



Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

CBP-Stellungnahme zum

Entwurf einer Sechsten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Berlin, den 25. September 2018

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,

Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin

Tel. 030 – 284 447-822, Fax 030 – 284 447-282

cbp@caritas.de – www.cbp.caritas.de

Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben, eine der größten Interessenvertretungen der gemeinnützigen Anbieter der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP tragen die Verantwortung für über 90.000 Mitarbeitende und unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund nimmt der CBP wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Die Überarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze erfolgt im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK).

Der CBP begrüßt

- die Aufnahme von Störungen des psychischen Befindens und Berücksichtigung von Schmerzen im Teil A und
- die Aufnahme von neuen Kapiteln über Sehfunktionen, Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems und der muskuloskeletalen Funktionen im Teil B.

Der CBP fordert

- die Mitgliedschaft von Menschen mit Behinderung im Sachverständigenbeirat nach § 3 VersMedVO,
- das pauschalierte und typisierende Bewertungssystem in Teil A umfassend zu prüfen und mit Ausnahmetatbeständen für die Härtefälle zu ergänzen,
- die Entfernung der neuen Befristung der Bewilligung des GdB und die Ermittlung von Kriterien zu einer möglichen GdB-Überprüfung,
- die barrierefreie Gestaltung sämtlicher Informationen in der Versorgungsmedizin und insbesondere die in der Änderung geregelten Inhalte,
- Verpflichtung zur Barrierefreiheit von allen Versorgungsämtern und
- die Aufnahme von psychischen Störungen im Teil B.

I. Zu den Vorschriften im Einzelnen:

§ 3 VersMedVO Beirat

Art. 4 Abs. 3 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) normiert die Partizipation und die Beteiligung von Menschen mit Behinderung in allen sie betreffenden Angelegenheiten. Die bisherige Beteiligung der Menschen mit Behinderung in der Versorgungsmedizin-Verordnung beschränkt sich auf das „Mitberatungsrecht“, das in § 3 Abs. 6 VersMedVO¹ geregelt ist.

Der Partizipationsgrundsatz aus Art. 4 Abs. 3 BRK gebietet jedoch die volle wirksame und gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit Behinderung. Diese Voraussetzungen erfüllt das sog. „Mitberatungsrecht“ nicht. Aus diesem Grunde ist die Öffnung des Beirates für Menschen mit Behinderung erforderlich, damit Menschen mit Behinderung volles Beratungs- und Beschlussrecht haben. Menschen mit Behinderung haben vielfältige Fachkenntnisse in allen Angelegenheiten der Teilhabe und Folgen der Behinderung, die gerade bei der Berücksichtigung des bio-psychosozialen Modells nach einem ICF orientierten Behinderungsbegriffs von großer Bedeutung sind.

¹ „(6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen und Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht auf Bundesebene erhalten ein Mitberatungsrecht im Beirat.“

Vorschlag:

Durch die Änderung des § 3 Abs. 1 und 2 VersMedVO wird die Möglichkeit der Mitgliedschaft von Menschen mit Behinderung im Sachverständigenbeirat eröffnet, in dem Vertreter/innen von Behindertenverbänden drei Plätze innerhalb des Beirates erhalten.

§ 2 Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“

Teil 1

1 Grundlagen

Bemessung des GdB – Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen bei guter Versorgungsqualität

Nach Teil A-1 wird das Prinzip der Bemessung des GdB niedergelegt, dass der GdB sich aus der Teilhabebeeinträchtigung ergibt, die sich „unter Einsatz von Hilfsmitteln und allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens“ ergibt. Es wird ausgeführt, dass „eine standardisierte Umwelt (sog. Standardumwelt) zu Grunde gelegt wird, also eine „fiktive Umwelt“. Ferner wird die Teilhabebeeinträchtigung „vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards“ beurteilt. „Als Vergleich dient die Leistungsfähigkeit eines Menschen ohne vergleichbares Gesundheitsproblem (Bevölkerungsnorm).“

Bereits diese Formulierungen weisen darauf hin, dass eine abstrakte Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung erfolgt und die individuellen Einschränkungen keine Berücksichtigung finden. Es ist nicht bekannt, wie die abstrakten Kriterien der sog. Standardumwelt festgelegt werden. Dieser abstrakte Maßstab der Bemessung der Teilhabebeeinträchtigung wird durch die Berücksichtigung des Einsatzes von Hilfsmitteln und allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens bei guter Versorgungsqualität vorausgesetzt.

Die abstrakte Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung unter Einsatz jeglicher Hilfsmittel und allgemeiner Gegenständen (unabhängig deren individueller Verfügbarkeit und Einsetzbarkeit) ist aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung und unseres Verbandes bedenklich. Der Einsatz von Hilfsmitteln bietet häufig keinen vollen Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigung. Ein Rollstuhlfahrer kann sich bewegen, dennoch wird er weiterhin vielen Barrieren im Alltag begegnen. Gerade bei technischen Hilfsmitteln und der Nutzung von sogenannten AAL-Systemen (AAL = Ambient Assisting Living) muss die individuelle Perspektive und tatsächliche Lebenssituation zwingend vorab ermittelt werden.

Bei der Einbeziehung der Kontextfaktoren nach ICF (ICF = International Classification of Functioning) ist es sinnvoll zu überlegen, wie und in welchem Umfang z.B. die personenbezogenen Kontextfaktoren Berücksichtigung finden.

Die abstrakte Betrachtung der Teilhabebeeinträchtigung ist vor dem Hintergrund der Einbeziehung der ICF zu überprüfen. Es muss sichergestellt werden, dass durch die Einbeziehung von individuellen Faktoren auch eine Erhöhung des GdB möglich ist und eine Einzelfallprüfung geboten ist.

Vorschlag:

In Teil A muss das pauschalierte und typisierende Bewertungssystem umfassend nach personenzentrierten Kriterien und entsprechender Plausibilität überprüft werden und mit Ausnahmetatbeständen für Härtefälle ergänzt werden.

Teil A- 1 Ziff. 6 Verfahren – Befristung

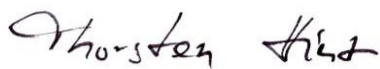
Nach Nr. 6.1. soll die Befristung der Bewilligung des GdB eingeführt werden. Die Befristung im Verwaltungsrecht ist zwar ein anerkanntes Instrument, allerdings unter Berücksichtigung des Alltags von Menschen mit lebenslanger Behinderung ist die Sinnhaftigkeit solcher Regelung fraglich, zumal

auch der Verwaltung zusätzliche Kosten, die mit der Überprüfung der Fristen und dem Erlass der nach Ablauf der Befristung neuer Bescheide erforderlich ist, entstehen würden. Die Befristung der Bescheide kann für die Betroffenen zu erheblichen Verschlechterungen zum jetzigen Recht führen. Durch das Konstrukt der Heilungsbewährung, die die verbleibende Teilhabebeeinträchtigung berücksichtigt, ist aus Sicht der Betroffenen keine Befristung erforderlich. Die Befristung von Bescheiden wird die Betroffenen in ihrer schon ohnehin schwierigen Lebenslage zusätzlich belasten. Eine Überprüfung des GdB macht dann Sinn, wenn es konkrete Anhaltspunkte der Veränderung gibt. Diese Anhaltspunkte müssten gemeinsam mit den Behindertenverbänden erarbeitet werden.

Vorschlag:

In Nr. 6.1. soll die Befristung gestrichen werden. Gemeinsam mit den Behindertenverbänden werden Anhaltspunkte bzw. Kriterien entwickelt, die Anlass für eine Überprüfung sein können.

Berlin, den 25. September 2018



i.V. Dr. Thorsten Hinz

Kontakt: CBP Geschäftsführer, Dr. Thorsten Hinz
Tel. 030 – 284 447-822, Fax 030 – 284 447-282
cbp@caritas.de oder janina.bessenich@caritas.de