

**Österreichische  
Arbeitsgemeinschaft für  
Rehabilitation (ÖAR)  
Dachorganisation der  
Behindertenverbände  
Österreichs**

**Dr. Christina Meierschitz • DW 119**

**E-Mail: [meierschitz.recht@oear.or.at](mailto:meierschitz.recht@oear.or.at)**

**Stellungnahme der  
Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR),  
Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs, zum  
Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Behinderteneinstellungsgesetz und das  
Bundesbehindertengesetz geändert werden sowie zum Entwurf einer  
Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und  
Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung  
des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung)  
GZ: BMASK-40101/0009-IV/9/2009**

Die ÖAR erlaubt sich, zu oben angeführtem Entwurf folgende Stellungnahme abzugeben:

Grundsätzlich ist anzuführen, dass die ÖAR den Willen zur Anpassung an medizinische und gesellschaftliche Fortschritte in der Behindertenpolitik sehr begrüßt. Die Aktualisierung der aus dem Jahr 1965 stammenden Richtsatzverordnung, die bisher für die Beurteilung des Grades einer Behinderung herangezogen wurde, ist längst überfällig, da diese seit langem nicht mehr den realen Gegebenheiten entspricht.

Die Neuordnung dieser Gesetzesmaterien ist für Menschen mit Behinderungen von großer Tragweite und hat daher mit größtmöglicher Einbeziehung der betroffenen Personengruppe bzw. deren vertretenden Organisationen zu erfolgen, da die rechtlichen (Kündigungsschutz) und finanziellen Auswirkungen für Menschen mit Behinderungen von enormer Wichtigkeit sein werden.

Vorerst erlaubt sich die ÖAR, auf einige allgemeine Punkte hinzuweisen:

Es ist wesentlich, dass die Sensibilisierung für die Anliegen der von uns vertretenen Personen bereits im Sprachgebrauch beginnt. Diskriminierender Sprachgebrauch bezieht sich auf Bezeichnungen, die eine gesellschaftliche Gruppierung auf bestimmte Merkmale festlegen, die auf Vorurteilen beruhen. Es macht einen feinen semantischen Unterschied, ob man von „Behinderten“ spricht oder von „Menschen mit Behinderungen“. Die ÖAR ersucht daher, in allen Normen, so auch im Bundesbehindertengesetz und im Behinderteneinstellungsgesetz die Bezeichnung „Behinderte“ durch „Menschen mit Behinderungen“ zu ersetzen.

Ebenso ersucht die ÖAR, den Begriff „Teilhabe“ statt „Teilnahme“ durchgängig zu verwenden, da dieser den Aspekt des tatsächlichen Dabeiseins (Teilnahme) sowie die rechtliche Einbeziehung und die Einbeziehung in funktionale Abläufe einschließt.

Tatsächlich hat ein Umdenkprozess, ein Paradigmenwechsel, weg vom hilfebedürftigen Objekt, welches durch physische und psychische Mängel die Notwendigkeiten erzeugt, mehr oder weniger umsorgt zu werden (medizinisches Modell), hin zum selbstbestimmten Rechtssubjekt (soziales Modell) begonnen.

Nicht zuletzt wird diese Forderung durch die jüngste UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ als Maßstab festgelegt und Österreich hat sich durch die Ratifizierung dieser Konvention ab diesem Zeitpunkt dazu verpflichtet, deren Grundsätze in allen Maßnahmen, Normen und Programmen zu berücksichtigen und in diese einfließen zu lassen.

Daher sind alle Gesetze und Verordnungen auch auf die Übereinstimmung und Kompatibilität mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu überprüfen.

## Behinderteneinstellungsgesetz

### Ad § 14 Abs. 2 erster Satz:

§ 14 Abs. 2 bestimmt, dass das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen unter Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen den Grad der Behinderung nach den Bestimmungen der Einschätzungsverordnung einzuschätzen hat.

Es ist anzumerken, dass die Festlegung des Grades der Behinderung eine Rechtsfrage ist und daher nicht, entgegen der bisherigen oftmals angewendeten Praxis von einem Sachverständigen zu beantworten ist, sondern dieser ist ausschließlich von dem Entscheidungsträger des Bundessozialamtes unter **Heranziehung** von Sachverständigengutachten einzuschätzen.

Auch die Erläuterungen zur Einschätzungsverordnung besagen, dass die Anlage zur Einschätzungsverordnung zum Großteil von Ärztinnen und Ärzten erstellt wurde. So haben bei der Ausarbeitung der Einschätzungskriterien wissenschaftlich tätige Ärztinnen, Ärzte und erfahrene Gutachterärztinnen und Gutachterärzte mitgearbeitet.

Das bedeutet, dass für die Beurteilung des Grades der Behinderung weiterhin das **medizinische Modell** dominant ist.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen weist eindeutig auf die Verpflichtung der Mitgliedstaaten hin, einen Paradigmenwechsel vom „medizinischen“ zu einem **„sozialen Modell“** vorzunehmen.

Um der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen eher gerecht zu werden und ihr zu entsprechen, ist es unbedingt notwendig, zum bio-medizinischen Modells (ICD) zusätzlich das bio-psycho-soziale Modell (ICF) als Grundlage für die Einschätzung des GdB heranzuziehen, welches den Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung

zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auffasst. Laut UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Da die Einschätzung des Grades der Behinderung im Rahmen des BEinstG vorgenommen wird, um den Unterstützungsbedarf eines Menschen mit Behinderungen bei der Eingliederung oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben festzustellen, ist es umso wichtiger, auch Umweltfaktoren bei der Beurteilung heranzuziehen.

Liegt der Beurteilung des Grades der Behinderung nur ein ärztliches Gutachten zugrunde, so kann davon ausgegangen werden, dass auch weiterhin ein „medizinisches Modell“ zum Tragen kommt. Es ist dringend erforderlich, multidisziplinäre bzw. multiprofessionelle Teams (Betreuungspersonen, Arbeitsmediziner, Sachverständiger aus dem Bereich der Berufskunde, Therapeuten usw.) zur Beurteilung heranzuziehen.

### **Ad § 27 Abs. 1:**

Die ÖAR begrüßt, dass mit der Einschätzungsverordnung nicht in bestehende Rechte eingegriffen werden soll. Dieser Grundsatz soll bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand nicht nur für Nachuntersuchungen, die von Amts wegen durchgeführt werden, gelten, sondern auch für die Fälle, in denen die Betroffenen einen Antrag auf Neufestsetzung des GdB stellen. Somit soll eine Herabstufung nur möglich sein, wenn es zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Beeinträchtigung gekommen ist.

Die im § 27 Abs. 1 2. Satz enthaltene Regelung, dass innerhalb der ersten 3 Jahre nach Inkrafttreten für Verfahren nach § 14, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens die Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigten Behinderten rechtskräftig festgestellt oder ein Behindertenpass nach § 40 BBG ausgestellt war, die Richtsatzverordnung nach dem KOVG weiterhin Anwendung findet, stellt einerseits in Verbindung mit § 27 Abs. 1 a einen Eingriff in bestehende Rechte für diejenigen dar, deren Grad der Behinderung bereits rechtskräftig festgestellt wurde, dieser jedoch unter 50 % liegt, und lässt andererseits einen Eingriff in bestehende Rechte nach Ablauf der 3 Jahre auch bei Personen ab 50 % GdB zu. Ein rechtskräftig festgestellter GdB soll jedoch jedenfalls – bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand – unberührt bleiben.

Die im Entwurf enthaltene 3-Jahres-Regelung benachteiligt überdies Personen mit einem rechtskräftig festgestellten GdB von zumindest 50 %, da sie während dieser Zeit gar nicht in den Genuss der Anwendung der neuen Einschätzungsverordnung kommen können, nach der sie möglicherweise einen höheren Grad der Behinderung erreichen könnten. Die neue Einschätzungsverordnung sollte für alle Verfahren, die nach Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung eingeleitet werden, zur Anwendung kommen, doch muss sichergestellt sein, dass ein bereits rechtskräftig festgestellter Grad der Behinderung bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand nicht berührt wird.

Bei Beibehaltung der im Entwurf enthaltenen Regelungen für Neufestsetzungsanträge wäre die Situation für behinderte Menschen in Wahrheit nur dahingehend beeinflussbar, dass sie – um mögliche Herabstufungen des Grades der Behinderung auf Grund der Anwendung der neuen Einschätzungsverordnung von vornherein zu vermeiden – grundsätzlich keine Anträge auf Neufestsetzung mehr stellen, im Fall der Personen mit rechtskräftig festgestelltem GdB von zumindest 50 % nach Ablauf der 3 Jahre nach Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung, was wohl nicht die Intention des Gesetzgebers sein kann. Der Betroffene muss darauf vertrauen können, dass er – sofern keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist – das behält, was er hat, nämlich seinen einmal bereits rechtskräftig festgestellten Grad der Behinderung.

Gefordert wird daher, den 2. Satz des § 27 Abs. 1 ersatzlos zu streichen.

### **Ad § 27 Abs. 1a neu**

wäre § 27 Abs. 1 a wie folgt zu formulieren:

„Ein rechtskräftig festgestellter Grad der Behinderung wird durch das In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxxx/xxxx nicht berührt. Im Falle eines Antrages auf Neufestsetzung des Grades der Behinderung und im Falle einer von Amts wegen durchgeführten Nachuntersuchung bleibt – bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand – der festgestellte Grad der Behinderung unberührt, sofern es nicht auf Grund der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung (BGBl. II Nr. xxxx/xxxx) zu einer höheren Einstufung kommt.“

## **Bundesbehindertengesetz und Einschätzungsverordnung:**

### **§ 1 Abs 2 neu BBG:**

#### **bzw. § 1 Einschätzungsverordnung:**

Die ÖAR hätte sich einen Behinderungsbegriff gewünscht, der weniger defizitorientiert ist und die sozialen Barrieren - also das "Behindertwerden" durch bauliche, kommunikative oder gesellschaftliche Barrieren – betont. Dieser Aspekt wird in der vorliegenden Definition völlig vernachlässigt. Der Zusammenhang zwischen einer Beeinträchtigung und der Wechselwirkung mit den verschiedenen in Umwelt und Gesellschaft vorhandenen Barrieren sollte jedenfalls im Bundesbehindertengesetz aber auch im Behinderteneinstellungsgesetz Berücksichtigung finden.

#### **Ad § 41 Abs. 1 zweiter Satz BBG:**

Es ist zur Einschätzung ein multidisziplinäres Team herangezogen werden (s.o.).

#### **Ad § 55 Abs. 4 und 5:**

Auf die Anmerkungen zu § 27 Abs. 1 und 1 a BEinstG wird verwiesen.

§ 55 Abs. 4 wäre daher wie folgt zu formulieren:

„Ein rechtskräftig festgestellter Grad der Behinderung wird durch das In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxxx/xxxx nicht berührt. Im Falle eines

Antrages auf Neufestsetzung des Grades der Behinderung und im Falle einer von Amts wegen durchgeführten Nachuntersuchung bleibt – bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand – der festgestellte Grad der Behinderung unberührt, sofern es nicht auf Grund der Bestimmungen der Einschätzungsverordnung (BGBl. II Nr. xxxx/xxxx) zu einer höheren Einstufung kommt.“

Der 3. Satz des § 55 Abs. 5 wäre ersatzlos zu streichen.

## **Einschätzungsverordnung**

### **Ad § 3 (1):**

Festzuhalten ist, dass sich die Gesamteinschätzung schon bisher als sehr schwierig erwiesen hat. Nach der bisherigen Praxis werden geringfügige Leiden mit 20 vH häufig relativ hoch eingeschätzt. Die Gesamteinschätzung erfolgt in der Regel - offensichtlich in korrigierender Absicht - sehr restriktiv und ist dadurch insbesondere auch für die Betroffenen nicht nachvollziehbar. Dieses Problem scheint durch die Einschätzungsverordnung nicht gelöst.

Für die Regelung des Gesamtgrades der Behinderung wird vorgeschlagen, sich an der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes und der Anlage zu § 2 der deutschen Versorgungsmedizin-Verordnung zu orientieren. Nach der ständigen Rechtssprechung des Verwaltungsgerichtshofes ist die Gesamt-Einschätzung nach § 7 KOVG nicht aus der Summe der einzelnen MdE mit einem gewissen Abzug zu erstellen und auch nicht von einer wechselseitigen Leidensbeeinflussung abhängig, sondern von einem Zusammenwirken aller „Dienstbeschädigungen“ in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit. Denn mehrere „Dienstbeschädigungen“ können, auch wenn sie sich nicht gegenseitig beeinflussen, in ihrer Gesamtheit auf die Erwerbsfähigkeit nachteiliger einwirken als eine „Dienstbeschädigung“ für sich allein. Gegenstand der Gesamteinschätzung ist daher die durch das Zusammenwirken mehrerer - wenn auch voneinander unabhängiger – „Dienstbeschädigungen“ bewirkte Beeinträchtigung der gesamten körperlichen und seelischen Beschaffenheit des „Geschädigten“ in Hinsicht auf das allgemeine Erwerbsleben (Stammrechtssatz VwGH vom 19.11.1997, Zl. 95/09/0232)

### **Ad § 3 (2):**

Nach Abs. 2 ist eine Erhöhung des Grades der Behinderung nur für den Fall einer „wechselseitigen Beeinflussung“ der funktionellen Einschränkungen vorgesehen. Dies entspricht nicht der derzeitigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes. Nach ständiger Rechtssprechung können sich mehrere Einschränkungen, auch wenn keine wechselseitige Beeinflussung gegeben ist, dennoch in ihrer Gesamtheit nachteiliger im Erwerbsleben auswirken als eine Einschränkung für sich allein.

Im Übrigen ist nicht klar – und geben auch die Erläuterungen keine Auskunft – inwiefern sich die beiden Fälle des Abs. 2 unterscheiden.

Weiters bedarf es einer Regelung/Festlegung, wie im Fall von Überschneidungen vorzugehen ist.

**Ad § 4 (1):**

Nachdem es in Zukunft im Sinne der Rechtssicherheit, Transparenz, Verfahrensökonomie und Entbürokratisierung wünschenswert erscheint, dass **eine** Begutachtung durch ein multidisziplinäres Team für die Erstellung und Gewährung eines umfassenden Unterstützungsangebotes dient, mit welchem die Teilhabe in der Gesellschaft gemäß den Bestimmungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gewährt werden kann, ist es unabdingbar, dass die Beurteilung nur im Rahmen eines sozialen Modells erfolgen kann. Jetzt wäre der Anfang dafür zu setzen. Dabei könnten die Begutachtungen nach den Pflegegeldgesetzen, dem FLAG, den Sozialversicherungsgesetzen usw. zusammengefasst werden

Auch im geltenden Regierungsübereinkommen ist dazu im Kapitel „Soziales und Gesundheit“ folgendes Ziel zu finden: „Verbesserung der Verfahrensqualität und des Schnittstellenmanagements in der Verwaltung“. In Niederösterreich und Wien läuft ein Pilotprojekt mit dem Titel „Gesundheitsstraße“, das eine neue, zentrale arbeitsmedizinische Begutachtungsstelle zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Personen vorsieht.

**Anlage zur Einschätzungsverordnung:**

Grundsätzlich weist die ÖAR darauf hin, dass aufgrund des, für diese wichtige Gesetzesmaterie, sehr kurzen Begutachtungszeitraumes eine intensivere Auseinandersetzung mit den einzelnen Punkten nicht möglich war und daher auch die Möglichkeit besteht, dass weitere Kritikpunkte, die in dieser Stellungnahme nicht erwähnt wurden, vorliegen können.

Es geht nicht klar hervor, ob es sich bei dieser Anlage um erläuternde Zusätze oder um Anordnungen handelt. Dies sollte unbedingt klargestellt werden.

Grundsätzlich wird angemerkt, dass in einer Reihe von Fällen, für Beeinträchtigung ca. 10 % weniger zuerkannt wird, als es unter der alten Richtsatzverordnung der Fall war. Weiters sei angemerkt, dass die Anlage eine Reihe von unbestimmten bzw. undefinierten Begriffen (gering, mäßig, schwer, maßgeblich, moderat usw.) enthält, sodass vorhersehbar ist, dass es zu Problemen im Zuge der administrativen Umsetzung kommen wird.

Unbestimmte Rechtsbegriffe wie „leichte Arbeit, mittelschwere Arbeit, sehr eingeschränkte Arbeitsfähigkeit“ müssen im Sinne der Rechtssicherheit konkretisiert werden.

Die tatsächlichen Auswirkungen der neuen Verordnung werden erst durch die Verwaltungs- und Rechtspraxis erkennbar sein. Aus diesem Grund ersucht die ÖAR, um regelmäßige Evaluierung der Entscheidungskriterien für die Verwaltungsbehörde unter intensiver Einbeziehung der Betroffenen und deren Organisationen im Sinne des Artikels 4 Abs. 3 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erstmals sollte eine solche Evaluierung nach einem Jahr erfolgen. Fehlentwicklungen und allenfalls durch neue Therapien geänderte Rahmenbedingungen sind laufend anzupassen.

### 01.01.03

Der Rahmensatz für die schweren Formen von Hauterkrankungen sollte, wie schon bisher gewährt, auf 100 % angehoben werden, da Hauterkrankungen, insbesondere wenn sie im Gesicht oder an exponierter Stelle in massiver Form auftreten, zu gravierenden Auswirkungen, auch auf das gesellschaftliche Leben und die damit verbundene Teilhabe, führen können.

### 02.01.04

Der Rahmensatz wird, anders als bisher bei schweren Funktionseinschränkungen, nur bis 80 % gewährt. Auch hier sollten 100 % erreicht werden können.

### 02.04.03

Schwere Beckenschäden konnten nach alter Rechtslage auch einen GdB über 50 % bewirken. Nach der Einschätzungsverordnung sind selbst bei schwersten Deformierungen nur mehr 40 % möglich. Hier kommt es zu gravierenden Veränderungen, da nicht mehr über 50 % GdB erreicht werden kann und somit der Betroffene auch nicht mehr zum Kreis der „begünstigten Behinderten“ zählen kann, die abgelehnt werden müssen.

### 02.05.41 – 02.05.54

Beim Verlust oder schwerer Funktionseinschränkung der Zehen fällt auf, dass im Vergleich zur vorherigen Richtlinie bedeutend weniger Prozente zuerkannt werden können (z.B. bei Verlust aller Zehen statt 60 % nur mehr 30 %). Dies ist nicht nachvollziehbar.

### 02.06.10

Das Gleiche gilt bei einer Oberarmpseudoarthrose schlaff, bei der nur mehr 20 % statt bisher 60 % für den Gebrauchsarm gewährt werden könnten.

### 03.01.

Es ist sicherzustellen, dass bei fehlender Sprache oder Artikulationsfähigkeit, die Untersuchung in Gebärdensprache oder anderen benötigten Kommunikationsformen erfolgt.

### 03.01.04, 03.07.03, 03.08.02

Die Zuordenbarkeit bestimmter Fakten als Maßstab für die Beurteilung des GdB wie z.B. der Bezug von Pflegegeld oder dem Vorhandensein eines Sachwalters erscheint besonders schwierig bei Menschen mit psychischen Behinderungen, da hier oftmals die Voraussetzungen für den Bezug von Pflegegeld vorliegen würden, manchmal jedoch von den Betroffenen mangels Krankheitseinsicht oder mangels ausreichender Motivation nicht beantragt wird.

Ähnlich problematisch wird das Erfordernis des Vorhandenseins eines Sachwalters gesehen. Wird die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen herangezogen, so ist anzumerken, dass vermehrt auf ein Unterstützersystem zurückgegriffen werden muss, das das System des Sachwalters hintanstellen soll. Auch mit der letzte Novelle des Sachwalterrechts wurde festgelegt, dass eine Sachwalterschaft nur dann in Anspruch genommen werden soll, wenn auch im nahen Umfeld keine passende Unterstützung gefunden

werden kann (z.B. Familie oder Betreuungspersonen). Daher ist davon auszugehen, dass das Instrument der Sachwalterschaft rückläufig sein wird.

Weiters geht aus der Anlage oftmals nicht hervor, ob bei den einzelnen Punkten alle genannten Kriterien vorliegen müssen oder nur einzelne bzw. auch nur das Vorliegen eines Kriteriums ausreicht.

#### 03.01.02, 03.01.03

Das Abstellen auf die Messung des IQ wird insofern als problematisch angesehen, als die Testparameter vorrangig Fähigkeiten fokussieren, die für den schulischen Erfolg wichtig sind (z. B. abstrakte Denkprozesse, Problemlösefähigkeit). Weniger berücksichtigt wird dagegen die Fähigkeit, nach funktionalen Gesichtspunkten zu klassifizieren. Daher ist eine individuelle Einzelfallbeschreibung im Rahmen einer systematischen Analyse der Mensch-Umwelt-Verhältnisse als zielführender anzusehen.

#### 03.01.04

Die Formulierung „anamnestisch kaum bildungsfähig“ ist abzulehnen, da jeder Mensch bildungsfähig ist und nach der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auch das Recht auf Bildung hat. Eine Stigmatisierung mit dieser Diagnose würde das Recht auf Bildung absprechen.

#### 03.02

Es werden Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache erfasst. Dabei ist offensichtlich, dass nur eine medizinische Sicht herangezogen wird (die Fähigkeit, verbal und akustisch mit der Umwelt kommunizieren zu können) und die Gebärdensprache außer acht gelassen wird. Dies widerspricht der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Die „Kommunikationsunfähigkeit“ wird mit dem Beispiel Landau-Kleffner-Syndrom gleichgesetzt. Dies betrifft jedoch nicht alle Fälle, da dem Österreichischen Gehörlosenbund ein hörendes Kind mit dieser Diagnose bekannt ist: Es ist zwar „stumm“, kann sich aber dank Gebärdensprache einwandfrei äußern.

Es wird auf einen Druckfehler in 03.02.03 hingewiesen: Es handelt sich um das Landau-Kleffner-Syndrom.

#### 03.05.01, 03.05.02, 03.06.02

Wird auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie als Voraussetzung der Zuerkennung verwiesen, so wird angemerkt, dass dies in der Mehrheit der Fälle auch eine Kostenfrage für die Betroffenen darstellt, da die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht oder nicht zur Gänze gesichert ist.

Auch ist die Möglichkeit zur Erlangung einer Psychotherapie nicht flächendeckend in Österreich gegeben (z.B. in ländlichen Regionen).



#### 04.02.03

Die Bulbärparalyse schweren Grades wird nunmehr mit 70 % statt mit 80 % bewertet und die schwerste Form, die einen GdB von 100 % aufweisen würde, wird nicht mehr anerkannt.

#### 04.03

Vorerst sei darauf hingewiesen, dass es zweifellos statt "Querschnittsyndrom" "Querschnittsyndrom" heißen sollte.

Das derzeit geltende Regelwerk nimmt Bezug auf die wesentlichen Merkmale, Ausprägungen und daraus resultierende Restfunktionen und berücksichtigt dabei Lähmungshöhe und das Ausmaß an Rollstuhlabhängigkeit.

Der vorgelegte Entwurfstext von 04.03 beschreibt primär inkomplette Formen von Querschnittläsion und unterschiedliche Ausprägungen von Restgefähigkeit, was auch aus den, in Klammer gesetzten Bezugnahmen auf einzusetzende Hilfsmittel (Gehstock, Rollator, etc.) ableitbar ist. Keinerlei Bezug genommen wird auf das Hilfsmittel Rollstuhl.

Derzeit wird im Text ausschließlich auf Einschränkungen der Mobilität Bezug genommen. Eine Bezugnahme auf, mit Querschnittläsionen einhergehende Darm- und Blasenlähmungen unterschiedlichen Ausmaßes und die sich daraus ergebende höhere Bemessung des GdB-Prozentsatzes ist dringend notwendig.

Zu präzisieren ist unbedingt, welche Bedeutung dem Begriff „Transfer“ zukommen soll. Dieser Begriff findet sich derzeit sowohl in der Rehabilitationsmedizin, als auch in den einschlägigen Hilfsmittelnormen im Zusammenhang mit dem Umstieg vom Bett oder einer Sitzgelegenheit auf einen Rollstuhl und vice versa.

Da mit dem vorliegenden Text von 04.03 nebst einer Verunsicherung der Rechts- und Entscheidungsträger auch mit einer Verschlechterung in der Zumessung des GdB für die zu begutachtenden Personen zu befürchten ist, ist diese Passage komplett neu zu formulieren. Dabei sollten auch gebräuchliche Begriffe der Rehabilitationsmedizin und der Normung, wie „Paraplegie“, „Tetraplegie“ unter Beifügung von „komplett“, bzw. „inkomplett“ in Verbindung mit den zum Einsatz kommenden Hilfsmitteln (div. Gehhilfen, Rollstuhl, etc.) Eingang finden.

#### 05.01

Es ist nicht nachvollziehbar, warum schwere Hypertonie nicht miterfasst wird und auch einen höheren Einschätzungsgrad erwirken kann.

#### 05.04

Auch für schwerste Nierenerkrankungen kann nur mehr eine Einstufung bis zu 80 % erreicht werden. Für schwere Erkrankungen sollten weiterhin 100 % erreicht werden können.

#### 06.06.03

Neben der I-Pension sind auch die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitspension zu erwähnen.

## 09.01

Schilddrüsenerkrankungen sollten auch in der neuen Einschätzungsverordnung selbständig Berücksichtigung finden und entsprechend eingestuft werden können.

## 12.02.

Besonders aus diesem Unterpunkt geht hervor, dass die Anlage auch als Orientierungshilfe für Mediziner gelten soll. Die ÖAR merkt hier noch einmal an, dass die Einschätzung des Grades der Behinderung ausschließlich eine Rechtsfrage ist!

Nähere Ausführungen sind in der Stellungnahme des Österreichischen Schwerhörigenbund aufgelistet.

## 12.03.02

Bei schweren Gleichgewichtsstörungen soll im Hinblick auf die Beeinträchtigung im Alltag auch eine Einstufung wie bisher bis 100 % möglich sein.

In weiteren Einzelheiten verweist die ÖAR auch auf die Stellungnahmen ihrer Mitgliedsorganisationen und auf die Stellungnahme des Monitorinausschusses.

Abschließend bleibt anzumerken, dass die geltende Richtsatzverordnung durch eine umfangreiche Judikatur des VwGH (über tausend Judikate) in den wesentlichen Punkten abschließend ausgelegt ist; für die neue Einschätzungsverordnung wird eine gesicherte Interpretation durch den VwGH erst nach Jahren zu erwarten sein. Die Frage bleibt offen, ob eine komplette Neuordnung der Richtsätze erforderlich ist, oder ob die in weiten Teilen brauchbare und ausjudizierte Richtsatzverordnung an die geänderten Fakten angepasst und „modernisiert“ werden sollte.

Jedenfalls regt die ÖAR dringend eine Überarbeitung der vorliegenden Gesetzesmaterie an. Dies muss mit intensiver Einbindung der Behindertenorganisationen, wie dies in Artikel 4 Abs. 3 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gefordert wird, erfolgen.

Wien, am 5.2.2010


**ÖSTERREICHISCHER SCHWERHÖRIGENBUND DACHVERBAND**

Sperrgasse 8-10/9, 1150 WIEN

 Tel: +43 676 844 361 320, Fax: +43 1 897 31 32, Email: [wien@oesb-dachverband.at](mailto:wien@oesb-dachverband.at)

Gasometergasse 4a, 9020 KLAGENFURT

 Tel: +43 463 310 380-5, Fax: +43 463 310 380-4; Email: [klagenfurt@oesb-dachverband.at](mailto:klagenfurt@oesb-dachverband.at)
[www.oesb-dachverband.at](http://www.oesb-dachverband.at) - ZVR: 869643720 (Vereinssitz Wien)

STELLUNGNAHME DES ÖSB – ÖSTERREICHISCHER SCHWERHÖRIGENBUND  
 DACHVERBAND  
 ZUR NEUFESTSETZUNG DES GRADES DER BEHINDERUNG GdB  
 (EINSCHÄTZUNGSVERORDNUNG)  
 BEZUGNEHMEND AUF HÖRBEHINDERUNG

© ÖSB 18.1.2010

*Fachliche Inputs für vorliegendes Statement von:*

- Fritz Zajicek / Hörgeräteakustiker GN Resound Wien
- Robert Fischer / Hörgeräteakustiker Meister, Hörstudio Fischer
- Walter Binder / Hörgeräteakustiker & Berufsgruppenobmann Wien sowie allgemein beideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger
- Dr. Adolf Erlach / HNO-Facharzt
- Mag. Dr. Manfred Koller / Präsident Tinnitus Liga Österreich
- Gerhard Senkyr / VOX-Schwerhörigenverband Präsident, 2. ÖSB-Vizepräsident, Hörgeräteakustiker
- Mag.a Brigitte Slamanig / ÖSB- & Forum besser HÖREN Präsidentin, schwerhörig
- Elisabeth Barina / VOX- & ÖSB-Teammitarbeiterin, schwerhörig

*Statement des ÖSB*

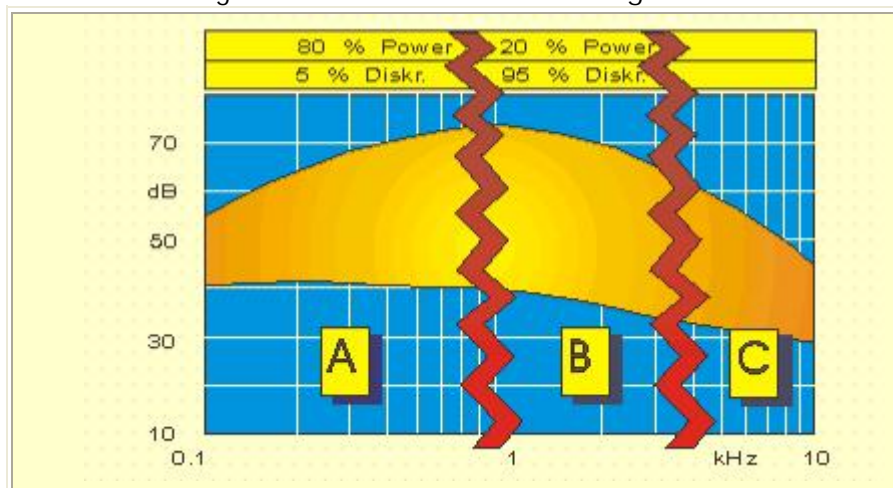
Der ÖSB als Interessensvertretung schwerhöriger Menschen in Österreich darf folgende Stellungnahme betreffend des Entwurfes der Anlage zur Einschätzungsverordnung vom 07.10.2009 zur Kenntnis bringen.

Die Anmerkungen beziehen sich auf den Punkt 12.02 Hörorgan und konkret auf den Unterpunkt 12.02.01 Einschränkungen des Hörvermögens in der Anlage.

1. Aus der gesamten Anlage geht nicht hervor welche Prozentsätze beschrieben werden. Lediglich die Überschrift zur Tabelle auf Seite 83 nimmt einmal Bezug auf die Ermittlung des GdB.
2. Im Entwurf des Verordnungstextes wird der Grad der Behinderung beschrieben. Daraus ist anzunehmen, daß auch alle Prozentsätze in der Anlage als % GdB anzusehen sind. Im alten Anhang IV – Richtsätze wird der Grad der Behinderung als Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit MdE in Hundertsätzen angegeben.  
Es bleibt zu klären ob nach österreichischem Sozialversicherungsrecht die Begriffe GdB in % und MdE gleichbedeutend sind.
3. Zu Seite 82: der Text im Unterpunkt 12.02.01 beginnt mit dem Absatz 1 „Die Prüfung des Hörvermögens ist ohne Hörhilfe am besser hörenden Ohr durchzuführen“. Für die Ermittlung des GdB bzw. der MdE ist aber der Hörverlust in % für beide Ohren heranzuziehen. Folglich müßte dieser Satz heißen: „Die Prüfung des Hörvermögens ist auf beiden Ohren ohne Hörhilfen durchzuführen.“ Aus rein audiologischer Sicht könnte dem angefügt werden: „Bei der Prüfung ist mit dem besser hörenden Ohr zu beginnen.“ Dies ist aber jedem, der sich mit Audiometrie beschäftigt ohnehin klar.

4. Zu Seite 82, Abs. 2: hier wird von einer „ ... groben Prüfung der Hörweite ... und ... orientierender Tabelle für Allgemeinmediziner ... “ geschrieben. In einer Verordnung im Jahr 2010 sollte eine fachärztliche Beurteilung bevorzugt werden!
5. Zu Seite 82: die Einschätzung für Kinder sollte in einem eigenen Abschnitt dargestellt werden.
6. Ergänzend dazu sollte daran anschließend erwähnt werden, dass Jugendliche von 15-17 Jahre und Erwachsene von 18-65 Jahren unter „erwerbsfähig“ zusammengefaßt sind. Dies zum besseren Verständnis, da der Begriff „Jugendliche“ normalerweise bis 17 Jahre verwendet wird.
7. Zu Seite 83: die Tabelle Ermittlung des GdB ist aus Feldmann übernommen und heißt dort „Tabelle 6.6 Tabelle zur Ermittlung der MdE aus den Schwerhörigkeitsgraden beider Ohren“. Auch hier wieder die Frage: Ist GdB gleichbedeutend mit MdE? => Siehe Pkt. 2.
8. Zu Seite 83: Vom logischen Standpunkt aus hat der Facharzt, also der HNO-Arzt an erster Stelle der Auflistung zu stehen. Allgemeinmediziner haben weder die entsprechenden medizinischen Prüfgeräte noch eine Befugnis Hörgeräte zu verordnen und sollten ergo dessen als Prüforgan nicht an erster Stelle stehen. Die „Orientierende Tabelle für Allgemeinmediziner“ sollte daher nach hinten gestellt werden. => siehe Pkt. 4. Prinzipiell ist das Anführen von Allgemeinmedizinern in diesem Zusammenhang für uns nicht nachvollziehbar. Gibt es dafür eine Erklärung?
9. Bei der „Orientierenden Tabelle für Allgemeinmediziner“ sollte unserer Auffassung nach der Frequenzbereich bis 4000 Hertz (anstatt nur bis 2000 Hertz) für die Sprachbereichsabbildung herangezogen werden. Der Frequenzbereich zwischen 1000 Hertz und 4000 Hz bringt einen Beitrag zur Sprachverständlichkeit von etwa 95% (siehe Artikulationsindex AI).

Der Artikulationsindex stellt dar, dass etwa 95% der Sprachverständlichkeit durch Frequenzen zwischen 1 kHz und 4 kHz gebildet werden! Hören ist nicht gleich Verstehen!



Die Sprache hat einen komplexen Aufbau. Der größte Energieanteil liegt im Bereich A. Nahezu 80% der Energie liegt in diesem Bereich, jedoch trägt dieser Bereich nur zu 5% zur Sprachverständlichkeit bei. Aufgrund seines hohen Energieanteils ist dieser Bereich entscheidend für die Empfindung der Lautheit der Sprache. Die Lautstärke wird nach dem Pegel der spektralen Anteile dieses Bereichs beurteilt.

**Der wichtigste spektrale Bereich ist der Bereich B.** Die in diesem Bereich liegenden Beiträge zur Sprachverständlichkeit betragen 95%, der Energieanteil beträgt jedoch nur 20%. Der Bereich B bestimmt daher die Verständlichkeit der Sprache.

Die Energieanteile und Beiträge zur Sprachverständlichkeit des Bereiches C sind vernachlässigbar. Trotzdem ist dieser Bereich wichtig, den das Verhältnis A/C bestimmt wesentlich den Klang der Sprache.

10. Zu Seite 84: die Tabelle A ist aus Feldmann übernommen und heißt dort „Tabelle 6.1 nach Boenninghaus u. Röser (1973) zur Ermittlung des prozentualen Hörverlusts aus den Werten der sprachaudiometrischen Untersuchungen“.
  11. Zu Seite 85: die Tabelle B ist aus Feldmann übernommen und heißt dort „Tabelle 6.4 nach Röser (1973) zur Ermittlung des prozentualen Hörverlusts aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörkurve. ...“. In dieser Tabelle fehlt die Erklärung „Der prozentuale Hörverlust ergibt sich aus der Addition der vier Teilkomponenten“.
  12. Zu Seite 86: die Tabelle C ist aus Feldmann übernommen und heißt dort „Tabelle 6.5 nach Röser (1980) zur Ermittlung des prozentualen Hörverlusts aus dem Tonaudiogramm, besonders bei Lärmschwerhörigkeit“.
11. Prinzipiell merken wir an, dass im Bereich einseitiger Hörbehinderungen auf den Aspekt der Orientierungsbehinderung zu wenig Rücksicht genommen wird, was ein wichtiges Kriterium zur Gesamtbewertung einer Hörbehinderung darstellt.
12. Die neue Regelung für die Ermittlung des Grades der Behinderung bei „Tinnitus“ in der aktuellen Vorlage ist zufriedenstellend.

Zusammenfassend: viele Tabellen sind aus „Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes“, Harald Feldmann, Thieme Verlag, letzte und somit aktuelle Auflage 2006, übernommen. Dort ist auch die Ermittlung des prozentualen Hörverlusts anhand oben genannter bzw. weiterer Tabellen ausführlich beschrieben. Die Tabellen dürften auf Grund differierender Bezeichnung und Darstellung aus einer früheren Auflage von Feldmann kopiert worden sein.

Ansprechperson bei Rückfragen für den ÖSB ist Herr Gerhard SENKYR, 2. ÖSB-Vizepräsident unter der Mobiltelefonnummer 0676/844 361 310, Email ÖSB-Büro Wien: [wien@oesb-dachverband.at](mailto:wien@oesb-dachverband.at)

#### ZUSATZINFO:

Die hier nachfolgend angefügten Datentabellen sind eine geringfügig ergänzte und abgeänderte Version des vorliegenden Entwurfes, der die fachärztliche Beurteilung in den Vordergrund stellt und nach dem Ablauf methodisch aufgebaut zum GdB führt und unserer Auffassung nach dadurch verständlicher dargestellt erscheint:

## **ÖSB-Korrekturvorschlag für die Reihenfolge und Adaption der Erklärung der Tabellen:**

### **12.02 Hörorgan**

<b>12.02. 01</b>	<b>Einschränkungen des Hörvermögens</b>	<b>nach Tabelle</b>
<p><i>Die Prüfung des Hörvermögens ist auf beiden Ohren ohne Hörhilfen durchzuführen. Bei der Prüfung ist mit dem besser hörenden Ohr zu beginnen.</i></p> <p><i>Bei der fachärztlichen Beurteilung ist der prozentuelle Hörverlust (beiliegenden Tabellen) aus den Ergebnissen des Tonschwellenaudiogramms (Tabellen B oder C) bzw. Sprachaudiogramms (Tabelle A) für die Beurteilung heranzuziehen.</i></p> <p><i>Steht keine fachärztliche Beurteilung zur Verfügung, ist neben der groben Prüfung der Hörweite für Umgangssprache und der Einbeziehung vorliegender Audiogramme in die Beurteilung die Hörprüfung nach der orientierenden Tabelle für Allgemeinmediziner durchzuführen.</i></p> <p><i>Die Beurteilung des GdB erfolgt an Hand der ermittelten prozentualen Hörverluste beider Ohren mittels der Tabelle Ermittlung des GdB .</i></p> <p><i>Hörbedingte Sprachstörungen erhöhten den Wert um 10 % und bei Stummheit um 20 %.</i></p> <p><i>Bei Kindern und Jugendlichen gelten Werte laut Einschätzungsrichtlinie der Österreichischen HNO-Gesellschaft.</i></p>		

### **Einschätzungstabellen zur fachärztlichen Beurteilung:**

Ermittlung des prozentuellen Hörverlustes aus der sprachaudiometrischen Untersuchung  
– Tabelle A (Boeninghaus und Röser 1973)

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	100
	ab 20	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	100
	ab 35	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	95	100
	ab 50	80	80	80	80	80	80	80	80	80	90	95	100
	ab 75	70	70	70	70	70	70	70	70	80	90	95	100
	ab 100	60	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.

Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve – Tabelle B (Röser 1973)

**Tabelle B**

<b>Tonhörverlust</b>				
<b>dB</b>	<b>500 Hz</b>	<b>1000 Hz</b>	<b>2000 Hz</b>	<b>4000 Hz</b>
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

Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der 4 Teilkomponenten der Frequenzen 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz und 4000 Hz



Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit – Tabelle C (Röser 1980)

**Tabelle C**

dB von bis		Tonverlust bei 1 kHz										
		5 0	15 10	20 20	25 30	35 40	45 50	55 60	65 70	75 80	85 90	95 100
Summe bei 2 und 3 kHz	0 – 15	0	0	0	0	5	15	Hörverlust in %				
	20 – 35	0	0	0	5	10	20					
	40 – 55	0	0	0	10	20	25					
	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	

Der prozentuale Hörverlust ergibt sich in der Matrix aus dem Tonverlustwert bei 1 kHz und der Summe des Tonverlustwertes bei 2 kHz und 3 kHz

### Orientierende Tabelle für Allgemeinmediziner:

Die Unterscheidung nach Schwerhörigkeit und Taubheit wird durch den Hörverlust im Frequenzbereich von 500 ~~bis 2000 Hertz~~ bis 4000 Hertz getroffen, da dieser für die Verständigung am bedeutendsten ist (Böhler-Kreitlow 1993 in Kremser 1996).

Grad der Schwerhörigkeit	Hörverlust in %	Hörverlust in dB	Max. Entfernung für Verständnis von Umgangssprache *
Leicht	10 – 40 %	Unter 30 dB	4 – 6 m
Mittel	40 – 60 %	30 – 60 dB	1 – 4 m
Schwer	60 – 80 %	60 – 80 dB	0,25 – 1 m
Gehörlos	80 – 100 %	Über 90 dB	**

\* ergänzt nach Plath (1968) zum leichteren Verständnis für Hörende

- \*\* Bei einem derartigen Hörverlust kann eine Person weder die eigene Stimme hören, noch Sprache über das eigene Ohr verstehen. Die natürliche Sprachentwicklung fehlt weitgehend, nur wenige erreichen sprachliche Leistungen.

Liegt der Hörverlust unter 85 dB, so kann Sprache meist noch relativ gut erlernt werden, jedoch mit einer verzögerten Sprachentwicklung von ca. vier Jahren. Der Wortschatz ist reduziert, das Sprachverständnis entsprechend eingeschränkt und es finden sich auffällige Sprechfehler

### **Kinder und Jugendliche:**

**Bei Kindern und Jugendlichen** bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Abschluss der Sprachentwicklung) ist die Einschätzungstabelle für Kinder heranzuziehen. Damit werden die Sprachentwicklungsstörungen und Beeinträchtigungen der geistigen und sozialen Entwicklung mitefassen.

Kriterium ist das besser hörende Ohr.

#### **Einschätzungsrichtlinie laut Österreichischer HNO - Gesellschaft:**

	<b>1. – 5. LJ</b>	<b>6. – 10. LJ</b>	<b>11. – 14. LJ</b>
<b>Geringgradig</b>	30 %	20 %	10 %
<b>Mittelgradig</b>	70 %	60 %	50 %
<b>Hochgradig</b>	90 %	90 %	80 %
<b>An Taubheit grenzend</b>	100 %	100 %	100 %

### **Ermittlung des GdB entsprechend dem Hörverlust in Prozent (beide Ohren)**

<b>Rechtes Ohr</b>	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
	Taubheit	100	20	30	40	50	70	80
Hörverlust in Prozent		0-20	20-40	40-60	60-80	80-95	100	
		Normalhörigkeit	Geringgradige Schwerhörigkeit	Mittelgradige Schwerhörigkeit	Hochgradige Schwerhörigkeit	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Taubheit	
		<b>Linkes Ohr</b>						