterscheinungen der Behandlung einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

26.2 Kopf und Gesicht

Substanzverluste am knöchernen Schädel und Schädelbrüche sind selten isoliert, vielmehr meist im Zusammenhang mit den Störungen durch die vom Schädel eingeschlossenen Organe zu bewerten.

Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung	0
Einfache Schädelbrüche ohne Komplikationen im Heilverlauf	0
Kleinere Knochenlücken , Substanzverluste (auch größere gedeckte) am knöchernen Schädel	0–10

Schädelnarben am Hirnschädel mit erheblichem Verlust von Knochenmasse ohne Funktionsstörung des Gehirns (einschließlich entstellender Wirkung)

30

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

Einfache Gesichtsentstellung

nur wenig störend

10

sonst

20–30

(Zu den Entstellungen siehe auch Nummer 26.17, Seite 211.)

Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichts

50

Eine abstoßend wirkende Gesichtsentstellung liegt vor, wenn die Entstellung bei Menschen, die nur selten Umgang mit Behinderten haben, üblicherweise Missempfindungen wie Erschrecken oder Abscheu oder eine anhaltende Abneigung gegenüber dem Behinderten auszulösen vermag.

Bei hochgradigen Gesichtsentstellungen mit außergewöhnlichen psychoreaktiven Störungen kommen entsprechend höhere Werte in Betracht.

Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich

leicht

0–10

ausgeprägt, den oralen Bereich einschließend

20–30

Gesichtsneuralgien (z. B. Trigeminusneuralgie)

leicht

0–10

(seltene, leichte Schmerzen)

mittelgradig
(häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar)

20–40

schwer
(häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken)

50–60

besonders schwer
(starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich)

70–80

Echte Migräne

je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen)

leichte Verlaufsform
(Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)

0–10

mittelgradige Verlaufsform
(häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)

20–40

schwere Verlaufsform
(lang dauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)

50–60

Periphere Fazialisparese

einseitig
kosmetisch nur wenig störende Restparese
ausgeprägtere Restparese oder Kontraktionen
komplette Lähmung oder entstellende Kontraktur

0–10

20–30

40

beidseitig komplette Lähmung

50

26.3 Nervensystem und Psyche

Hirnschäden

Hirnbeschädigte sind Behinderte, bei denen das Gehirn in seiner Entwicklung gestört wurde oder durch äußere Gewalteinwirkung, Krankheit, toxische Einflüsse oder Störungen der Blutversorgung organische Veränderungen erlitten und nachweisbar behalten hat.

Als *nachgewiesen* ist ein solcher *Hirnschaden* anzusehen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns – Nervensystem und Psyche nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase – festgestellt worden sind; dies gilt auch, wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind (GdB/MdE-Grad dann – auch unter Einschluss geringer z. B. vegetativer Beschwerden – 20; nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30).

Bestimmend für die Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommen für die GdB/MdE-Beurteilung Sätze zwischen 20 und 100 in Betracht.

Bei *Kindern* ist zu berücksichtigen, dass sich die Auswirkungen eines Hirnschadens abhängig vom Reifungsprozess sehr verschieden (Besserung oder Verschlechterung) entwickeln können, sodass in der Regel Nachprüfungen in Abständen von wenigen Jahren angezeigt sind.

Bei einem mit Ventil versorgten Hydrozephalus ist ein GdB/MdE-Grad von wenigstens 30 anzusetzen.

Nicht nur vorübergehende vegetative Störungen nach *Gehirnerschütterung*

(reversible und morphologisch nicht nachweisbare Funktionsstörung des Gesamthirns) rechtfertigen im ersten Jahr nach dem Unfall einen GdB/MdE-Grad von 10–20.

Bei der folgenden GdB/MdE-Tabelle der Hirnschäden soll die Gesamtbewertung (A.) im Vordergrund stehen. Die unter B. angeführten *isoliert vorkommenden* bzw. *führenden Syndrome* stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

A. Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

1. Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung	30–40
2. Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung	50–60
3. Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung	70–100

B. Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen (bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht auch zur Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage):

Organisch-psychische Störungen

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

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

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

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

Hirnschäden mit psychischen Störungen (je nach vorstehend beschriebener Art)

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

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

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

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (spino-)zerebellarer Ursache je nach dem Ausmaß der Störung der Ziel- und Feinmotorik einschließlich der Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen (siehe hierzu auch Nummer 26.5, Seite 146f.)

30–100

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

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

Zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen

leichte Restlähmungen und Tonusstörungen der Gliedmaßen	30
---	----

Bei ausgeprägteren Teillähmungen und vollständigen Lähmungen ist der GdB/MdE-Grad aus Vergleichen mit den nachfolgend aufgeführten Gliedmaßenverlusten, peripheren Lähmungen und anderen Funktionseinbußen der Gliedmaßen abzuleiten.

vollständige Lähmung von Arm und Bein (Hemiplegie)	100
--	-----

Parkinson-Syndrom

ein- oder beidseitig, geringe Störung der Bewegungsabläufe, keine Gleichgewichtsstörung, geringe Verlangsamung	30–40
--	-------

deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere Verlangsamung	50–70
---	-------

schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität	80–100
--	--------

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

Epileptische Anfälle

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

Ein Anfallsleiden gilt als abgeklungen, wenn ohne Medikation drei Jahre Anfallsfreiheit besteht. Ohne nachgewiesenen Hirnschaden ist dann kein GdB/MdE-Grad mehr anzunehmen.

Narkolepsie

Je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tages-schläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungserscheinungen, Schlaf lähmungen – häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) sind im Allgemeinen GdB/MdE-Grade von 50 bis 80 anzusetzen.

Selten kommen auch GdB/MdE-Grade von 40 (z. B. bei gering ausgeprägter Tagesschläfrigkeit in Kombination mit seltenen Schlaf lähmungen und hypnagogen Halluzinationen) oder auch über 80 (bei ungewöhnlich starker Ausprägung) in Betracht.

Hirntumoren

Die GdB/MdE-Bewertung von *Hirntumoren* ist vor allem von der Art und Dignität und von der Ausdehnung und Lokalisation mit ihren Auswirkungen abhängig.

Nach der Entfernung *gutartiger Tumoren* (z. B. Meningeom, Neurinom) richtet sich der GdB/MdE-Grad allein nach dem verbliebenen Schaden.

Bei Tumoren wie Oligodendrogliom, Ependymom, Astrozytom II ist der GdB/MdE-Grad, wenn eine vollständige Tumorentfernung nicht gesichert ist, nicht niedriger als 50 anzusetzen.

Bei *malignen Tumoren* (z. B. Astrozytom III, Glioblastom, Medulloblastom) ist der GdB/MdE-Grad mit wenigstens 80 zu bewerten.

Das Abwarten einer Heilungsbewährung (von 5 Jahren) kommt in der Regel nur nach der *Entfernung* eines malignen Kleinhirntumors des Kindesalters (z. B. Medulloblastom) in Betracht; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit (im Frühstadium) bei geringer Leistungsbeeinträchtigung 50.

Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter

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

Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter

Die Beurteilung setzt eine standardisierte Befunderhebung mit Durchführung geeigneter Testverfahren und Bestimmung des Entwicklungsquotienten (EQ) voraus (Nachuntersuchung mit Beginn der Schulpflicht).

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

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung	0–10
sonst – bis zum Ausgleich – je nach Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung	20–40
bei besonders schwerer Ausprägung (selten)	50

Globale Entwicklungsstörungen (Einschränkungen in den Bereichen Sprache und Kommunikation, Wahrnehmung und Spielverhalten, Motorik, Selbständigkeit, soziale Integration) je nach Ausmaß der sozialen Einordnungsstörung und der Verhaltensstörung (z. B. Hyperaktivität, Aggressivität)

geringe Auswirkungen	30–40
----------------------	-------

starke Auswirkungen (z. B. EQ von 70 bis über 50) 50–70

schwere Auswirkungen (z. B. EQ 50 und weniger) 80–100

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter

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

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Schulleistungen 0–10

sonst – auch unter Berücksichtigung von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen – bis zum Ausgleich 20–40

bei besonders schwerer Ausprägung (selten) 50

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Intelligenzrückstand entsprechend einem I. A. von etwa 10 bis 12 Jahren bei Erwachsenen (IQ von etwa 70 bis 60)

• wenn während des Schulbesuchs nur geringe Störungen, insbesondere der Auffassung, der Merkfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit, der sozialen Einordnung, des Sprechens, der Sprache oder anderer kognitiver Teilleistungen, vorliegen oder

wenn sich nach Abschluss der Schule noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen bestehen oder

wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für Behinderte erreicht werden kann	30–40
•wenn während des Schulbesuchs die oben genannten Störungen stark ausgeprägt sind oder mit einem Schulversagen zu rechnen ist oder	
wenn nach Abschluss der Schule auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung oder sozialer Einordnung geschlossen werden kann oder	
wenn der Behinderte wegen seiner Behinderung trotz beruflicher Fördermöglichkeiten (z. B. in besonderen Rehabilitationseinrichtungen) nicht in der Lage ist, sich auch unter Nutzung der Sonderregelungen für Behinderte beruflich zu qualifizieren	50–70
Intelligenzmangel mit stark eingeeengter Bildungsfähigkeit, erheblichen Mängeln im Spracherwerb, Intelligenzrückstand entsprechend einem I. A. unter 10 Jahren bei Erwachsenen (IQ unter 60)	
•bei relativ günstiger Persönlichkeitsentwicklung und sozialer Anpassungsmöglichkeit (Teilerfolg in einer Sonderschule, selbständige Lebensführung in einigen Teilbereichen und Einordnung im allgemeinen Erwerbsleben mit einfachen motorischen Fertigkeiten noch möglich)	80–90
•bei stärkerer Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten mit hochgradigem Mangel an Selbständigkeit und Bildungsfähigkeit, fehlender Sprachentwicklung, unabhängig von der Arbeitsmarktlage und auf Dauer	

Beschäftigungsmöglichkeit nur in einer Werkstatt für Behinderte	100
Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen	
Autistische Syndrome	
leichte Formen (z. B. Typ Asperger)	50–80
sonst	100
Andere emotionale und psychosoziale Störungen („Verhaltensstörungen“) mit lang dauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten (z. B. Integration in der Normal- schule nicht möglich)	50–80
Schizophrene und affektive Psychosen	
Lang dauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50–100
Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung)	
mit geringen und einzelnen Restsymptomen ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10–20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

Affektive Psychose mit relativ kurz dauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen

bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung 30–50

bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer 60–100

Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist im Allgemeinen (Ausnahme siehe unten) eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten. GdB/MdE-Grad während dieser Zeit,

wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind 50

sonst 30

Eine Heilungsbewährung braucht nicht abgewartet zu werden, wenn eine monopolar verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0–20

Stärker behindernde Störungen

mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30–40

Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten 50–70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80–100

Alkoholkrankheit, -abhängigkeit

Eine *Alkoholkrankheit* liegt vor, wenn ein chronischer Alkoholkonsum zu körperlichen und/oder psychischen Schäden geführt hat.

Die GdB/MdE-Bewertung wird vom Ausmaß des Organschadens und seiner Folgen (z. B. Leberschaden, Polyneuropathie, organisch-psychische Veränderung, hirnorganische Anfälle) und/oder vom Ausmaß der Abhängigkeit und der suchtspezifischen Persönlichkeitsänderung bestimmt. Bei nachgewiesener *Abhängigkeit* mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit ist der Gesamt-GdB/MdE-Grad aufgrund der Folgen des chronischen Alkoholkonsums nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine *Entziehungsbehandlung* durchgeführt worden, muss eine *Heilungsbewährung* abgewartet werden (im Allgemeinen 2 Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen, es sei denn, dass der Organschaden noch einen höheren GdB/MdE-Grad bedingt.

Drogenabhängigkeit

Eine Drogenabhängigkeit liegt vor, wenn ein chronischer Gebrauch von Rauschmitteln zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit mit entsprechender *psychischer Veränderung* und *sozialen Einordnungsschwierigkeiten* geführt hat.

Der GdB/MdE-Grad ist je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten auf mindestens 50 einzuschätzen.

Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine *Heilungsbewährung* abgewartet werden (im Allgemeinen 2 Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen.

Rückenmarkschäden

Unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30–60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30–60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	60–80
Unvollständige Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	100
Vollständige Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	100
Vollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit vollständiger Lähmung der Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	100

Die Bezeichnung „Querschnittslähmung“ ist den Fällen vorzubehalten, in denen quer durch das Rückenmark alle Bahnen in einer bestimmten Höhe vollkommen unterbrochen sind.

Multiple Sklerose

Der GdB/MdE-Grad richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen. Zusätzlich ist die aus dem klinischen Verlauf sich ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen. Bei *gesicherter* Diagnose ist im akuten Stadium und für 2 Jahre danach in jedem Fall im Sinne einer Heilungsbewährung ein GdB/MdE-Grad von mindestens 50 anzunehmen.

Polyneuropathien

Bei den Polyneuropathien können sich Funktionsbeeinträchtigungen – zum Teil abhängig von der Ursache – überwiegend aus motorischen Ausfällen (mit Muskelatrophien) oder mehr oder allein aus sensiblen Störungen und schmerzhaften Reizerscheinungen ergeben. Der GdB/MdE-Grad *motorischer* Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden (siehe Nummer 26.18, Seiten 217 ff. und 237) einzuschätzen.

Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen – z. B. bei Feinbewegungen – führen können.

Spina bifida

Der GdB/MdE-Grad wird durch das Ausmaß des Rückenmarkschadens (siehe oben) bestimmt. Daneben sind häufig ein Hydrozephalus und eine entsprechende Hirnschädigung zu berücksichtigen.

26.4 Sehorgan

Die *Sehbehinderung* umfasst alle Störungen des Sehvermögens. Für die Beurteilung ist in erster Linie die *korrigierte Sehschärfe* (Prüfung mit Gläsern) maßgebend; daneben sind u. a. Ausfälle des *Gesichtsfeldes* und des *Blickfeldes* zu berücksichtigen.

Neben den Funktionen des Sehvermögens sind auch nachweisbare Reizerscheinungen, Tränenträufeln, Empfindlichkeit gegen äußere Einwirkun-

gen (Licht, Staub, Chemikalien usw.) sowie andere Erkrankungen des Auges und seiner Umgebung zu beachten.

Die *Sehschärfe* ist grundsätzlich den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) entsprechend nach DIN 58220 zu prüfen, Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen (z. B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) zulässig. Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben. Bei Nystagmus richtet sich der GdB/MdE-Wert nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.

Hinsichtlich der Gesichtsfeldbestimmung bedeutet dies, dass nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4 verwertet werden dürfen.

Bei der Beurteilung von Störungen des Sehvermögens ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.

Die Grundlage für die GdB/MdE-Beurteilung bei Herabsetzung der Sehschärfe bildet die „MdE-Tabelle der DOG“ auf Seite 142.

Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht zugänglicher Eiterung der Augenhöhle	40
Linsenverlust	
eines Auges (korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse), Sehschärfe 0,4 und mehr	10
Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4	20
Sehschärfe weniger als 0,1	25–30

beider Augen

Der sich an der Sehschärfe für beide Augen sich ergebende GdB/MdE-Grad ist um 10% zu erhöhen.

Die GdB/MdE-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus. Maßgebend ist der objektive Befund. Bei Versorgung mit Starbrille ist der aus der Sehschärfe für beide Augen sich ergebende GdB/MdE-Grad um 10 zu erhöhen, bei Blindheit oder Verlust des anderen Auges um 20.

MdE-Tabelle der DOG

RA 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	0
LA		5/5	5/6	5/8	5/10	5/12	5/15	5/20	5/25	5/30	5/50	1/12	1/20	1/50	0
1,0	5/5	0	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	25	*25
0,8	5/6	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30
0,63	5/8	0	5	10	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30	40
0,5	5/10	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	35	40	40
0,4	5/12	5	10	10	10	20	20	25	25	30	30	35	40	50	50
0,32	5/15	10	10	10	15	20	30	30	30	40	40	40	50	50	50
0,25	5/20	10	10	15	20	25	30	40	40	40	50	50	50	60	60
0,2	5/25	10	15	20	20	25	30	40	50	50	50	60	60	70	70
0,16	5/30	15	20	20	25	30	40	40	50	60	60	60	70	80	80
0,1	5/50	20	20	25	30	30	40	50	50	60	70	70	80	90	90
0,08	1/12	20	25	30	30	35	40	50	60	60	70	80	90	90	90
0,05	1/20	25	30	30	35	40	50	50	60	70	80	90	100	100	100
0,02	1/50	25	30	30	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100
0	0	*25	30	40	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100

Anmerkungen

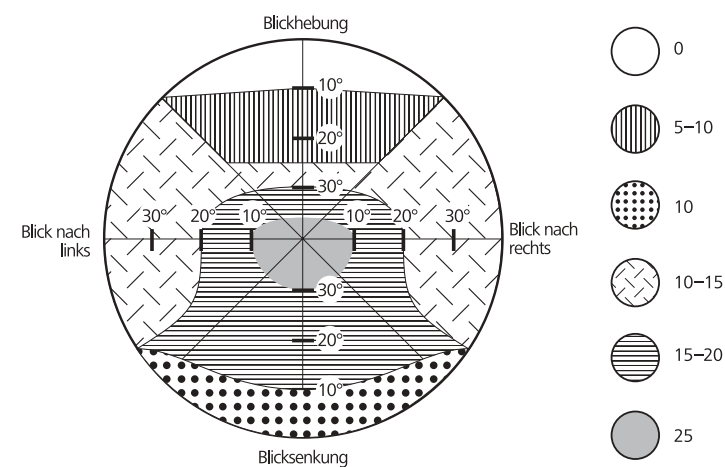
- Die augenärztliche Untersuchung der Sehschärfe soll einäugig und beidäugig erfolgen. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.
- An die Stelle der mit * gekennzeichneten Werte tritt nach der Verwaltungsvorschrift Nummer 5 zu § 30 BVG ein GdB/MdE-Grad von 30.

Augenmuskellähmungen, Strabismus

wenn ein Auge wegen der Doppelbilder vom Sehen ausgeschlossen werden muss

30

bei Doppelbildern nur in einigen Blickfeldbereichen bei sonst normalem Binokularsehen ergibt sich der GdB/MdE-Grad aus dem nachstehenden Schema von Haase und Steinhorst:



bei einseitiger Bildunterdrückung durch Gewöhnung (Exklusion) und entsprechendem Verschwinden der Doppelbilder
Einschränkungen der Sehschärfe (z. B. Amblyopie) oder eine erheblich entstellende Wirkung sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

10

Lähmung des Oberlides mit nicht korrigierbarem vollständigem Verschluss des Auges
sonst

30
10-20

Fehlstellungen der Lider, Verlegung der Tränenwege mit Tränenträufeln

einseitig	0–10
beidseitig	10–20

Gesichtsfeldausfälle

Vollständige Halbseiten- und Quadrantenausfälle

Homonyme Hemianopsie	40
----------------------	----

Bitemporale Hemianopsie	30
-------------------------	----

Binasale Hemianopsie bei beidäugigem Sehen	10
bei Verlust des beidäugigen Sehens	30

Homonymer Quadrant oben	20
-------------------------	----

Homonymer Quadrant unten	30
--------------------------	----

Vollständiger Ausfall beider unterer Gesichtsfeldhälften	60
--	----

Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte bei Verlust oder Blindheit des anderen Auges nasal	60
temporal	70

Bei unvollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen sind die GdB/MdE-Sätze entsprechend niedriger anzusetzen.

Gesichtsfeldeinengungen

Allseitige Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges auf 10° Abstand vom Zentrum	10
---	----

auf 5° Abstand vom Zentrum	25
----------------------------	----

Allseitige Einengung doppelseitig auf 50° Abstand vom Zentrum	10
--	----

auf 30° Abstand vom Zentrum	30
-----------------------------	----

auf 10° Abstand vom Zentrum	70
-----------------------------	----

auf 5° Abstand vom Zentrum	100
----------------------------	-----

Allseitige Einengung bei Fehlen des anderen Auges auf 50° Abstand vom Zentrum	40
--	----

auf 30° Abstand vom Zentrum	60
-----------------------------	----

auf 10° Abstand vom Zentrum	90
-----------------------------	----

auf 5° Abstand vom Zentrum	100
----------------------------	-----

Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, binokular mindestens 1/3 ausgefallene Fläche	20
mindestens 2/3 ausgefallene Fläche	50

Bei Fehlen eines Auges sind die Skotome entsprechend höher zu bewerten.

Ausfall des Farbensinns	0
--------------------------------	---

Einschränkung der Dunkeladaptation (Nachtblindheit) oder des Dämmerungssehens	0–10
--	------

Bei Erkrankung des Auges (z. B. Glaukom, Netzhauterkrankungen) hängt der GdB/MdE-Grad vor allem vom Ausmaß der Sehbehinderung (z. B. Sehschärfe, Gesichtsfeld) ab. Darüber hinausgehende GdB/MdE-Werte kommen nur in Betracht, wenn zusätzlich über die Einschränkung des Sehvermögens hinausgehende erhebliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Nach Hornhauttransplantationen richtet sich der GdB/MdE-Grad allein nach dem Sehvermögen.

Nach Entfernung eines malignen Augentumors (z. B. Melanom, Retinoblastom) ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
bei Tumorbegrenzung auf den Augapfel (auch bei Augapfelentfernung)	50
sonst	wenigstens 80

26.5 Hör- und Gleichgewichtsorgan

Maßgebend für die Bewertung des GdB/MdE-Grades bei Hörstörungen ist die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Der Beurteilung ist die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie empfohlene Tabelle (siehe Tab. D, Seite 150) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes aus entsprechenden Tabellen abzuleiten (siehe Seite 148 ff. und Nummer 8 Absatz 16, *Anmerkung der Redaktion: In dieser Broschüre nicht abgedruckt!*).

Die in der GdB/MdE-Tabelle enthaltenen GdB/MdE-Werte zur Schwerhörigkeit berücksichtigen die Möglichkeit eines Teilausgleichs durch Hörhilfen mit.

Sind mit der Hörstörung andere Erscheinungen (z. B. Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, Artikulationsstörungen, außergewöhnliche psychoreaktive Störungen [siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117]) verbunden, so kann der GdB/MdE-Grad entsprechend höher bewertet werden.

Angeborene oder in der Kindheit erworbene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen angeboren oder bis zum 7. Lebensjahr erworben (wegen der schweren Störung des Spracherwerbs)	100 (in der Regel lebenslang)
später erworben (im 8. bis 18. Lebensjahr) mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz)	100
sonst je nach Sprachstörung	80–90

Tabelle A

zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus den Werten der sprachaudiometrischen Untersuchung (nach Boenninghaus u. Röser 1973) – siehe Seite 148.

Tabelle B

zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve. Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztablette nach Röser 1973) – siehe Seite 149.

Tabelle C

3-Frequenztablette nach Röser 1980 für die Beurteilung bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit – siehe Seite 149.

Tabelle D
zur Ermittlung des GdB/MdE-Grades aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren – siehe Seite 150.

Tabelle A

	Hörverlust für Zahlen in dB											
	ab			ab			ab			ab		
	< 20	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Gesamtwortverstehen	< 20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	ab 20	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	100
	ab 35	90	90	90	90	90	90	90	90	90	95	100
	ab 50	80	80	80	80	80	80	80	80	90	95	100
	ab 75	70	70	70	70	70	70	70	80	90	95	100
	ab 100	60	60	60	60	60	60	70	80	90	95	
	ab 125	50	50	50	50	50	50	60	70	80	90	
	ab 150	40	40	40	40	40	50	60	70	80		
	ab 175	30	30	30	30	40	50	60	70			
	ab 200	20	20	20	30	40	50	60				
ab 225	10	10	20	30	40	50						
ab 250	0	10	20	30	40							

Das Gesamtwortverstehen wird aus der Wortverständniskurve errechnet. Es entsteht durch Addition der Verständnisquoten bei 60, 80 und 100 dB Lautstärke (einfaches Gesamtwortverstehen). Bei der Ermittlung von Schwerhörigkeiten bis zu einem Hörverlust von 40 % ist das gewichtete Gesamtwortverstehen (Feldmann 1988) anzuwenden: 3 x Verständnisquote bei 60 dB + 2 x Verständnisquote bei 80 dB + 1 x Verständnisquote bei 100 dB, Summe dividiert durch 2.

Tabelle B

Tonhörlörlust	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
10	0	0	0	0
15	2	3	2	1
20	3	5	5	2
25	4	8	7	4
30	6	10	9	5
35	8	13	11	6
40	9	16	13	7
45	11	18	16	8
50	12	21	18	9
55	14	24	20	10
60	15	26	23	11
65	17	29	25	12
70	18	32	27	13
75	19	32	28	14
80	19	33	29	14
ab 85	20	35	30	15

Tabelle C

dB von	Tonverlust bei 1 kHz											
	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95		
dB bis	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Gesamtwortverstehen	0–15	0	0	0	0	5	15					
	20–35	0	0	0	5	10	20	30				
	40–55	0	0	0	10	20	25	35		45		
	60–75	0	0	10	15	25	35	40	50	60		
	80–95	0	5	15	25	30	40	50	60	70	80	
	100–115	5	15	20	30	40	45	55	70	80	90	100
	120–135	10	20	30	35	45	55	65	75	90	100	100
	140–155	20	25	35	45	50	60	75	85	95	100	100
	160–175	25	35	40	50	60	70	80	95	100	100	100
	180–195	30	40	50	55	70	80	90	100	100	100	100
ab 200	40	45	55	65	75	90	100	100	100	100	100	

Tabelle D

	Normalhörigkeit	0–20	0	0	10	10	15	20
	Geringgradige Schwerhörigkeit	20–40	0	15	20	20	30	30
	Mittelgradige Schwerhörigkeit	40–60	10	20	30	30	40	40
	Hochgradige Schwerhörigkeit	60–80	10	20	30	50	50	50
	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	80–95	15	30	40	50	70	70
Rechtes Ohr	Taubheit	100	20	30	40	50	70	80
	Hörverlust in %		0–20	20–40	40–60	60–80	80–95	100
Linkes Ohr			Normalhörigkeit	Geringgradige Schwerhörigkeit	Mittelgradige Schwerhörigkeit	Hochgradige Schwerhörigkeit	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Taubheit

Gleichgewichtsstörungen

(Normabweichungen in den apparativ erhobenen neurootologischen Untersuchungsbefunden bedingen für sich allein noch keinen GdB/MdE-Grad.)

ohne wesentliche Folgen

- beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen (z. B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung)
- leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen (Schwanken) bei höheren Belastungen (z. B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen)
- stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen)
- keine nennenswerten Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen

0–10

mit leichten Folgen

- leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen
- stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen
- leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe

20

mit mittelgradigen Folgen

- stärkere Unsicherheit, Schwindelerscheinungen mit Fallneigung bereits bei alltäglichen Belastungen
- heftiger Schwindel (mit vegetativen Erscheinungen, gelegentlich Übelkeit, Erbrechen) bei höheren und außergewöhnlichen Belastungen

• deutliche Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen bereits auf niedriger Belastungsstufe	30–40
mit schweren Folgen	
• heftiger Schwindel, erhebliche Unsicherheit und Schwierigkeiten bereits beim Gehen und Stehen im Hellen und anderen alltäglichen Belastungen, teilweise Gehhilfe erforderlich	50–70
• bei Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder zu stehen	80
Ohrgeräusche (Tinnitus)	
ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen	0–10
mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen	20
mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive Störungen)	30–40
mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten	mindestens 50
Menière-Krankheit	
ein bis zwei Anfälle im Jahr	0–10
häufigere Anfälle, je nach Schweregrad	20–40
mehrmals monatlich schwere Anfälle	50
Bleibende Hörstörungen und Ohrgeräusche (Tinnitus) sind zusätzlich zu bewerten.	

Chronische Mittelohrentzündung	
ohne Sekretion oder einseitige zeitweise Sekretion	0
einseitige andauernde Sekretion oder zeitweise beidseitige Sekretion	10
andauernd beidseitige Sekretion	20
Radikaloperationshöhle	
reizlos	0
bei unvollständiger Überhäutung und ständiger Sekretion einseitig	10
beidseitig	20
Verlust einer Ohrmuschel	20
Verlust beider Ohrmuscheln	30
26.6 Nase	
Völliger Verlust der Nase	50
Teilverlust der Nase, entstellende Sattelnase wenig störend	10
sonst	20–30
Stinknase (Ozaena), je nach Ausmaß der Borkenbildung und des Foetors	20–40

Verengung der Nasengänge	
einseitig je nach Atembehinderung	0–10
doppelseitig mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung	10
doppelseitig mit starker Atembehinderung	20

Chronische Nebenhöhlenentzündung	
leichteren Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen)	0–10
schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen, Polypenbildung)	20–40

Völliger Verlust des Riechvermögens mit der damit verbundenen Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung	15
---	----

Völliger Verlust des Geschmackssinns	10
--------------------------------------	----

26.7 Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege

Verletzungs- und Erkrankungsfolgen an den Kiefern, Kiefergelenken und Weichteilen der Mundhöhle, einschließlich der Zunge und der Speicheldrüsen, sind nach dem Grad ihrer Auswirkung auf Sprech-, Kau- und Schluckvermögen zu beurteilen. Eine Gesichtsentstellung ist gesondert zu berücksichtigen.

Lippendefekt mit ständigem Speichelfluss	20–30
---	-------

Äußere Speichelfistel, Frey-Syndrom	
geringe Sekretion	10
sonst	20

Störung der Speichelsekretion (vermehrter Speichelfluss, Mundtrockenheit)	0–20
---	------

Schwere Funktionsstörung der Zunge durch Gewebsverlust, narbige Fixierung oder Lähmung je nach Umfang und Artikulationsstörung	30–40
---	-------

Behinderung der Mundöffnung (Schneidekantendistanz zwischen 5 und 25 mm) mit deutlicher Auswirkung auf die Nahrungsaufnahme	20–40
---	-------

Kieferklemme mit Notwendigkeit der Aufnahme flüssiger oder passierter Nahrung und entsprechenden Sprechstörungen	50
---	----

Verlust eines Teiles des Unterkiefers mit schlaffer Pseudarthrose	
--	--

ohne wesentliche Beeinträchtigung der Kaufunktion und Artikulation	0–10
--	------

mit erheblicher Beeinträchtigung der Kaufunktion und Artikulation	20–50
---	-------

Verlust eines Teiles des Oberkiefers ohne wesentliche kosmetische und funktionelle Beeinträchtigung	0–10
---	------

mit entstellender Wirkung, wesentlicher Beeinträchtigung der Nasen- und Nebenhöhlen (Borkenbildung, ständige Sekretion)	20–40
---	-------

Umfassender Zahnverlust über 1/2 Jahr hinaus prothetisch nur unzureichend zu versorgen	10–20
--	-------

Verlust erheblicher Teile des Alveolarfortsatzes mit wesentlicher, prothetisch nicht voll ausgleichbarer Funktionsbehinderung	20
Ausgedehnter Defekt des Gaumens mit gut sitzender Defektprothese	30
Verlust des Gaumens ohne Korrekturmöglichkeit durch geeignete Prothese (Störung der Nahrungsaufnahme)	50
Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern, bis zum Abschluss der Behandlung	
Isolierte voll ausgebildete Lippenspalte (ein- oder beidseitig) bis zum Abschluss der Behandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) je nach Trinkstörung, Beeinträchtigung der mimischen Muskulatur und Störung der Lautbildung	30–50
Lippen-Kiefer-Spalte	
bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation)	60–70
bis zum Verschluss der Kieferspalte (im Regelfall 8. bis 12. Lebensjahr)	50
Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	
bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) unter Mitberücksichtigung der regelmäßig damit verbundenen Hörstörung (Tubenfehlbelüftung) und der Störung der Nasenatmung	100
bis zum Verschluss der Kieferspalte (im Regelfall 8. bis 12. Lebensjahr)	50

Komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte wegen der bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) mit der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte vergleichbaren Auswirkungen	100
Isolierte Segelspalte, submuköse Gaumenspalte bis zum Abschluss der Behandlung je nach Ausmaß der Artikulationsstörung	0–30
Ausgeprägte Hörstörungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	
Nach Ablauf der vorstehend jeweils genannten Behandlungszeiträume richtet sich der GdB/MdE-Grad immer nach der verbliebenen Funktionsstörung.	
Schluckstörungen	
ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Beschwerden	0–10
mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer)	20–40
mit häufiger Aspiration und erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	50–70
Verlust des Kehlkopfes	
bei guter Ersatzstimme und ohne Begleiterscheinungen, unter Mitberücksichtigung der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (fehlende Bauchpresse)	70
in allen anderen Fällen	80

Anhaltende schwere Bronchitiden und Beeinträchtigungen durch Nervenlähmungen im Hals- und Schulterbereich sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei Verlust des *Kehlkopfes* wegen eines *malignen Tumors* ist in den ersten *5 Jahren* eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit 100

Teilverlust des Kehlkopfes

je nach Sprechfähigkeit und Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit 20–50

Bei Teilverlust des Kehlkopfes wegen eines *malignen Tumors* ist in den ersten *5 Jahren* eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit bei Geschwulstentfernung im Frühstadium (T1 N0 M0) 50–60

sonst 80

Tracheostoma

reizlos oder mit geringen Reizerscheinungen (Tracheitis, Bronchitis), gute Sprechstimme 40

mit erheblichen Reizerscheinungen und/oder erheblicher Beeinträchtigung der Sprechstimme bis zum Verlust der Sprechfähigkeit (z. B. bei schweren Kehlkopfveränderungen) 50–80

Einschränkungen der Atemfunktion sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Trachealstenose ohne Tracheostoma

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Atembehinderung

analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion (siehe Nummer 26.8, Seite 160) zu beurteilen.

Funktionelle und organische Stimmstörungen

(z. B. Stimmbandlähmung)

mit guter Stimme 0–10

mit dauernder Heiserkeit 20–30

nur Flüsterstimme 40

mit völliger Stimmlosigkeit 50

Atembehinderungen sind ggf. zusätzlich zu bewerten (analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion, siehe Nummer 26.8).

Artikulationsstörungen durch Lähmungen oder Veränderungen in Mundhöhle oder Rachen

mit gut verständlicher Sprache 10

mit schwer verständlicher Sprache 20–40

mit unverständlicher Sprache 50

Stottern

leicht 0

mittelgradig auf bestimmte Situationen begrenzt 10

nicht situationsabhängig 20

schwer, auffällige Mitbewegungen
mit unverständlicher Sprache 30–40
50

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (einschl. somatoformer Störungen) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117).

26.8 Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB/MdE-Grad vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale), bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen.

Veränderungen der Form und Dynamik des Brustkorbs und des Zwerchfells infolge von Krankheiten, Verletzungen oder Operationen sind selten für sich allein, sondern meist zusammen mit der Beeinträchtigung der inneren Brustorgane zu beurteilen.

Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs

(Rippen, Brustbein, Schlüsselbein)

ohne Funktionsstörungen verheilt, je nach Ausdehnung des Defektes 0–10

Rippendefekte mit Brustfellschwarten

ohne wesentliche Funktionsstörung 0–10
bei sehr ausgedehnten Defekten einschließlich entstellender Wirkung 20

Brustfellverwachsungen und -schwarten
ohne wesentliche Funktionsstörung 0–10

Fremdkörper im Lungengewebe oder in der Brustkorbwand reaktionslos eingeheilt 0

Chronische Bronchitis

(in zwei oder mehr aufeinander folgenden Jahren je Jahr mindestens drei Monate Husten und/oder Auswurf)

Bronchiektasen

– als eigenständige Krankheiten – *ohne* dauernde

Einschränkung der Lungenfunktion,
leichte Form
(symptomfreie Intervalle über mehrere Monate,
wenig Husten, geringer Auswurf) 0–10

schwere Form
(fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und
Auswurf, häufige akute Schübe) 20–30

Pneumokoniosen (z. B. Silikose, Asbestose)
ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion 0–10

Krankheiten der Atmungsorgane

(z. B. Brustfellschwarten, chronisch-obstruktive – auch „spastische“ oder „asthmoide“ – Bronchitis, Bronchiektasen, Lungenemphysem, Pneumokoniosen, Lungenfibrosen, inaktive Lungentuberkulose)

mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion
geringen Grades
das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei
mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5–6 km/h],
mittelschwere körperliche Arbeit); statische und dynamische

Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normbereich	20–40
mittleren Grades das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung – (z. B. Spazierengehen [3–4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Partialinsuffizienz	50–70
schweren Grades Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe; statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Globalinsuffizienz	80–100
Verletzungsfolgen und Folgen lungenchirurgischer Eingriffe sind entsprechend zu bewerten.	
Nach <i>Lungentransplantation</i> ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB/MdE-Wert von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.	
Nach Entfernung eines <i>malignen Lungentumors</i> oder eines <i>nichtkleinzelligen Bronchialtumors</i> ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	wenigstens 80
bei Einschränkung der Lungenfunktion mittleren bis schweren Grades	90–100

Kleinzelliges Bronchialkarzinom und Mesotheliom	100
Bronchialasthma <i>ohne</i> dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen	0–20
Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen	30–40
Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle	50
Eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätzlich zu berücksichtigen.	
Bronchialasthma bei Kindern geringen Grades (Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen, keine dauernde Einschränkung der Atemfunktion, nicht mehr als sechs Wochen Bronchitis im Jahr)	20–40
mittleren Grades (Hyperreagibilität mit häufigeren und/oder schweren Anfällen, leichte bis mittelgradige ständige Einschränkung der Atemfunktion, etwa 2 bis 3 Monate kontinuierliche Bronchitis im Jahr)	50–70
schweren Grades (Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle, schwere Beeinträchtigung der Atemfunktion, mehr als 3 Monate kontinuierliche Bronchitis im Jahr)	80–100

Obstruktives oder gemischtförmiges Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor) ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung	0–10
mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung	20
bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung	wenigstens 50

Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Tuberkulose

Tuberkulöse Pleuritis

Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach den Folgeerscheinungen.

Lungentuberkulose

ansteckungsfähig (mehr als 6 Monate andauernd)	100
nicht ansteckungsfähig ohne Einschränkung der Lungenfunktion	0
mit Einschränkung der Lungenfunktion	siehe Seite 160

Extrapulmonale Tuberkuloseformen sind analog zu bewerten.

Sarkoidose

Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach der Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und nach den Auswirkungen an den verschiedenen Organen (vor allem thorakale Lymphknoten und Lunge, aber auch weitere Organe, wie z. B. Leber, Milz, Herz, Augen, ZNS, Haut).

Bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ist ohne Funktionseinschränkung von betroffenen Organen ein GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen. Funktionseinschränkungen betroffener Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei Defektzuständen kommt es allein auf die funktionellen Ausfallserscheinungen an.

26.9 Herz und Kreislauf

Für die Bemessung des GdB/MdE-Grades ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist zunächst grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

Auswirkungen des Leidens auf andere Organe (z. B. Lungen, Leber, Gehirn, Nieren) sind zu beachten.

Krankheiten des Herzens

(Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien, angeborene Herzfehler u. a.)

1. ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7–8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung;

bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln,

Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen 0–10

2. mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5–6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten);

bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht 20–40

3. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3–4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten);

bei Kindern und Säuglingen deutliche Trinkschwierigkeiten, deutliches Schwitzen, deutliche Tachy- und Dyspnoe, deutliche Zyanose, rezidivierende pulmonale Infekte, kardial bedingte Gedeihstörungen, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 0,75 Watt/kg Körpergewicht 50–70

mit gelegentlich auftretenden vorübergehenden schweren Dekompensationserscheinungen 80

4. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z. B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie);

bei Kindern und Säuglingen auch hypoxämische Anfälle, deutliche Stauungsorgane, kardiale Dystrophie 90–100

(Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.)

Liegen weitere objektive Parameter zur Leistungsbeurteilung vor, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Notwendige körperliche Leistungsbeschränkungen (z. B. bei höhergradiger Aortenklappenstenose, hypertrophischer obstruktiver Kardiomyopathie) sind wie Leistungsbeeinträchtigungen zu bewerten.

Nach operativen und anderen therapeutischen *Eingriffen am Herzen* (z. B. Ballondilatation) ist der GdB/MdE-Grad von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei Herzklappenprothesen ist der GdB/MdE-Grad nicht niedriger als 30 zu bewerten; dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulanzen ein.

Nach einem *Herzinfarkt* ist die GdB/MdE-Bewertung von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

• Nach *Herztransplantation* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen 2 Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB/MdE-Wert von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel
reaktionslos eingeheilt

0

mit Beeinträchtigung der Herzleistung	siehe oben	mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) (Stadium II)	
Rhythmusstörungen Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades richtet sich vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens.		schmerzfremie Gehstrecke in der Ebene über 500 m ein- oder beidseitig	20
Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmusstörungen (z. B. paroxysmale Tachykardien) je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung		schmerzfremie Gehstrecke in der Ebene über 100–500 m ein- oder beidseitig	30–40
bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens	10–30	schmerzfremie Gehstrecke in der Ebene 50–100 m ein- oder beidseitig	50–60
bei bestehender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens sind sie entsprechend zusätzlich zu bewerten.		schmerzfremie Gehstrecke unter 50 m ohne Ruheschmerz ein- oder beidseitig	70–80
nach Implantation eines <i>Herzschrittmachers</i>	10	Gehstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III), einschl. trophischer Störungen (Stadium IV) einseitig	80
nach Implantation eines <i>Kardioverter-Defibrillators</i>	wenigstens 50	beidseitig	90–100
bei ventrikulären tachykarden Rhythmusstörungen <i>im Kindesalter</i> ohne Implantation eines Kardioverter-Defibrillators	wenigstens 60	Apparative Messmethoden (z. B. Dopplerdruck) können nur eine allgemeine Orientierung über den Schweregrad abgeben.	
Gefäßkrankheiten		Bei Arterienverschlüssen an den Armen wird die GdB/MdE-Beurteilung ebenfalls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen – im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen – bestimmt.	
Arterielle Verschlusskrankheiten , Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig	0–10	nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen (z. B. Prothesenimplantation) mit vollständiger Kompensation einschließlich Dauerbehandlung mit Antikoagulantien	20
		Arteriovenöse Fisteln Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach den hämodynamischen Auswirkungen am Herzen und/oder in der Peripherie.	

Aneurysmen (je nach Sitz und Größe)	
ohne lokale Funktionsstörung und ohne Einschränkung der Belastbarkeit	0–10
ohne oder mit nur geringer lokaler Funktionsstörung mit Einschränkung der Belastbarkeit	20–40
große Aneurysmen	wenigstens 50
Hierzu gehören immer die dissezierenden Aneurysmen der Aorta und die großen Aneurysmen der Aorta abdominalis und der großen Beckenarterien.	

Unkomplizierte Krampfadern 0

Chronisch-venöse Insuffizienz (z. B. bei Krampfadern), postthrombotisches Syndrom	
mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen, ohne wesentliche Stauungsbeschwerden ein- oder beidseitig	0–10
mit erheblicher Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen ein- oder beidseitig	20–30
mit chronischen rezidivierenden Geschwüren, je nach Ausdehnung und Häufigkeit (einschließlich arthrogenes Stauungssyndrom) ein- oder beidseitig	30–50

Bei postthrombotischen Syndromen im Becken- oder Hohlvenenbereich kommen selten höhere GdB/MdE-Werte in Betracht.

Lymphödem	
an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage	0–10
mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm) je nach Funktionseinschränkung	20–40
mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß	50–70
bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße	80
Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

Hypertonie (Bluthochdruck)	
leichte Form keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen)	0–10
mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I–II – und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung	20–40
schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung	50–100

<p>maligne Form diastolischer Blutdruck konstant über 130 mm Hg; Fundus hypertonicus III–IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn)</p>	100
<p>Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome, (z. B. orthostatische Fehlregulation)</p> <p>mit leichten Beschwerden</p>	0
<p>mit stärkeren Beschwerden und Kollapsneigung</p>	10–20
26.10 Verdauungsorgane	
Speiseröhrenkrankheiten	
<p>Traktionsdivertikel je nach Größe und Beschwerden</p>	0–10
<p>Pulsionsdivertikel ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Größe und Beschwerden</p>	0–10
<p>mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand</p>	20–40
<p>Funktionelle Stenosen der Speiseröhre (Ösophagospasmus, Achalasie)</p> <p>ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme</p>	0–10
<p>mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme</p>	20–40

mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige Aspiration 50–70

Auswirkungen auf Nachbarorgane (z. B. durch Aspiration) sind zusätzlich zu bewerten.

Organische Stenose der Speiseröhre

(z. B. angeboren, nach Laugenverätzung, Narbenstenose, peptische Striktur)

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Größe und Beschwerden 0–10

mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer) 20–40

mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes 50–70

Refluxkrankheit der Speiseröhre

mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß 10–30

Auswirkungen auf Nachbarorgane sind zusätzlich zu bewerten.

Nach Entfernung eines *malignen Speiseröhrentumors* ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes 80–100

Speiseröhrenersatz

Der GdB/MdE-Grad ist nach den Auswirkungen (z. B. Schluckstörungen, Reflux, Narben), jedoch nicht unter 20 zu bewerten.

Magen- und Darmkrankheiten

Bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darm-Kanals ist der GdB/MdE-Grad nach dem Grad der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, der Schwere der Organstörung und nach der Notwendigkeit besonderer Diätkost zu beurteilen. Bei allergisch bedingten Krankheiten ist auch die Vermeidbarkeit der Allergene von Bedeutung.

Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden

(chronisch rezidivierende Geschwüre, Intervallbeschwerden) mit Rezidiven in Abständen von zwei bis drei Jahren	0–10
mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes	20–30
mit erheblichen Komplikationen (z. B. Magenausgangstenose) und andauernder erheblicher Minderung des Ernährungs- und Kräftezustandes	40–50

Nach einer selektiven proximalen Vagotomie kommt ein GdB/MdE-Grad nur in Betracht, soweit postoperative Darmstörungen oder noch Auswirkungen des Grundleidens vorliegen.

Chronische Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung der Magenschleimhaut)	0–10
--	------

Reizmagen (funktionelle Dyspepsie)	0–10
---	------

Teilentfernung des Magens , Gastroenterostomie mit guter Funktion, je nach Beschwerden	0–10
--	------

mit anhaltenden Beschwerden (z. B. Dumpingsyndrom, rezidivierendes Ulcus pepticum jejuni)	20–40
---	-------

Totalentfernung des Magens

ohne Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes je nach Beschwerden	20–30
---	-------

bei Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes und/oder Komplikationen (z. B. Dumpingsyndrom)	40–50
---	-------

Nach Entfernung eines *malignen Magentumors* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>2 Jahren</i> nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms	50
---	----

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>5 Jahren</i> nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand	80–100
--	--------

Chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion)

ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen	0–10
---	------

mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z. B. Durchfälle, Spasmen)	20–30
---	-------

mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes	40–50
---	-------

Angeborene Motilitätsstörungen des Darmes

(z. B. Hirschsprung-Krankheit, neuronale Dysplasie) ohne wesentliche Gedeih- und Entwicklungsstörung	10–20
---	-------

mit geringer Gedeih- und Entwicklungsstörung	30–40
--	-------

mit mittelgradiger Gedeih- und Entwicklungsstörung	50
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung	60–70
Kurzdarmsyndrom im Kindesalter	
mit mittelschwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung	50–60
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung (z. B. Notwendigkeit künstlicher Ernährung)	70–100
Folgeschäden nach Abschluss der Entwicklung (z. B. Kleinwuchs) sind zusätzlich zu berücksichtigen.	
Nachprüfungen in Abständen von zwei bis drei Jahren sind angezeigt.	
Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)	
mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernäh- rungszustandes, selten Durchfälle)	10–20
mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle)	30–40
mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustan- des, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle)	50–60
mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beein- trächtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie)	70–80

Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände
(z. B. Kurzdarmsyndrom, Stomakomplikationen),
extraintestinale Manifestationen (z. B. Arthritiden),
bei Kindern auch Wachstums- und Entwicklungs-
störungen, sind zusätzlich zu bewerten.

Zöliakie, Sprue

ohne wesentliche Folgeerscheinungen unter
diätetischer Therapie

20

Bei andauerndem, ungenügendem Ansprechen auf
glutenfreie Kost (selten) sind – je nach Beeinträchtigung
des Kräfte- und Ernährungszustandes – höhere Werte
angemessen.

Nach Entfernung *maligner Darmtumoren* ist eine Heilungsbewährung
abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von *2 Jahren*
nach Entfernung eines malignen Dickdarmtumors im
Frühstadium (DUKES A) oder von lokalisierten Darm-
karzinoiden

50

mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)

70–80

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von *5 Jahren*
nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren

wenigstens 80

mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)

100

Bauchfellverwachsungen

ohne wesentliche Auswirkung

0–10

mit erheblichen Passagestörungen

20–30

mit häufiger rezidivierenden Ileuserscheinungen	40–50
Hämorrhoiden	
ohne erhebliche Beschwerden, geringe Blutungsneigung	0–10
mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen	20
Mastdarmvorfall	
klein, reponierbar	0–10
sonst	20–40
Afterschließmuskelschwäche	
mit seltenem, nur unter besonderen Belastungen auftretendem unwillkürlichem Stuhlabgang	10
sonst	20–40
Funktionsverlust des Afterschließmuskels	wenigstens 50
Fistel in der Umgebung des Afters	
geringe, nicht ständige Sekretion	10
sonst	20–30
Künstlicher After	
mit guter Versorgungsmöglichkeit	50
sonst (z. B. bei Bauchwandhernie, Stenose, Retraktion, Prolaps, Narben, ungünstiger Position)	60–80

Bei ausgedehntem Mastdarmvorfall, künstlichem After oder stark sezernierenden Kotfisteln, die zu starker Verschmutzung führen, sind ggf. außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen zusätzlich zu berücksichtigen.

Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

Der GdB/MdE-Grad für Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse wird bestimmt durch die Art und Schwere der Organveränderungen sowie der Funktionseinbußen, durch das Ausmaß der Beschwerden, die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und die Notwendigkeit einer besonderen Kostform. Der serologische Nachweis von Antikörpern als Nachweis einer durchgemachten Infektion (Seronarbe) rechtfertigt allein noch keinen GdB/MdE-Grad.

Chronische Hepatitis

Unter dem Begriff „chronische Hepatitis“ werden alle chronischen Verlaufsformen von Hepatitiden zusammengefasst (früher: „chronische Hepatitis ohne Progression (chronisch persistierende Hepatitis)“ und „chronische Hepatitis mit Progression (chronisch aktive Hepatitis)“). Dazu gehören insbesondere die Virus-, die Autoimmun-, die Arzneimittel- und die kryptogene Hepatitis.

Die gutachterliche Beurteilung einer chronischen Hepatitis beruht auf dem klinischen Befund einschließlich funktionsrelevanter Laborparameter, auf der Ätiologie sowie auf dem histopathologischen Nachweis des Grades der nekro-inflammatorischen Aktivität (Grading) und des Stadiums der Fibrose (Staging). Zusätzlich sind engmaschige Verlaufskontrollen und die Beachtung der Differentialdiagnose erforderlich. Dies gilt auch für geltend gemachte Verschlimmerungen im Leidensverlauf.

Die GdB/MdE-Bewertung und die Leidensbezeichnung ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei bereits übliche Befindlichkeitsstörungen – nicht aber extrahepatische Manifestationen – berücksichtigt sind.

Chronische Hepatitis

ohne (klinisch-)entzündliche Aktivität (ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression)	20
--	----

mit geringer (klinisch-)entzündlicher Aktivität (ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität)	30
mit mäßiger (klinisch-)entzündlicher Aktivität (ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität)	40
mit starker (klinisch-)entzündlicher Aktivität (ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, stark entzündliche Aktivität) je nach Funktionsstörung	50–70

Alleinige Virusreplikation („gesunder Virusträger“) 10
(bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis)

Bei Vorliegen eines histologischen Befundes gelten für die Virushepatitiden folgende Besonderheiten:

Die Bezeichnung der chronischen viralen Hepatitis umfasst die nekro-inflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Sie ergibt sich wie die GdB/MdE-Bewertung aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdB/MdE-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

Nekro-inflammatorische	Fibrose Aktivität		
	null – gering	mäßig	stark
gering	20	20	30
mäßig	30	40	40
stark	50	60	70

Anmerkung:

Die Auswertung des histologischen Befundes soll sich an dem modifizierten histologischen Aktivitätsindex (HAI)¹ ausrichten. Eine geringe nekro-inflam-

matorische Aktivität entspricht einer Punktzahl von 1 bis 5, eine mäßige nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 6 bis 10 und eine starke nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 11 bis 18. Eine fehlende bzw. geringe Fibrose entspricht einer Punktzahl 0 bis 2, eine mäßige Fibrose der Punktzahl 3 und eine starke Fibrose einer Punktzahl von 4 bis 5.

¹ HAI nach Ishak und Mitarbeitern (Histological grading and staging of chronic hepatitis, J. Hepatology 22, 696–699, 1995), modifiziertes Numerical Scoring System von Klodell und Mitarbeitern

Für die Virushepatitis C gelten bei fehlender Histologie im Hinblick auf die chemischen Laborparameter folgende Besonderheiten:

ALAT/GPT-Werte im Referenzbereich entsprechen bei nachgewiesener Hepatitis-C-Virusreplikation einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-)entzündliche Aktivität.

ALAT/GPT-Werte bis zum 3fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer geringen (klinisch-)entzündlichen Aktivität.

ALAT/GPT-Werte vom 3fachen bis zum 6fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer mäßigen (klinisch-)entzündlichen Aktivität.

ALAT/GPT-Werte von mehr als dem 6fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer starken (klinisch-)entzündlichen Aktivität.

Diese Bewertungen sind nur zulässig, wenn sie sich in das klinische Gesamtbild des bisherigen Verlaufs einfügen.

Fibrose der Leber

ohne Komplikationen

0–10

Leberzirrhose	
kompensiert	
inaktiv	30
gering aktiv	40
stärker aktiv	50
dekompensiert (Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie)	60–100
Fettleber (auch nutritiv-toxisch)	
ohne Mesenchymreaktion	0–10
Toxischer Leberschaden	
Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.	
Zirkulatorische Störungen der Leber	
(z. B. Pfortaderthrombose)	
Der GdB/MdE-Grad ist analog zur dekompenzierten Leberzirrhose zu beurteilen.	
Nach <i>Leberteilektomie</i> ist der GdB/MdE-Grad allein davon abhängig, ob und wie weit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind.	
Nach Entfernung eines <i>malignen primären Lebertumors</i> ist in den ersten <i>5 Jahren</i> eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	100
Nach <i>Lebertransplantation</i> ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen <i>2 Jahre</i>); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	100

Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression wenigstens 60

Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis
Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Gallenblasen- und Gallenwegserkrankungen (Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen)	
mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten, Entzündungen in Abständen von Jahren	0–10
mit häufigeren Koliken und Entzündungen sowie mit Intervallbeschwerden	20–30
mit lang anhaltenden Entzündungen oder mit Komplikationen	40–50

Angeborene intra- und extrahepatische Transportstörungen der Galle (z. B. intra-, extrahepatische Gallengangsatresie), metabolische Defekte (z. B. Meulengracht-Krankheit)	
ohne Funktionsstörungen, ohne Beschwerden	0–10
mit Beschwerden (Koliken, Fettunverträglichkeit, Juckreiz), ohne Leberzirrhose	20–40
mit Leberzirrhose	50
mit dekompenzierter Leberzirrhose	60–100

Folgezustände sind zusätzlich zu bewerten.

Verlust der Gallenblase	
ohne wesentliche Störungen	0

bei fortbestehenden Beschwerden wie bei Gallenwegskrankheiten	
Nach Entfernung eines <i>malignen Gallenblasen-, Gallenwegs- oder Papillentumors</i> ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor	100
bei Papillentumor	80
Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen	
ohne wesentliche Beschwerden, keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	0–10
geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	20–40
starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes	50–80
Nach teilweiser oder vollständiger Entfernung der Bauchspeicheldrüse sind ggf. weitere Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. bei Diabetes mellitus, Osteopathie oder infolge chronischer Entzündungen der Gallenwege, Magenteilentfernung und Milzverlust) zusätzlich zu berücksichtigen.	
Nach Entfernung eines malignen Bauchspeicheldrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	100

26.11 Brüche (Hernien)

Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit

ein- oder beidseitig	0–10
bei erheblicher Einschränkung der Belastungsfähigkeit	20
Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie	0–10

Bauchnarbenbruch, angeborene Bauchwandbrüche und -defekte

ohne wesentliche Beeinträchtigung, je nach Größe	0–10
mit ausgedehnter Bauchwandschwäche und fehlender oder stark eingeschränkter Bauchpresse	20
mit Beeinträchtigung der Bauchorgane bei Passagestörungen ohne erhebliche Komplikationen	20–30
bei häufigen rezidivierenden Ileuserscheinungen	40–50

Bei schweren angeborenen Bauchwanddefekten mit entsprechender Beeinträchtigung der Bauch- und Brustorgane kommen auch höhere GdB/MdE-Werte in Betracht.

Zwerchfellbrüche (einschl. Zwerchfellrelaxation)

Speiseröhrengleithernie	0–10
andere kleine Zwerchfellbrüche ohne wesentliche Funktionsstörung	0–10
größere Zwerchfellbrüche je nach Funktionsstörung	20–30

Komplikationen sind zusätzlich zu bewerten.

Angeborene Zwerchfelldefekte mit Verlagerung von inneren Organen in den Brustkorb und Minderentwicklung von Lungengewebe	
mit geringer Einschränkung der Lungenfunktion	40
sonst je nach Funktionsbeeinträchtigung der betroffenen Organe	50–100

26.12 Harnorgane

Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Schäden der Harnorgane richtet sich nach dem Ausmaß der Störungen der inkretorischen und exkretorischen Nierenfunktion und/oder des Harntransportes, das durch spezielle Untersuchungen zu erfassen ist.

Daneben sind die Beteiligung anderer Organe (z. B. Herz/Kreislauf, Zentralnervensystem, Skelettsystem), die Aktivität eines Entzündungsprozesses, die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die notwendige Beschränkung in der Lebensführung zu berücksichtigen.

Unter dem im Folgenden verwendeten Begriff „Funktionseinschränkung der Nieren“ ist die Retention harnpflichtiger Substanzen zu verstehen.

Nierenschäden

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Gesundheit der anderen Niere	25
Nierenfehlbildung (z. B. Erweiterung des Nierenhohlraums bei Ureterabgangsstenose, Nierenhypoplasie, Zystennieren, Nierenzysten, Beckenniere), Nephroptose	
ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung	0–10

mit wesentlichen Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung	20–30
--	-------

Nierensteinleiden ohne Funktionseinschränkung der Niere mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten	0–10
--	------

mit häufigeren Koliken, Intervallbeschwerden und wiederholten Harnwegsinfekten	20–30
--	-------

Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion (z. B. Glomerulopathien, tubulointerstitielle Nephropathien, vaskuläre Nephropathien), ohne Beschwerden, mit krankhaftem Harnbefund (Eiweiß und/oder Erythrozyten- bzw. Leukozytenuausscheidung)	0–10
--	------

Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit Beschwerden	
rezidivierende Makrohämaturie, je nach Häufigkeit	10–30

nephrotisches Syndrom kompensiert (keine Ödeme)	20–30
---	-------

dekompensiert (mit Ödemen)	40–50
----------------------------	-------

bei Systemerkrankungen mit Notwendigkeit einer immunsuppressiven Behandlung	50
---	----

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Schaden der anderen Niere, ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit krankhaftem Harnbefund	30
--	----

Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion
Eine geringfügige Einschränkung der Kreatininclearance auf 50–80 ml/min bei im Normbereich liegenden Serumkreatininwerten bedingt keinen messbaren GdB/MdE-Grad.

Nierenfunktionseinschränkung

leichten Grades (Serumkreatininwerte unter 2 mg/dl [Kreatinin-clearance ca. 35–50 ml/min], Allgemeinbefinden nicht oder nicht wesentlich reduziert, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	20–30
(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 2 und 4 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden wenig reduziert, leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	40
mittleren Grades (Serumkreatininwerte andauernd zwischen 4 und 8 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigt, mäßige Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	50–70
schweren Grades (Serumkreatininwerte dauernd über 8 mg/dl, Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normalen Schulleistungen mehr)	80–100
Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere mit Funktionseinschränkung der anderen Niere	
leichten Grades	40–50
mittleren Grades	60–80
schweren Grades	90–100
Notwendigkeit der Dauerbehandlung mit <i>Blutreinigungsverfahren</i> (z. B. Hämodialyse, Peritonealdialyse)	100

Bei allen Nierenschäden mit Funktionseinschränkungen sind Sekundärleiden (z. B. Hypertonie, ausgeprägte Anämie [Hb-Wert unter 8 g/dl], Polyneuropathie, Osteopathie) zusätzlich zu bewerten; sie sind bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen.

Nach *Nierentransplantation* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen 2 Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB/MdE-Grad von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad entscheidend abhängig von der verbliebenen Funktionsstörung; unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist jedoch der GdB/MdE-Grad nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Nach Entfernung eines *malignen Nierentumors* oder *Nierenbeckentumors* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten;

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>2 Jahren</i> nach Entfernen eines Nierenzellkarzinom (Hypernephrom) im Stadium T1 N0 M0 (Grading G1)	50
Nierenbeckentumors im Stadium TA N0 M0 (Grading G1)	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>5 Jahren</i> nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom) mit Entfernung der Niere im Stadium T1 (Grading ab G2), T2 N0 M0	60
in anderen Stadien	wenigstens 80
nach Entfernung eines Nierenbeckentumors einschließlich Niere und Harnleiter im Stadium T1-2 N0 M0	60
in anderen Stadien	wenigstens 80

nach Entfernung eines Nephroblastoms
im Stadium I und II 60

in anderen Stadien wenigstens 80

Die Dauer der Heilungsbewährung nach Entfernung eines Nierentumors im Stadium T1 N0 M0 (Grading G 1) beträgt stets 2 Jahre, und zwar unabhängig davon, ob die Niere entfernt wurde oder nicht.

Schäden der Harnwege

Chronische Harnwegsentzündungen (insbesondere chronische Harnblasenentzündung)

leichten Grades (ohne wesentliche Miktionsstörungen) 0–10

stärkeren Grades (mit erheblichen und häufigen Miktionsstörungen) 20–40

chronische Harnblasenentzündung mit Schrumpfbhase (Fassungsvermögen unter 100 ml, Blasenstenosen) 50–70

Bei den nachfolgenden Gesundheitstörungen sind Begleiterscheinungen (z. B. Hautschäden, Harnwegsentzündungen) ggf. zusätzlich zu bewerten.

Entleerungsstörungen der Blase (auch durch Harnröhrenverengung)

leichten Grades
(z. B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln) 10

stärkeren Grades
(z. B. Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines Blasenschrittmachers, erhebliche Restharnbildung, schmerzhaftes Harnlassen) 20–40

mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines Dauer-

katheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne wesentliche Begleiterscheinungen 50

Nach Entfernung eines *malignen Blasentumors* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von 2 Jahren nach Entfernung des Tumors im Frühstadium unter Belassung der Harnblase (TA-1 N0 M0, Grading G1) 50

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren nach Entfernung im Stadium Tis 50

nach Entfernung in den Stadien T2-3a N0 M0 60

mit Blasenentfernung einschließlich künstlicher Harnableitung 80

nach Entfernung in anderen Stadien 100

Harninkontinenz

relative

leichter Harnabgang bei Belastung (z. B. Stressinkontinenz Grad I) 0–10

Harnabgang tags und nachts (z. B. Stressinkontinenz Grad II–III) 20–40

völlige Harninkontinenz bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit 50
60–70

nach Implantation einer Sphinkterprothese mit guter Funktion 20

Harnröhren-Hautfistel der vorderen Harnröhre bei Harnkontinenz	10
Harnweg-Darmfistel bei Analkontinenz, je nach Luft- und Stuhlentleerung über die Harnröhre	30–50
Künstliche Harnableitung (ohne Nierenfunktionsstörung) in den Darm	30
nach außen mit guter Versorgungsmöglichkeit	50
sonst (z. B. bei Stenose, Retraktion, Abdichtungsproblemen)	60–80
Darmneoblase mit ausreichendem Fassungsvermögen, ohne Harnstau, ohne wesentliche Entleerungsstörungen	30
26.13 Männliche Geschlechtsorgane	
Verlust des Penis	50
Teilverlust des Penis	
Teilverlust der Eichel	10
Verlust der Eichel	20
sonst	30–40
Nach Entfernung eines <i>malignen Penistumors</i> ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
nach Entfernung im Frühstadium (T1-2 N0 M0) bei Teilverlust des Penis	50

bei Verlust des Penis	60
mit vollständiger Entfernung der Corpora cavernosa	80
nach Entfernung in anderen Stadien	90–100
Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens bei intaktem anderen Hoden	0
Unterentwicklung, Verlust oder vollständiger Schwund beider Hoden	
in höherem Lebensalter (etwa ab 8. Lebensjahrzehnt) sonst je nach Ausgleichbarkeit des Hormonhaushalts durch Substitution	10
vor Abschluss der körperlichen Entwicklung	20–30
20–40	
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117) und zusätzliche körperliche Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	
Verlust oder Schwund eines Nebenhodens	0
Verlust oder vollständiger Schwund beider Nebenhoden und/oder Zeugungsunfähigkeit (Impotentia generandi)	0
in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch	20
Impotentia coeundi bei nachgewiesener erfolgloser Behandlung und nicht altersbedingt	20
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117).	

Hydrozele (sog. Wasserbruch)	0–10
Varikozele (sog. Krampfaderbruch)	0–10
Nach Entfernung eines <i>malignen Hodentumors</i> ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>2 Jahren</i> nach Entfernung eines Seminoms oder nichtseminomatösen Tumors im Stadium T1-2 N0 M0	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>5 Jahren</i> nach Entfernung eines Seminoms im Stadium T1-2 N1 M0 bzw. T3 N0 M0	50
nach Entfernung eines nichtseminomatösen Tumors im Stadium T1-2 N1 M0 bzw. T3 N0 M0	60
sonst	80
Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie	
ohne wesentliche Miktionsstörung	0–10
mit andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen	20
Prostataadenom	
Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion.	
Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>2 Jahren</i> nach Entfernung im Frühstadium T1a N0 M0 (Grading G1)	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>5 Jahren</i> nach Entfernung in den Stadien T1a (Grading ab G2) T1b-2 N0 M0	50
nach Entfernung in anderen Stadien	wenigstens 80
Maligner Prostatatumor	
ohne Notwendigkeit einer Behandlung	50
auf Dauer hormonbehandelt	wenigstens 60
26.14 Weibliche Geschlechtsorgane	
Verlust der Brust (Mastektomie)	
einseitig	30
beidseitig	40
Segment- oder Quadrantenresektion der Brust	0–20
Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sowie außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je nach Ergebnis (z. B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)

nach Mastektomie	
einseitig	10–30
beidseitig	20–40
nach subkutaner Mastektomie	
einseitig	10–20
beidseitig	20–30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommen niedrigere GdB/MdE-Werte in Betracht.

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit (einschl. Operationsfolgen und ggf. anderer Behandlungsfolgen, sofern diese für sich allein keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 bedingen)

bei Entfernung im Stadium T1-2 pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium T1-2 pN1 M0	60
in anderen Stadien	wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und ggf. anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität	0
in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch	20

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117).

Nach Entfernung eines *malignen Gebärmuttertumors* ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ).

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>2 Jahren</i> nach Entfernung eines Zervixtumors (Mikrokarzinom) im Stadium T1a N0 M0	50
--	----

nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration des inneren Drittels des Myometrium)	50
--	----

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von <i>5 Jahren</i> nach Entfernung eines Zervixtumors im Stadium T1b-2a N0 M0	50
---	----

im Stadium T2b N0 M0	60
----------------------	----

sonst	80
-------	----

nach Entfernung eines Korpustumors im Stadium T1 N0 M0 (Grading G2-3, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
---	----

im Stadium T2 N0 M0	60
---------------------	----

sonst	80
-------	----

Verlust eines Eierstockes	0
----------------------------------	---

Unterentwicklung, Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke, ohne Kinderwunsch und ohne wesentliche Auswirkung auf den Hormonhaushalt – immer in der Postmenopause	10
--	----

im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution 20–30

vor Abschluss der körperlichen Entwicklung je nach Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls 20–40

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117) und zusätzliche körperliche Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Endokrin bedingte Funktionsstörungen der Eierstöcke sind gut behandelbar, so dass im Allgemeinen anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Komplikationen (z. B. Sterilität, abnormer Haarwuchs) sind gesondert zu beurteilen.

Nach Entfernung eines *malignen Eierstocktumors* ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0 50

in anderen Stadien 80

Chronischer oder chronisch-rezidivierender entzündlicher Prozess der Adnexe und/oder der Parametrien je nach Art, Umfang und Kombination der Auswirkungen (z. B. Adhäsionsbeschwerden, chronische Schmerzen, Kohabitationsbeschwerden) 10–40

Endometriose

leichten Grades (geringe Ausdehnung, keine oder nur geringe Beschwerden) 0–10

mittleren Grades 20–40

schweren Grades (z. B. Übergreifen auf die Nachbarorgane, starke Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Sterilität) 50–60

Scheidenfisteln

Harnweg-Scheidenfistel 50–60

Mastdarm-Scheidenfistel 60–70

Harnweg-Mastdarm-Scheidenfistel („Kloakenbildung“) 100

Fisteln mit geringer funktioneller Beeinträchtigung sind entsprechend niedriger zu bewerten.

Senkung der Scheidenwand, Vorfall der Scheide und/oder der Gebärmutter

ohne Harninkontinenz oder mit geringer Stressinkontinenz (Grad I) 0–10

mit stärkerer Harninkontinenz und/oder stärkeren Senkungsbeschwerden 20–40

mit völliger Harninkontinenz 50–60

bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit 70

Ulzerationen sind ggf. zusätzlich zu bewerten.

Isolierte Senkung der Scheidenhinterwand

mit leichten Defäkationsstörungen 0–10

mit stärkeren Funktionseinschränkungen siehe Nummer 26.10, Seite 177

Scheiden-Gebärmutteraplasie, ohne Plastik, nach Vollendung des 14. Lebensjahres (einschließlich Sterilität)	40
Kraurosis vulvae	
geringen Grades (keine oder nur geringe Beschwerden)	0–10
mäßigen Grades (erhebliche Beschwerden, keine Sekundärveränderungen)	20–30
stärkeren Grades (starke Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Sekundärveränderungen)	40
Vollständige Entfernung der Vulva	40
Nach Beseitigung eines <i>malignen Scheidentumors</i> ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
sonst	80
Folgezustände der Behandlung (insbesondere nach Strahlenbehandlung) sind ggf. zusätzlich zu bewerten.	
Nach Entfernung eines <i>malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile</i> ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
nach Entfernung im Stadium T1-2 N0 M0	50
sonst	80

26.15 Stoffwechsel, innere Sekretion

Der GdB/MdE-Grad bei Störungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion ist von den Auswirkungen dieser Störungen abhängig. In diesem Abschnitt nicht erwähnte angeborene Stoffwechselstörungen sind analog und unter Berücksichtigung ihrer vielfältigen Auswirkungen zu beurteilen.

Normabweichungen der Laborwerte bedingen für sich allein noch keinen GdB/MdE-Grad.

Diabetes mellitus

durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation) oder	
durch Diät	
und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d. h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar	10
und Sulfonylharnstoffe (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika) ausreichend einstellbar	20
und orale Antidiabetika und ergänzende Insulininjektionen ausreichend einstellbar	30
durch Diät und alleinige Insulinbehandlung gut einstellbar	40
schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien	50

Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.

Gicht

Bei der GdB/MdE-Beurteilung sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen.

Fettstoffwechselkrankheit

Der GdB/MdE-Grad ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese 30

Alimentäre Fettsucht, Adipositas

Die Adipositas allein bedingt keinen GdB/MdE-Grad. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdB/MdE-Grades begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna.

Phenylketonurie

ohne fassbare Folgeerscheinungen
im Kindesalter bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres 30

danach bei Notwendigkeit weiterer Diäteeinnahme 10

Beim Vorliegen eines Hirnschadens ist der GdB/MdE-Grad vor allem vom Ausmaß der geistigen Behinderung und weiterer Folgen (z. B. hirnorganische Anfälle) abhängig.

Mukoviszidose (zystische Fibrose)

unter Therapie Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung
altersgemäß 20

unter Therapie Aktivitäten und Lungenfunktion leicht
eingeschränkt, Gedeihen und Ernährung noch altersgemäß 30–40

Aktivitäten und Lungenfunktion deutlich eingeschränkt,
häufig Gedeih- und Entwicklungsstörungen, Schulbesuch
und Erwerbstätigkeit in der Regel noch möglich 50–70

schwere bis schwerste Einschränkung der Aktivitäten,
der Lungenfunktion und des Ernährungszustandes 80–100

Folgekrankheiten (z. B. Insulinmangeldiabetes, Impotenz, Leberzirrhose)
sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Schilddrüsenkrankheiten

Die Beurteilung einer Schilddrüsenfunktionsstörung setzt in der Regel – insbesondere in leichteren Fällen – voraus, dass die Diagnose durch moderne Untersuchungsmethoden gesichert ist.

Schilddrüsenfunktionsstörungen (Überfunktion und Unterfunktion [auch nach Schilddrüsenresektion]) sind gut behandelbar, sodass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Organkomplikationen (z. B. Exophthalmus, Trachealstenose) sind gesondert zu beurteilen.

Bei der nicht operativ behandelten Struma richtet sich der GdB/MdE-Grad nach den funktionellen Auswirkungen.

Nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten;
GdB/MdE-Grad während dieser Zeit
nach Entfernung eines papillären oder follikulären Tumors,
ohne Lymphknotenbefall 50

sonst 80

Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbe-

währung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

Tetanie

Sie ist gut behandelbar, sodass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind.

Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)

Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Funktionsstörungen sind analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z.B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen.

Cushing-Syndrom

Der GdB/MdE-Grad wird bestimmt von der Muskelschwäche und den Auswirkungen an den verschiedenen Organsystemen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Osteoporose, psychische Veränderungen).

Porphyrien

Erythropoetische Porphyrie (Günther-Krankheit)	100
Hepatische Porphyrien akut-intermittierende Porphyrie	30
Porphyria cutanea tarda ohne wesentliche Beschwerden	10

Organkomplikationen sind jeweils zusätzlich zu berücksichtigen.

26.16 Blut, blutbildende Organe, Immunsystem

Die Höhe des GdB/MdE-Grades bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems richtet sich nach der Schwere der hämatologischen Veränderungen, nach den Organfunktionsstörungen, nach den Rückwirkungen auf andere Organe, nach der Auswirkung auf den Allgemeinzustand und der Häufigkeit von Infektionen.

Verlust der Milz

bei Verlust im frühen Kindesalter, dann bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres	20
danach oder bei späterem Verlust	10

Die selten auftretenden Komplikationen (z.B. Thrombosen) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Hodgkin-Krankheit

in den Stadien I–IIIA bei lang dauernder (mehr als sechs Monate andauernder) Therapie, bis zum Ende der Therapie je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand	60–100
nach Vollremission für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)	50
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	
in den Stadien IIIB und IV bis zum Ende der Therapie	100
nach Vollremission für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)	60
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	

Non-Hodgkin-Lymphome

Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Progredienz)	30–40
mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	50–70
mit starken Auswirkungen, starke Progredienz (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung)	80–100
Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)	50
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	
Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome bis zum Ende der Therapie	100
danach bei Vollremission für die Dauer von <i>3 Jahren</i> (Heilungsbewährung)	80
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	
Plasmozytom (Myelom) mit geringen Auswirkungen (keine wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand, keine Behandlungsbedürftigkeit, ohne Beschwerden, keine wesentliche Progredienz)	30–40

mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	50–70
mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie, starke Schmerzen, Nierenfunktionseinschränkung)	80–100
Chronische myeloische Leukämie	
chronische Phase	
je nach Auswirkung – auch der Behandlung – auf den Allgemeinzustand, Ausmaß der Milzvergrößerung	50–80
akute Phase (Akzeleration, Blastenschub)	100
Andere chronische myeloproliferative Erkrankungen (z. B. Polycythaemia vera, essentielle Thrombozythämie, Osteomyelosklerose)	
mit geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit)	10–20
mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	30–40
mit stärkeren Auswirkungen (z. B. mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie)	50–70
mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, starke Milzvergrößerung, Blutungs- und/oder Thromboseneigung)	80–100
Akute Leukämien	
bis zum Ende der Therapie	100
danach für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	60
Myelodysplastische Syndrome	
mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen)	10–20

mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen)	30–40
mit stärkeren Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, rezidivierende Infektionen)	50–80
mit starken Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, häufige Infektionen, Blutungsneigung, leukämische Transformation)	100

Aplastische Anämie (auch Panmyelopathie),

Agranulozytose

Der GdB/MdE-Grad bei aplastischer Anämie oder Agranulozytose ist auch nach Therapie analog zu den myelodysplastischen Syndromen zu bewerten.

Knochenmarktransplantation

Nach autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist der GdB/MdE-Grad entsprechend der Grundkrankheit zu beurteilen.

nach allogener Knochenmarktransplantation für die Dauer von <i>3 Jahren</i> (Heilungsbewährung)	100
--	-----

Danach ist der GdB/MdE-Grad nach den verbliebenen Auswirkungen und dem eventuellen Organschaden, jedoch nicht niedriger als 30, zu bewerten.

Anämien

Symptomatische Anämien (z. B. Eisenmangelanämie, vitaminabhängige Anämien) sind in der Regel gut behandelbar und nur vorübergehender Natur.

Therapierefraktäre Anämien (z. B. bestimmte hämolytische Anämien,

Thalassämie, Erythrozytenenzymdefekte mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen)	0–10
mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen)	20–40
mit starken Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit)	50–70

Organkomplikationen sind zusätzlich zu bewerten.

Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten

(je nach Blutungsneigung)

leichte Form – mit Restaktivität von antihämophilem Globulin (AHG) über 5 %	20
mittelschwere Form – mit 1–5 % AHG mit seltenen Blutungen	30–40
mit häufigen (mehrfach jährlich), ausgeprägten Blutungen	50–80
schwere Form – mit weniger als 1 % AHG	80–100

Folgen von Blutungen sind zusätzlich zu bewerten.

Sonstige Blutungsleiden

ohne wesentliche Auswirkungen	10
mit mäßigen Auswirkungen	20–40
mit starken Auswirkungen (starke Blutungen bereits bei leichten Traumen)	50–70

mit ständiger klinisch manifester Blutungsneigung
(Spontanblutungen, Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen) 80–100

Eine Behandlung mit Antikoagulanzen ist bei der Grundkrankheit (z. B. bei Herzklappen- und Gefäßprothesen, Thrombophilie) berücksichtigt. Wenn die Grundkrankheit nicht mehr besteht bzw. keinen GdB/MdE-Grad mehr bedingt, aber eine Weiterbehandlung mit Antikoagulanzen erforderlich ist, kann – analog den sonstigen Blutungsleiden – in der Regel ein GdB/MdE-Grad von 10 angenommen werden.

Immundefekte

Angeborene Defekte der humoralen und zellulären Abwehr (z. B. Adenosindesaminase-Defekt, DiGeorge-Syndrom, permanente B-Zell-Defekte, septische Granulomatose) ohne klinische Symptomatik 0

trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit, aber keine außergewöhnlichen Infektionen 20–40

trotz Therapie neben erhöhter Infektanfälligkeit auch außergewöhnliche Infektionen (ein bis zwei pro Jahr) Bei schwereren Verlaufsformen kommen höhere GdB/MdE-Werte in Betracht. 50

Erworbenes Immundefizienzsyndrom (HIV-Infektion)

HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik 10

HIV-Infektion mit klinischer Symptomatik geringe Leistungsbeeinträchtigung (z. B. bei Lymphadenopathiesyndrom [LAS]) 30–40

stärkere Leistungsbeeinträchtigung (z. B. bei AIDS-related complex [ARC]) 50–80

schwere Leistungsbeeinträchtigung (AIDS-Vollbild) 100

Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

26.17 Haut

Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades von Hautkrankheiten sind Art, Ausdehnung, Sitz, Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, Begleiterscheinungen (wie Jucken, Nässen, Brennen, unangenehme und abstoßende Gerüche) und die Rezidivbereitschaft bzw. die Chronizität sowie die Notwendigkeit wiederholter stationärer Behandlung zu berücksichtigen. Bei Hautkrankheiten mit stark schwankendem Leidensverlauf kommt ein Durchschnitts-GdB/MdE-Grad (siehe Nummer 18 Absatz 5, Seite 116) in Betracht. Häufig sind außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117) zusätzlich zu berücksichtigen. Bei Kindern können sich Hautkrankheiten schwerer auswirken als bei Erwachsenen.

Narben können durch Ausdehnung, Beschaffenheit (z. B. Verhärtung, Verdünnung, Narbenzüge), Sitz oder Einwirkung auf ihre Umgebung zu Störungen führen. Bei flächenhaften Narben nach Verbrennungen, Verätzungen u. Ä. muss außerdem die Beeinträchtigung der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan berücksichtigt werden. Diese Störungen bestimmen die Höhe des GdB/MdE-Grades.

Bei Entstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich Schwierigkeiten im Erwerbsleben, Unannehmlichkeiten im Verkehr mit fremden Menschen sowie seelische Konflikte ergeben können. Besonders gilt dies bei Entstellung des Gesichts.

Ekzeme	
Kontaktekzeme (z. B. irritatives und allergisches Kontaktekzem)	
geringe Ausdehnung und bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0–10
sonst	20–30
Atopisches Ekzem („Neurodermitis constitutionalis“, „endogenes Ekzem“)	
geringe, auf die Prädilektionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0–10
bei länger dauerndem Bestehen	20–30
mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall	40
mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr	50
Eine Beteiligung anderer Organe, insbesondere bei Atopiesyndrom (z. B. allergisches Asthma, allergische Rhinitis/Konjunktivitis), ist ggf. zusätzlich zu bewerten.	
Seborrhoisches Ekzem	
geringe Ausdehnung und Beschränkung auf die Prädilektionsstellen	0–10
sonst, je nach Ausdehnung	20–30
Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem	
selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare Noxen oder Allergene	0–10

häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Noxen und Allergene	20–30
schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf	40–50
Eine systemische Beteiligung (z. B. des Gastrointestinaltraktes oder des Kreislaufs) ist ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	
Akne	
Acne vulgaris leichteren bis mittleren Grades	0–10
schweren Grades mit Abszess- und Knotenbildung und entsprechender erheblicher kosmetischer Beeinträchtigung	20–30
Acne conglobata auf die Prädilektionsstellen begrenzte häufige Abszess- und Fistelbildungen und lokalisationsbedingte Beeinträchtigungen	30–40
schwerste Formen mit rezidivierenden eitrigen, vernarbenden axilläringuinalen und nuchalen Abszessen (Acne triade) und ggf. zusätzlicher Beteiligung des Pilonidal-sinus (Acne tetraade)	wenigstens 50
Rosazea, Rhinophym geringe Ausdehnung, kosmetisch nur wenig störend	0–10
stärkere Ausdehnung, entstellende Wirkung	20–30
Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes (z. B. Lupus erythematodes, Dermatomyositis, progressive systemische Sklerodermie)	
auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei geringer Ausdehnung	0–10

auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei stärkerer Ausdehnung, je nach kosmetischer und funktioneller Auswirkung 20–40

über die Prädilektionsstellen hinausgehend, ggf. Ulzerationen 50–70

Bewegungseinschränkungen in Gelenken und Beteiligungen anderer Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Blasenbildende Hautkrankheiten

(z. B. Pemphigus, Pemphigoide)

bei begrenztem Haut- und Schleimhautbefall mit geringer Ausdehnung 10

sonst 20–40

bei generalisiertem Haut- und Schleimhautbefall 50–80

in fortgeschrittenen Stadien bei schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes auch höher

Psoriasis vulgaris

auf die Prädilektionsstellen (mit Ausnahme des behaarten Kopfes) beschränkt 0–10

ausgedehnter, aber erscheinungsfreie Intervalle von Monaten 20

bei andauerndem ausgedehntem Befall oder stark beeinträchtigendem lokalem Befall (z. B. an den Händen) 30–50

Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagel-

platten) sowie eine Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung sind zusätzlich zu bewerten.

Erythrodermien

bei leichter Intensität des Krankheitsprozesses 40

bei mittlerer Intensität des Krankheitsprozesses ohne wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand 50–60

mit stärkerer Auswirkung auf den Allgemeinzustand 70–80

Ichthyosis

leichte Form, auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit trockener Haut, mäßiger Schuppung, ohne wesentliche Verfärbung 0–10

mittlere Form auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit stärkerer Schuppung und Verfärbung 20–40

schwere Form, mit ausgeprägter Schuppung und Verfärbung der gesamten Haut, insbesondere der Gelenkbeugen und des Gesichts 50–80

Mykosen

bei begrenztem Hautbefall 0–10

bei Befall aller Finger- und Fußnägel, ggf. mit Zerstörung von Nagelplatten 20

Bei Systemmykosen ist die Beteiligung innerer Organe zusätzlich zu berücksichtigen.

Chronisch rezidivierendes Erysipel

ohne bleibendes Lymphödem 10

sonst, je nach Ausprägung des Lymphödems	20–40
Chronisch rezidivierender Herpes simplex	
geringe Ausdehnung, bis zu dreimal im Jahr rezidivierend	0–10
größere Ausdehnung, häufiger rezidivierend	20
Totaler Haarausfall (mit Fehlen von Augenbrauen und Wimpern)	30
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117)	
Naevus Der GdB/MdE-Grad richtet sich allein nach dem Ausmaß einer eventuellen Entstellung.	
Pigmentstörungen (z. B. Vitiligo)	
an Händen und/oder Gesicht	
gering	10
ausgedehnter	20
sonst	0
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Abs. 8, Seite 117).	
Nach Entfernung eines malignen Tumors der Haut ist in den ersten <i>5 Jahren</i> eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahmen: z. B. Basalzellkarzinome, Bowen-Krankheit, Melanoma in situ); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I (pT1-2 pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien pT1-2 pN0-2 M0	50

in anderen Stadien 80

Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden ein GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

26.18 Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten

Allgemeines

Dieser Abschnitt umfasst Haltungsschäden, degenerative Veränderungen, osteopenische Krankheiten, posttraumatische Zustände, chronische Osteomyelitis, entzündlich-rheumatische Krankheiten, Kollagenosen und Vasculitiden sowie nichtentzündliche Krankheiten der Weichteile.

Der GdB/MdE-Grad für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen wird entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

Bei *Haltungsschäden* und/oder *degenerativen Veränderungen* an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen.

Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-

Grades. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades begründen.

Fremdkörper beeinträchtigen die Funktion nicht, wenn sie in Muskel oder Knochen reaktionslos eingeheilt sind und durch ihre Lage keinen ungünstigen Einfluss auf Gelenke, Nerven oder Gefäße ausüben.

Der GdB/MdE-Grad bei *Weichteilverletzungen* richtet sich nach der Funktionseinbuße und der Beeinträchtigung des Blut- und Lymphgefäßsystems. Bei Fasziaverletzungen können Muskelbrüche auftreten, die nur in seltenen Fällen einen GdB/MdE-Grad bedingen.

Bei den *entzündlich-rheumatischen Krankheiten* sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Kollagenosen und Vaskulitiden.

Bei ausgeprägten *osteopenischen Krankheiten* (z. B. Osteoporose, Osteopenie bei hormonellen Störungen, gastrointestinalen Resorptionsstörungen, Nierenschäden) ist der GdB/MdE-Grad vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades.

Entzündliche rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z. B. Bechterew-Krankheit)

ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden

10

mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang

des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität) 20–40

mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) 50–70

mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) 80–100

Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Kollagenosen

(z. B. systemischer Lupus erythematodes, progressiv-systemische Sklerose, Polymyositis/Dermatomyositis)

Vaskulitiden

(z. B. Panarteriitis nodosa, Riesenzellarteriitis/Polymyalgia rheumatica)

Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Kollagenosen und Vaskulitiden richtet sich nach Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie den Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, wobei auch eine Analogie zu den Muskelkrankheiten in Betracht kommen kann. Für die Dauer einer über sechs Monate anhaltenden aggressiven Therapie (z. B. hoch dosierte Cortison-Behandlung in Verbindung mit Zytostatika) soll ein GdB/MdE-Grad von 50 nicht unterschritten werden.

Auch bei der Beurteilung nicht entzündlicher Krankheiten der Weichteile (lokalisierte Formen oder generalisierte Formen [z. B. angeborene Störungen der Bindegewebsentwicklung und das sog. Fibromyalgiesyndrom]) kommt es auf Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie auf die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand an.

Chronische Osteomyelitis

Bei der GdB/MdE-Beurteilung sind die aus der Lokalisation und Ausdehnung des Prozesses sich ergebende Funktionsstörung, die dem Prozess innewohnende Aktivität und ihre Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und außerdem etwaige Folgekrankheiten (z. B. Anämie, Amyloidose) zu berücksichtigen. Bei ausgeprägt schubförmigem Verlauf ist ein Durchschnitts-GdB/MdE-Grad zu bilden.

Ruhende Osteomyelitis (Inaktivität wenigstens 5 Jahre) 0–10

Chronische Osteomyelitis

geringen Grades
(eng begrenzt, mit geringer Aktivität,
geringe Fisteleiterung) mindestens 20

mittleren Grades
(ausgedehnter Prozess, häufige oder
ständige Fisteleiterung, Aktivitätszeichen
auch in Laborbefunden) mindestens 50

schweren Grades
(häufige schwere Schübe mit Fieber, ausgeprägter
Infiltration der Weichteile, Eiterung und Sequester-
abstoßung, erhebliche Aktivitätszeichen
in den Laborbefunden) mindestens 70

Eine wesentliche Besserung wegen Beruhigung des Prozesses kann erst angenommen werden, wenn nach einem Leidensverlauf von mehreren Jahren seit wenigstens zwei Jahren – nach jahrzehntelangem Verlauf seit fünf Jahren – keine Fistel mehr bestanden hat und auch aus den weiteren Befunden (einschl. Röntgenbildern und Laborbefunden) keine Aktivitätszeichen mehr erkennbar gewesen sind. Dabei ist in der Regel der GdB/MdE-Grad nur um 20 bis 30 Punkte niedriger einzuschätzen und zwei bis vier Jahre lang noch eine weitere Heilungsbewährung abzuwarten, bis der

GdB/MdE-Grad nur noch von dem verbliebenen Schaden bestimmt wird.

Muskelkrankheiten

Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist von folgenden Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen:

Muskelschwäche

mit geringen Auswirkungen (vorzeitige Ermüdung,
gebrauchsabhängige Unsicherheiten) 20–40

mit mittelgradigen Auswirkungen (zunehmende
Gelenkkontrakturen und Deformitäten, Aufrichten
aus dem Liegen nicht mehr möglich, Unmöglichkeit
des Treppensteigens) 50–80

mit schweren Auswirkungen (bis zur Geh- und Steh-
fähigkeit und Gebrauchsunfähigkeit der Arme) 90–100

Zusätzlich sind bei einzelnen Muskelkrankheiten Auswirkungen auf innere Organe (z. B. Einschränkung der Lungenfunktion und/oder der Herzleistung durch Brustkorbdeformierung) oder Augenmuskel-, Schluck- oder Sprechstörungen (z. B. bei der Myasthenie) zu berücksichtigen.

Kleinwuchs

Körpergröße nach Abschluss des Wachstums
über 130 bis 140 cm 30–40

über 120 bis 130 cm 50

Bei 120 cm und darunter kommen entsprechend höhere Werte in Betracht.

Diese GdB/MdE-Werte sind auf harmonischen Körperbau bezogen.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind (z. B. bei Achondroplasie, bei Osteo-

genesis imperfecta) mit dem Kleinwuchs verbundene Störungen wie

- mangelhafte Körperproportionen,
- Verbildungen der Gliedmaßen,
- Störungen der Gelenkfunktionen, Muskelfunktionen und Statik,
- neurologische Störungen,
- Einschränkungen der Sinnesorgane,
- endokrine Ausfälle und
- außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18, Absatz 8, Seite 117).

Großwuchs

Großwuchs allein rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades. Auf psychoreaktive Störungen ist besonders zu achten.

Wirbelsäulenschäden

Der GdB/MdE-Grad bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschl. Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und sog. Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte.

Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte Wirbelsäulensyndrome (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten.

Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung.

Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome)	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome)	30
mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten	30–40
mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb])	50–70
bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit	80–100

Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallserscheinungen – oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose – sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z. B. Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen (siehe Nummer 18 Absatz 8, Seite 117) können auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallserscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) GdB/MdE-Werte über 30 in Betracht kommen.

Das *neurogene* Hinken ist etwas günstiger als vergleichbare Einschränkungen des Gehvermögens bei arteriellen Verschlusskrankheiten zu bewerten.

Beckenschäden

ohne funktionelle Auswirkungen	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (z. B. stabiler Beckenring, degenerative Veränderungen der Kreuz-Darmbein-Gelenke)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen (z. B. instabiler Beckenring einschl. Sekundärarthrose)	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen und Deformierung	30–40

Neurologische, gynäkologische und urologische Funktionsbeeinträchtigungen sowie Hüftgelenksveränderungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Gliedmaßenschäden, Allgemeines

Der GdB/MdE-Grad bei *Gliedmaßenschäden* ergibt sich aus dem Vergleich mit den GdB/MdE-Werten für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann gelegentlich der Zustand ungünstiger sein als der Verlust.

Die aufgeführten GdB/MdE-Sätze für *Gliedmaßenverluste* gehen – soweit nichts anderes erwähnt ist – von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im Allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht.

Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel erleichtern bei Verlust und Funktionsstörung der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB/MdE-Grad eine Änderung erfährt.

Bei der GdB/MdE-Bewertung von *Pseudarthrosen* ist zu berücksichtigen, dass *straffe* Pseudarthrosen günstiger sind als *schlaffe*.

Bei *habituellen Luxationen* richtet sich die Höhe des GdB/MdE-Grades außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Bei **Endoprothesen** der Gelenke ist der GdB/MdE-Grad abhängig von der verbliebenen Bewegungseinschränkung und Belastbarkeit. Folgende Mindest-GdB/MdE-Sätze sind angemessen:

Hüftgelenk	
einseitig	20
beidseitig	40
Kniegelenk	
einseitig	30
beidseitig	50

Endoprothesen anderer großer Gelenke sind entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten.

Aseptische Nekrosen

Hüftkopfnekrosen (z. B. Perthes-Krankheit) während der notwendigen Entlastung 70

Lunatummalazie während der notwendigen Immobilisierung 30

Danach richtet sich der GdB/MdE-Grad jeweils nach der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigung.

Schäden der oberen Gliedmaßen

Verlust beider Arme oder Hände 100

Verlust eines Armes und Beines 100

Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf 80

Unter einem sehr kurzen Oberarmstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funktionseinbuße wie der Verlust des Armes im Schultergelenk bedingt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Collum chirurgicum liegt.

Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk 70

Verlust eines Armes im Unterarm 50

Verlust eines Armes im Unterarm mit einer Stumpflänge bis 7 cm 60

Verlust der ganzen Hand 50

Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung
bei gut beweglichem Schultergürtel 30

Eine Versteifung im Schultergelenk in einem Abspreizwinkel um ca. 45° und leichter Vorhalte gilt als funktionell günstig.

Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung
oder bei gestörter Beweglichkeit des Schultergürtels 40–50

Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel)

Arm nur um 120° zu erheben, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit 10

Arm nur um 90° zu erheben, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit 20

Instabilität des Schultergelenks

geringen Grades, auch seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr) 10

mittleren Grades, auch häufigere Ausrenkung 20–30

schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch ständige Ausrenkung 40

Schlüsselbeinpseudarthrose

straff 0–10

schlaff 20

Verkürzung des Armes bis zu 4 cm bei freier Beweglichkeit der großen Armgelenke 0

Oberarmpseudarthrose	
straff	20
schlaff	40
Riss der langen Bizepssehne	0–10
Versteifung des Ellenbogengelenks einschließlich Aufhebung der Unterarmdrehbewegung	
in günstiger Stellung	30
in ungünstiger Stellung	40–50
Versteifung in einem Winkel zwischen 80° und 100° (Neutral-Null-Methode) bei mittlerer Pronationsstellung des Unterarms ist als günstige Gebrauchsstellung aufzufassen.	
Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk	
geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0–30–120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit)	0–10
stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit)	20–30
Isolierte Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit	
in günstiger Stellung (mittlere Pronationsstellung)	10
in ungünstiger Stellung	20
in extremer Supinationsstellung	30
Ellenbogen-Schlottergelenk	40

Unterarmpseudarthrose	
straff	20
schlaff	40
Pseudarthrose der Elle oder Speiche	10–20
Versteifung des Handgelenks	
in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension)	20
in ungünstiger Stellung	30
Bewegungseinschränkung des Handgelenks	
geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30–0–40)	0–10
stärkeren Grades	20–30
mit Deformierung oder nicht verheilte Brüche oder Luxationen der Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhandknochen mit sekundärer Funktionsbeeinträchtigung	10–30
Versteifung eines Daumengelenks in günstiger Stellung	0–10
Versteifung beider Daumengelenke und des Mittelhand-Handwurzelgelenks in günstiger Stellung	20
Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung)	0–10
Versteifungen der Finger in Streck- oder starker Beugestellung sind oft störender als ein glatter Verlust.	
Verlust des Daumenendgliedes	0

Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes	10
Verlust eines Daumens	25
Verlust beider Daumen	40
Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen	30
Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens	10
Verlust von zwei Fingern	
mit Einschluss des Daumens	30
II + III, II + IV	30
sonst	25
Verlust von drei Fingern	
mit Einschluss des Daumens	40
II + III + IV	40
sonst	30
Verlust von vier Fingern	
mit Einschluss des Daumens	50
sonst	40
Verlust der Finger II bis V an beiden Händen	80
Verlust aller fünf Finger einer Hand	50
Verlust aller zehn Finger	100

Obige Sätze gelten für den Gesamtverlust der Finger bei reizlosen Stumpfverhältnissen. Bei Verlust einzelner Fingerglieder sind sie herabzusetzen, bei schlechten Stumpfverhältnissen zu erhöhen.

Fingerstümpfe im Mittel- und Endgelenk können schmerzhafte Narbenbildung und ungünstige Weichteildeckung zeigen. Empfindungsstörungen an den Fingern, besonders an Daumen und Zeigefinger, können die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen.

Nervenausfälle (vollständig)

Armplexus	80
oberer Armplexus	50
unterer Armplexus	60
N. axillaris	30
N. thoracicus longus	20
N. musculocutaneus	20
N. radialis	
ganzer Nerv	30
mittlerer Bereich oder distal	20
N. ulnaris	
proximal oder distal	30
N. medianus	
proximal	40
distal	30

Nn. radialis und axillaris	50
Nn. radialis und ulnaris	50
Nn. radialis und medianus	50
Nn. ulnaris und medianus	50
Nn. radialis, ulnaris und medianus im Vorderarmbereich	60

Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen; Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.

Schäden der unteren Gliedmaßen

Verlust beider Beine im Oberschenkel	100
Verlust eines Beines im Oberschenkel und eines Beines im Unterschenkel	100
Verlust eines Beines und Armes	100
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf	80
Verlust eines Beines im Oberschenkel (einschl. Absetzung nach Gritti)	70

Unter einem sehr kurzen Oberschenkelstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funktionseinbuße wie der Verlust des Beines im Hüftgelenk bedingt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Trochanter minor liegt.

Notwendigkeit der Entlastung des ganzen Beines (z. B. Sitzbeinabstützung)	70
---	----

Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	50
--	----

Notwendigkeit der Entlastung eines Unterschenkels (z. B. Schienbeinkopfabstützung)	50
--	----

Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	60
--	----

Verlust beider Beine im Unterschenkel	80
---------------------------------------	----

bei einseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen	90
---	----

bei beidseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen	100
--	-----

Teilverlust eines Fußes, Absetzung

nach Pirogow	
einseitig, guter Stumpf	40
beidseitig	70

nach Chopart	
einseitig, guter Stumpf	30

einseitig, mit Fußfehlstellung	30–50
--------------------------------	-------

beidseitig	60
------------	----

nach Lisfranc oder im Bereich der Mittelfußknochen nach Sharp	
einseitig, guter Stumpf	30

einseitig, mit Fußfehlstellung	30–40
--------------------------------	-------

beidseitig	50
Verlust einer Zehe	0
Verlust einer Großzehe	10
Verlust einer Großzehe mit Verlust des Köpfchens des I. Mittelfußknochens	20
Verlust der Zehen II bis V oder I bis III	10
Verlust aller Zehen an einem Fuß	20
Verlust aller Zehen an beiden Füßen	30
Versteifung beider Hüftgelenke je nach Stellung	80–100
Versteifung eines Hüftgelenks	
in günstiger Stellung	40
in ungünstiger Stellung	50–60
Die Versteifung eines Hüftgelenks in leichter Abspreizstellung von ca. 10°, mittlerer Drehstellung und leichter Beugstellung gilt als günstig.	
Ungünstig sind Hüftgelenkversteifungen in stärkerer Adduktions-, Abduktions- oder Beugstellung.	
Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke	
geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis zu 0–10–90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)	
einseitig	10–20
beidseitig	20–30

mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung bis zu 0–30–90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)	30
einseitig	30
beidseitig	50
stärkeren Grades	
einseitig	40
beidseitig	60–100
Hüftdysplasie (einschl. sog. angeborene Hüftluxation) für die Dauer der vollständigen Immobilisierung	100
danach bis zum Abschluss der Spreizbehandlung	50
Anschließend und bei unbehandelten Fällen richtet sich der GdB/MdE-Grad nach der Instabilität und der Funktionsbeeinträchtigung.	
Hüftgelenksresektion je nach Funktionsstörung	50–80
Schnappende Hüfte	0–10
Beinverkürzung	
bis 2,5 cm	0
über 2,5 cm bis 4 cm	10
über 4 cm bis 6 cm	20
über 6 cm	wenigstens 30

Oberschenkelpseudarthrose	
straff	50
schlaff	70
Faszienlücke (Muskelhernie) am Oberschenkel	0–10
Versteifung beider Kniegelenke	80
Versteifung eines Kniegelenks	
in günstiger Stellung (Beugestellung von 10–15°)	30
in ungünstiger Stellung	40–60
Lockerung des Kniebandapparates	
muskulär kompensierbar	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit	20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung	30–50
Kniescheibenbruch	
nicht knöchern verheilt, ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates	10
nicht knöchern verheilt, mit Funktionseinschränkung des Streckapparates	20–40
Habituelle Kniescheibenverrenkung	
seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr)	0–10
häufiger	20

Bewegungseinschränkung im Kniegelenk	
geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0–0–90)	
einseitig	0–10
beidseitig	10–20
mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0–10–90)	
einseitig	20
beidseitig	40
stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0–30–90)	
einseitig	30
beidseitig	50
Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadien II–IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen	
einseitig	
ohne Bewegungseinschränkung	10–30
mit Bewegungseinschränkung	20–40
Schienbeinpseudarthrose	
straff	20–30
schlaff	40–50
Teilverlust oder Pseudarthrose des Wadenbeins	0–10
Versteifung des oberen Sprunggelenks	
in günstiger Stellung (Plantarflexion um 5° bis 15°)	20
Versteifung des unteren Sprunggelenks	
in günstiger Stellung (Mittelstellung)	10

Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung	30
in ungünstiger Stellung	40
Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk geringen Grades	0
mittleren Grades (Heben/Senken 0–0–30)	10
stärkeren Grades	20
Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk	0–10
Klumpfuß je nach Funktionsstörung einseitig	20–40
beidseitig	30–60
Andere Fußdeformitäten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk- Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch)	0
mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung geringen Grades	10
stärkeren Grades	20
Versteifung aller Zehen eines Fußes in günstiger Stellung	10
in ungünstiger Stellung	20

Versteifungen oder Verkrümmungen von Zehen außer der Großzehe	0
Versteifung der Großzehengelenke in günstiger Stellung	0–10
in ungünstiger Stellung (z. B. Plantarflexion im Grundgelenk über 10°)	20
Narben nach größeren Substanzverlusten an Ferse und Fußsohle mit geringer Funktionsbehinderung	10
mit starker Funktionsbehinderung	20–30
Nervenausfälle (vollständig) Plexus lumbosacralis	80
N. glutaesus superior	20
N. glutaesus inferior	20
N. cutaneus femoralis lat	10
N. femoralis	40
N. ischiadicus proximal	60
distal (Ausfall der Nn. peronaeus communis und tibialis)	50
N. peronaeus communis oder profundus	30
N. peronaeus superficialis	20
N. tibialis	30

Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen. Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.

Anlage D

Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines

80

Schwerbehindertenausweisverordnung

in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.07.1991 (BGBl. I S. 1739), geändert durch Artikel 6 Abs. 104 des Gesetzes vom 27.12.1993 (BGBl. I S. 2378, 2417), zuletzt geändert durch Artikel 56 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (BGBl. I S. 1131)

Anmerkung der Redaktion:

Die in der Verordnung genannten Anlagen sind an dieser Stelle nicht abgedruckt.

Erster Abschnitt

Ausweis für schwerbehinderte Menschen

§ 1 Gestaltung des Ausweises

(1) Der Ausweis im Sinne des § 69 Abs. 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und weitere gesundheitliche Merkmale, die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch oder nach anderen Vorschriften sind, wird nach dem in der Anlage zu dieser Verordnung abgedruckten Muster 1 ausgestellt. Der Ausweis ist mit einem fälschungssicheren Aufdruck in der Grundfarbe Grün versehen.

(2) Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch nehmen können, ist durch einen halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet.

(3) Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die zu einer der in § 151 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Gruppen gehören, ist nach § 2 zu kennzeichnen.

(4) Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit weiteren gesundheitlichen Merkmalen im Sinne des Absatzes 1 ist durch Merkzeichen nach § 3 zu kennzeichnen.

§ 2 Zugehörigkeit zu Sondergruppen

(1) Im Ausweis ist auf der Vorderseite unter dem Wort „Schwerbehindertenausweis“ die Bezeichnung „Kriegsbeschädigt“ einzutragen, wenn schwerbehinderte Menschen wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 vom Hundert Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz haben.

VB (2) Im Ausweis sind auf der Vorderseite folgende Merkzeichen einzutragen:

- wenn schwerbehinderte Menschen wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 vom Hundert Anspruch auf Versorgung nach anderen Bundesgesetzen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes haben oder wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen des Zusammentreffens mehrerer Ansprüche auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, nach Bundesgesetzen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes oder nach dem Bundesentschädigungsgesetz in ihrer Gesamtheit wenigstens 50 vom Hundert beträgt und nicht bereits die Bezeichnung nach Absatz 1 oder ein Merkzeichen nach Nummer 2 einzutragen ist,

- wenn schwerbehinderte Menschen wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 vom Hundert Entschädigung nach § 28 des Bundesentschädigungsgesetzes erhalten.

Beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Eintragung der Bezeichnung nach Absatz 1 und des Merkzeichens nach Satz 1 Nr. 2 ist die Bezeichnung „Kriegsbeschädigt“ einzutragen, es sei denn, der schwerbehinderte Mensch beantragt die Eintragung des Merkzeichens „EB“.

§ 3 Weitere Merkzeichen

- aG** (1) Im Ausweis sind auf der Rückseite folgende Merkzeichen einzutragen:
- wenn der schwerbehinderte Mensch außergewöhnlich gehbehindert im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 14 des Straßenverkehrsgesetzes oder entsprechender straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften ist,
 - wenn der schwerbehinderte Mensch hilflos im Sinne des § 33b des Einkommensteuergesetzes oder entsprechender Vorschriften ist,
 - wenn der schwerbehinderte Mensch blind im Sinne des § 76 Abs. 2a Nr. 3 des Bundessozialhilfegesetzes oder entsprechender Vorschriften ist,
 - wenn der schwerbehinderte Mensch gehörlos im Sinne des § 145 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ist,
 - wenn der schwerbehinderte Mensch die landesrechtlich festgelegten gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht erfüllt,
 - wenn der schwerbehinderte Mensch die im Verkehr mit Eisenbahnen tariflich festgelegten gesundheitlichen Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllt.

- 1.KI** (2) Im Ausweis mit orangefarbenem Flächenaufdruck sind folgende Eintragungen vorgedruckt:
1. auf der Vorderseite das Merkzeichen 7 und der Satz: „Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“,
 2. auf der Rückseite im ersten Feld das Merkzeichen 8. Ist nicht festgestellt, dass ständige Begleitung im Sinne des § 146 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch notwendig ist, ist die vorgedruckte Eintragung nach Nummer 1 zu löschen. Das Gleiche gilt für die vorgedruckte Eintragung nach Nummer 2, wenn bei einem schwerbehinderten Menschen nicht festgestellt ist, dass er in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt im Sinne des § 146 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechender Vorschriften ist.

§ 3a Beiblatt

(1) Zum Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch nehmen können, ist auf Antrag ein Beiblatt nach dem in der Anlage zu dieser Verordnung abgedruckten Muster 2 in der Grundfarbe Weiß auszustellen. Das Beiblatt ist Bestandteil des Ausweises und nur zusammen mit dem Ausweis gültig.

(2) Schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Antrag ein Beiblatt, das mit einer Wertmarke nach dem in der Anlage zu dieser Verordnung abgedruckten Muster 3 versehen ist. Auf die Wertmarke werden eingetragen das Jahr und der Monat, von dem an die Wertmarke gültig ist, sowie das Jahr und der Monat, in dem ihre Gültigkeit abläuft. Sofern in Fällen des § 145 Abs. 1 Satz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch der Antragsteller zum Gültigkeitsbeginn keine Angaben macht, wird der auf den Eingang des Antrages und die Entrichtung der Eigenbeteiligung folgende Monat auf

der Wertmarke eingetragen. Spätestens mit Ablauf der Gültigkeitsdauer der Wertmarke wird das Beiblatt ungültig.

(3) Schwerbehinderte Menschen, die an Stelle der unentgeltlichen Beförderung die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Antrag ein Beiblatt ohne Wertmarke. Bei Einräumung der Kraftfahrzeugsteuerermäßigung wird das Beiblatt mit einem Vermerk des zuständigen Finanzamtes versehen. Die Gültigkeitsdauer des Beiblattes entspricht der des Ausweises.

(4) Schwerbehinderte Menschen, die zunächst die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch genommen haben und stattdessen die unentgeltliche Beförderung in Anspruch nehmen wollen, haben das Beiblatt (Absatz 3) nach Löschung des Vermerks durch das Finanzamt bei Stellung des Antrags auf ein Beiblatt mit Wertmarke (Absatz 2) zurückzugeben. Entsprechendes gilt, wenn schwerbehinderte Menschen vor Ablauf der Gültigkeitsdauer der Wertmarke an Stelle der unentgeltlichen Beförderung die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch nehmen wollen. In diesem Fall ist das Datum der Rückgabe (Eingang beim Versorgungsamt) auf das Beiblatt nach Absatz 3 einzutragen.

(5) Bis zum 30.06.1991 ausgegebene Beiblätter und Wertmarken behalten ihre Gültigkeit.

§ 4 Sonstige Eintragungen

(1) Die Eintragung von Sondervermerken zum Nachweis von weiteren Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen, die schwerbehinderten Menschen nach landesrechtlichen Vorschriften zustehen, ist auf der Vorderseite des Ausweises zulässig.

• (2) Die Eintragung von Merkzeichen oder sonstigen Vermerken, die in dieser Verordnung (§§ 2, 3, § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 3) nicht vorgesehen sind, ist unzulässig.

§ 5 Lichtbild

(1) Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das 10. Lebensjahr vollendet haben, ist mit dem Lichtbild des Ausweisinhabers in der Größe eines Passbildes zu versehen. Das Lichtbild hat der Antragsteller beizubringen.

(2) Bei schwerbehinderten Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können, ist der Ausweis auf Antrag ohne Lichtbild auszustellen.

(3) In Ausweisen ohne Lichtbild ist in dem für das Lichtbild vorgesehenen Raum der Vermerk „Ohne Lichtbild gültig“ einzutragen.

§ 6 Gültigkeitsdauer

(1) Auf der Rückseite des Ausweises ist als Beginn der Gültigkeit des Ausweises einzutragen:

- 1. in den Fällen des § 69 Abs. 1 und 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch der Tag des Eingangs des Antrags auf Feststellung nach diesen Vorschriften,
- 2. in den Fällen des § 69 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch der Tag des Eingangs des Antrags auf Ausstellung des Ausweises nach § 69 Abs. 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

Ist auf Antrag des schwerbehinderten Menschen nach Glaubhaftmachung eines besonderen Interesses festgestellt worden, dass die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, ein anderer Grad der Behinderung oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, ist zusätzlich das Datum einzutragen, von dem ab die jeweiligen Voraussetzungen mit dem Ausweis nachgewiesen wer-

den können. Ist zu einem späteren Zeitpunkt in den Verhältnissen, die für die Feststellung und den Inhalt des Ausweises maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten, ist die Eintragung auf Grund der entsprechenden Neufeststellung zu berichtigen und zusätzlich das Datum einzutragen, von dem ab die jeweiligen Voraussetzungen mit dem Ausweis nachgewiesen werden können, sofern der Ausweis nicht einzuziehen ist.

(2) Die Gültigkeit des Ausweises ist für die Dauer von längstens 5 Jahren vom Monat der Ausstellung an zu befristen. In den Fällen, in denen eine Neufeststellung wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, nicht zu erwarten und gewährleistet ist, dass die für den Ausweisinhaber jeweils örtlich zuständige, in § 69 Abs. 5 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestimmte Behörde regelmäßig über die persönlichen Verhältnisse des Ausweisinhabers unterrichtet ist, kann die Gültigkeitsdauer des Ausweises auf längstens 15 Jahre vom Monat der Ausstellung an befristet werden.

(3) Für schwerbehinderte Menschen unter 10 Jahren ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis längstens zum Ende des Kalendermonats zu befristen, in dem das 10. Lebensjahr vollendet wird.

(4) Für schwerbehinderte Menschen im Alter zwischen 10 und 15 Jahren ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis längstens zum Ende des Kalendermonats zu befristen, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird.

(5) Bei nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen, deren Aufenthaltsgenehmigung, Aufenthaltsgestattung oder Arbeitserlaubnis befristet ist, ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises längstens bis zum Ablauf des Monats der Frist zu befristen.

(6) Die Gültigkeitsdauer des Ausweises kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Bei der Verlängerung eines nach Absatz 3 ausgestellten Ausweises über das 10. Lebensjahr des Ausweisinhabers hinaus, längstens

bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres, gilt § 5 Abs. 1.

(7) Der Kalendermonat und das Kalenderjahr, bis zu deren Ende der Ausweis gültig sein soll, sind auf der Vorderseite des Ausweises einzutragen.

§ 7 Verwaltungsverfahren

(1) Für die Ausstellung, Verlängerung, Berichtigung und Einziehung des Ausweises sind die für die Kriegsopferversorgung maßgebenden Verwaltungsverfahrensvorschriften entsprechend anzuwenden, soweit sich aus § 69 Abs. 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes ergibt.

(2) Zum Beiblatt mit Wertmarke (§ 3 a Abs. 1 und 2) ist ein von der Deutsche Bahn Aktiengesellschaft oder ihren Tochtergesellschaften aufgestelltes, für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Ausweisinhabers maßgebendes Streckenverzeichnis nach dem in der Anlage abgedruckten Muster 5 auszuhändigen. Das Streckenverzeichnis ist mit einem fälschungssicheren halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet.

Zweiter Abschnitt

Ausweis für sonstige Personen zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr

§ 8 Ausweis für sonstige freifahrtberechtigte Personen

(1) Der Ausweis für Personen im Sinne des Artikels 2 Abs. 1 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr vom 09.07.1979 (BGBl. I S. 989), soweit sie nicht schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind, wird nach dem in der Anlage zu dieser Verordnung abgedruckten Muster 4 ausgestellt. Der Ausweis ist mit einem fälschungssicheren Aufdruck in der Grundfarbe grün versehen und durch einen halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet. Zusammen mit dem Ausweis ist ein Beiblatt auszustellen, das mit einer Wertmarke nach dem in der Anlage zu dieser Verordnung abgedruckten Muster 3 versehen ist.

(2) Für die Ausstellung des Ausweises nach Absatz 1 gelten die Vorschriften des § 1 Abs 3, § 2, § 3 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2, § 4 Abs. 2, § 5 und § 6 Abs. 2, 3, 4, 6 und 7 sowie des § 7 entsprechend, soweit sich aus Artikel 2 Abs. 2 und 3 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr nichts Besonderes ergibt.

Dritter Abschnitt

Übergangsregelung

§ 9 Übergangsregelung

Ein Ausweis, der nach dem bis zum 30.06.2001 geltenden Recht ausgestellt worden ist, bleibt bis zum Ablauf seiner Gültigkeitsdauer gültig, es sei denn, er ist einzuziehen.

Ein Ausweis, der nach dem bis zum 30.06.2001 geltenden Recht ausgestellt worden ist, kann auf Antrag unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 6 verlängert werden.

In Muster 1 werden das Wort „Schwerbehinderter“ durch die Wörter „schwerbehinderter Mensch“, das Wort „Schwerbehinderten“ durch die Wörter „schwerbehinderten Menschen“ und das Wort „Schwerbehindertengesetz“ durch die Wörter „Neuntes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

In Muster 2 werden nach den Wörtern „Der Inhaber“ die Wörter „oder die Inhaberin“ eingefügt und die Angabe „(§ 59 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SchwbG)“ durch die Angabe „(§ 145 Abs. 1 Sätze 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

In Muster 4 werden nach dem Wort „Ausweisinhabers“ jeweils die Wörter „oder der Ausweisinhaberin“ und nach dem Wort „Ausweisinhaber“ die Wörter „oder die Ausweisinhaberin“ eingefügt, die Angabe „§ 61 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes“ durch die Angabe „§ 147 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ und die Angabe „§ 61 des Schwerbehindertengesetzes“ durch die Angabe „§ 147 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

- In Muster 5 werden nach dem Wort „Inhaber“ die Wörter „oder die Inhaberin“ eingefügt und die Angabe „§ 61 Abs. 1 Nr. 5 des Schwerbehindertengesetzes“ durch die Angabe „§ 147 Abs. 1 Nr. 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Anlage E

**Anschriftenverzeichnis
der Behörden für Versorgung und Soziales
im Land Sachsen-Anhalt**

Anlage F

Hausadresse

Landesverwaltungsamt
Versorgungsamt Halle
Maxim-Gorki-Straße 4–7
06114 Halle (Saale)

Postfachadresse

Postfach
06096 Halle (Saale)

Hausadresse

Landesverwaltungsamt
Versorgungsamt Magdeburg
Halberstädter Straße 39a
39112 Magdeburg

Postfachadresse

Postfach 1120
39001 Magdeburg

Anschriftenverzeichnis Integrationsamt im Land Sachsen-Anhalt

Hausadresse

Landesverwaltungsamt
des Landes Sachsen-Anhalt
Integrationsamt
Neustädter Passage 15
06122 Halle (Saale)

Postfachadresse

Postfach
06106 Halle (Saale)
Tel. (03 45) 69 12-0
Fax (03 45) 69 12-501

Hausadresse

Landesverwaltungsamt
des Landes Sachsen-Anhalt
Integrationsamt
Halberstädter Straße 39a
39112 Magdeburg

Tel. (03 91) 6 27 30 00
Fax (03 91) 6 27 33 60

