

# **Bericht zum Fachgespräch der DVfR zur 6. ÄndVO der VersMedV am 6.8.2019**

## **Langfassung**

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**

**Landesarzt für Körperbehinderte**

**Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V.  
Ltd. Arzt der Reha-Fachdienste Stiftung kreuznacher diakonie i.R.**

**Vorstand Dt. Rheuma-Liga**

**Mitglied im Ärztlichen Beirat Versorgungsmedizin des BMAS**

**Fachgespräch des BMAS zur 6. ÄndVO der VersMedV  
Berlin, den 2.9.2019**

# Vorbemerkungen

1. Das Schwerbehindertenrecht hat für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen eine hohe Bedeutung und leistet einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Persönlichkeitsrechte
  1. Schwerbehindertenrecht
  2. Soziales Entschädigungsrecht
2. Die Bedeutung ergibt sich aus den Auswirkungen der Zuerkennung eines GdB bzw. GdS, z. B.
  1. Nachteilsausgleiche/Schutzrechte im Arbeitsleben
  2. Nachteilsausgleiche im Verkehr
  3. Finanziell wirksame Nachteilsausgleiche
  4. Zugangsvoraussetzungen für Leistungen (SGB V) u. a.
3. Zugleich bedeutet die Anerkennung einer Behinderung auch die gesellschaftliche Würdigung und Anerkennung einer (unverschuldeten) Beeinträchtigung der Teilhabe.
4. Der Entwurf der 6. Änderungsverordnung zur VersMedV wurde umfassend kritisiert, da sich dadurch die Inklusionsbedingungen verschlechtern, u.a. durch Erschwernisse im Verfahren sowie durch Absenkung der GdB.

# Statistische Angaben zur Schwerbehinderung BRD 2017

- 10,2 Mio. Menschen mit einem GdB von mindestens 20.
- **7,8 Mio. anerkannte Schwerbehinderte, d. h. GdB 50 oder höher.**
  - **56 % > 65 J, 42 % zwischen 18 und 65 Jahren**
- Schwerbehindertenquote 9,2 % der Gesamtbevölkerung, davon
  - 23 % GdB 100, 33 % GdB 50.
  - Von 3,6 Mio. Anspruchsberechtigten n. § 228 SGB IX nutzen 1,4 Mio. die unentgeltliche Beförderung im ÖPNV, 930.000 die Befreiung von der Kfz-Steuer.
  - 42 % der Schwerbehinderten sind im erwerbsfähigen Alter.
- Anstieg von 5,4, auf 7,8 Mio. zwischen 1985 und 2017, vorwiegend > 65 Jahre (Zuwachs: allein 2 Mio.), < 65 in einigen Altersgruppen kein linearer Anstieg.
- **Ca. 1,08 Mio. Arbeitnehmer sind schwerbehindert, ca. 182.000 gleichgestellt.**

Vgl. <https://rechtsanwalt-und-sozialrecht.de/schwerbehinderung-statistik/>

Vgl. [https://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_31958/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input\\_=&pageLocale=de&topicId=17388&year\\_month=201712&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31958/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=17388&year_month=201712&year_month.GROUP=1&search=Suchen)

# Verwaltungsverfahren Schwerbehinderung – Anträge (GdB)

- **2017 jährlich ca. 2 Mio. Anträge (ca. 2,5 % der Bevölkerung der BRD)**
  - **Ca. 400 000 Widersprüche in der BRD**
- In NRW wurden 2013 bei 2,93 % der Bevölkerung Anträge gestellt, d. h. von 523.230 Personen und zwar
  - Erstanträge: 1,02 %
  - Änderungsanträge: 1,31 %
  - Nachprüfungen: 0,6 %
  - 99256 Widersprüche: ca. 20 % der Anträge
    - 32,19 %: Abhilfe
    - Ca. 62 %: Ablehnende Bescheide
  - Ca. 14.000 Klagen beim Sozialgericht

## Klageverfahren Schwerbehinderung 2017

- Die Klageverfahren im Rahmen des Schwerbehindertenrechts machen ca. 12 % der Verfahren an deutschen Sozialgerichten aus.
  - **2017 wurden insgesamt 44.127 Klagen an Sozialgerichten erledigt. Davon endeten:**
    - Klagerücknahme: 40 %
    - Anerkennung durch Verwaltung: 22 %
    - Übereinstimmende Erledigung: 15 %
    - Urteil: 7 % (ca. 3000 Fälle, davon ca. 770 Fälle, 25% bzw. 1,7% mit Erfolg, ganz oder teilweise)
    - Gerichtl. Vergleich: 8 %
- ⇒ **(Teil)Erfolge oder Vergleich: ca. 46 %**
- **Landessozialgerichte: Ca. 3.000 Laufende Verfahren im Jahr**
    - Klagerücknahme: ca. 1.000 Fälle (33 %)
    - Urteil oder Beschluss: 698 Fälle, davon 111 Fälle (16 % bzw. 3,7 % aller Revisionen) mit Erfolg
    - Vergleich, Anerkenntnis : 577 Fälle (ca. 19.%)
- ⇒ **(Teil)erfolge oder Vergleich: ca. 22 %**

## Zwischenfazit

1. Ca. 10 Mio. Menschen mit GdB von 20 und 7,8 Mio Schwerbehinderte sind ein hoher Bevölkerungsanteil.
2. Die Anerkennung einer (Schwer-)Behinderung ist für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen von erheblicher Relevanz!
3. 2 Mio. Antragsverfahren und ca. 400.000 Widersprüche und 44000 Klagen jährlich zeigen einen hohen Verwaltungsaufwand an.
4. Widersprüche, Klagen und Revisionen belegen die Unzufriedenheit vieler Bürger und bedeuten ebenfalls eine hohe Belastung von Verwaltungen und Gerichten. Die Ergebnisse zeigen in rel. hohem Prozentsatz an, dass die Bescheide nicht korrekt waren und belegen die Berechtigung einer Unzufriedenheit vieler Bürger.
5. Die Weiterentwicklung der VersMedV sollte u. a. dazu beitragen, dass
  1. Die Bescheide besser und besser nachvollziehbar werden.
  2. Die Verwaltungsverfahren für alle Beteiligten einfacher werden.
  3. Weniger Widersprüche und Klagen erforderlich werden.
6. Diese Überlegungen verweisen aber insbesondere auf die Bedeutung
  1. der Qualität der Ermittlung der Behinderung, (Befundberichte);
  2. der Qualität der Anwendung der VersMedV (Befundberichte, Sachbearbeitung);
  3. der bürgernahen Gestaltung der Verwaltungsverfahren.

## Behinderungsbegriff § 2 SGB IX

- (1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.
- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 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 § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
- (3) .....

# Rehabilitationsrecht und Schwerbehindertenrecht

- Das Rehabilitationsrecht kann im Wesentlichen als Leistungsrecht verstanden werden (Teil I und II SGB IX).  
Zentral ist die individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und die darauf aufbauende Teilhabe- bzw. Gesamtplanung.
- Das Schwerbehindertenrecht kann demgegenüber als Feststellungsrecht (Statusfeststellung) angesehen werden (Teil III SGB IX).
- Für beide gilt § 2 Abs. 1 SGB IX.
- Die Anwendung des § 2 Abs. 1 SGB IX im Schwerbehindertenrecht wird im Hinblick auf das Schwerbehindertenrecht durch § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX konkretisiert. Dabei haben bei der Feststellung eines GdB abstrakte Beurteilungskriterien im Hinblick auf die Lebenssituationen zu gelten, während im Leistungsrecht die individuellen Lebenssituationen die Beurteilungsgrundlage darstellen. Die Erstellung einer Beurteilung eines Grades der Behinderung verlangt auf der gemeinsamen Basis des § 2 Abs. 1 unterschiedliche Vorgehensweisen im Leistungsrecht und im Schwerbehindertenrecht:
- Die Anwendung des biopsychosozialen Modells im Schwerbehindertenrecht ist schwierig, da dies eigentlich auf die individuelle Lebenslage zielt. Die individuell vorliegenden Funktions- und ggf. Aktivitäts- sowie Teilhabebeeinträchtigungen können jedoch auch unter Nutzung des biopsychosozialen Modells erfasst und in abstrakter Betrachtungsweise typisierend den Funktionssystemen und den Beschreibungen der VersMedV zugeordnet unter Annahme einer Standardumwelt (Kontextfaktoren).





# Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



## Entwurf „Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung“

- Entwurf des BMAS Stand 28.8.2018 (Fassung für die Anhörungen im Herbst 2018)
- Heftige Kritik und zahlreiche politische Interventionen an diesem Entwurf
- 16.7.2019: VdK und SoVD legen einen Vorschlag für den Allgemeinen Teil der VersMedV vor, der auf der Fassung vom 28.8.2018 basiert, die kritisierten Punkte jedoch entschärft:  
“Entwurf eines Änderungsvorschlags für Teil A der geplanten VersMedV in der Entwurfsfassung vom 28.8.2018 im Rahmen eines Vorschlages zur 6. Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung des BMAS”
- Diskussion dieses Vorschlages am 6.8.2019
- Überarbeitung des Vorschlages durch SoVD und VdK: Vorliegende Fassung vom 15.8.2019

## Konsens am 6.8. bzgl. der Kriterien für VersMedV

Die VersMedV sollte nach folgenden Kriterien gestaltet werden:

- Beachtung UN-BRK und Beachtung § 2 Abs. 1 SGB IX
  - Konsequente Umsetzung des Abstraktionsprinzips
  - Korrekte Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO
  - Transparente Beurteilung des GdB unter Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells in allen Beurteilungsschritten, auch in der Praxis
- Die korrekte Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells im Schwerbehindertenrecht ist aufgrund der abstrakten Betrachtungsweise schwierig, v.a. im Hinblick auf die Bevölkerungsnorm und die Kontextfaktoren (Standardumwelt, Personbez. Faktoren) bei körperlichen, seelischen, geistigen und Sinnesbehinderungen
- Ein Teil der Kritik rührt daher, dass das Abstraktionsprinzip teilweise aufgegeben wurde (Stichwort: Individuelle Hilfsmittelversorgung)
- Ergebnis des Gespräches am 6.8.: Es bedarf
- einer ausführlichen Begründung der Änderungen, die auch zu veröffentlichen ist,
  - eines Leitfadens für alle Akteure einschl. der Betroffenen zur Handhabung.

## Hauptkritikpunkte am 6. Entwurf: Ergebnis vom 6.8.2019

Die Hauptkritik am Entwurf bezog sich v. a. auf Teil A, folgende Punkte:

1. Bildung des Gesamt-GdB
2. Befristung
3. Bestandsschutz
4. Bestmögliches Behandlungsergebnis (und nachfolgend Absenkung einiger GdB mit Erhöhungsoption)

Zu 1.-4. bestand zum Entwurf von SoVD und VdK weitgehend Konsens

5. Heilungsbewährung

Auf die Kritik am Verbändeentwurf wurde dieser verändert. Hierzu zeichnete sich ein Konsens ab.

6. Individuelle Betrachtung der Hilfsmittelversorgung (und nachfolgend Absenkung einiger GdB)

Hierzu besteht noch Diskussionsbedarf.

Klar wurde:

- Als Folgewirkung von Veränderungen in Teil A ist Teil B noch einmal zu überarbeiten.
- Die Weiterentwicklung der VersMedV ist notwendig. Hier liegt unverändert die zentrale Aufgabe des ärztlichen Beirates insbesondere in Teil B.

## Einige Aspekte aus der Diskussion

- Standardumwelt:
  - Auch Schutz der Persönlichkeitssphäre
  - Bleibt sehr abstrakt
  - Es fehlen (sozial)wissenschaftliche Forschungen zur Standardumwelt
  - Barrieren z. B. bei Arbeitsgebern sind nur allgemein berücksichtigt
- Bestmögliches oder regelhaftes Behandlungsergebnis
  - Setzt eine selbst begründungspflichtige Norm voraus.
  - Bedeutet Beweislast der Betroffenen
  - Auch durchschnittliches Behandlungsergebnis bleibt abstrakt, ist jedoch aus dem Alltagsbewusstsein am ehesten nachvollziehbar
- Individuelle Hilfsmittelversorgung
  - Verstößt gegen das Abstraktionsprinzip
  - Erheblicher Ermittlungsaufwand und Beweislast beim Betroffenen
  - Unklare Versorgungsstandards
  - Alternativen zur Hilfsmittelversorgung bleiben unberücksichtigt
  - Andererseits: Die Hilfsmittelversorgung geht als Standardumwelt in die Beurteilung mit ein

## Entwurf SoVD/VdK Teil A: 1.1 Allgemeines

1.1.1 Der im Rahmen der VersMedV verwendete Behinderungsbegriff richtet sich nach § 2 SGB IX. Für die Feststellung einer Behinderung nach Teil 3 SGB IX (GdB) ist dieser jedoch gegenüber dem zugrunde gelegten leistungsrechtlichen Behinderungsbegriff zu spezifizieren und im Hinblick auf die Anwendung im Rahmen des feststellungsrechtlichen Behinderungsbegriffs nach Teil III SGB IX zu konkretisieren. Dies erfolgt unter spezifischer Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO (ICF). Für Kinder findet die ICF-CY Anwendung.

## Entwurf SoVD/VdK Teil A 1.1 Allgemeines

1.1.2 Einer Behinderung liegt stets eine Gesundheitsstörung zugrunde. Die in der Verordnung verwendeten Bezeichnungen der Gesundheitsstörungen und die Kriterien von Definitionen richten sich in der Regel nach dem Systematischen Verzeichnis der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM).

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

## Entwurf SoVD/VdK Teil A 1.1 Allgemeines

1.1.3 In Abgrenzung zum Behinderungsbegriff des Leistungsrechts wird bei der Feststellung der Behinderung nach dieser Verordnung ein abstrakter Behinderungsbegriff unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO zugrunde gelegt. Zu erfassen sind neben der Diagnose zur Bezeichnung der zugrunde liegenden Gesundheitsstörung:

1. die individuell vorliegenden Schädigungen der Strukturen und Beeinträchtigungen der Körperfunktionen. Diese sind individuell zu ermitteln. Sie werden den in Teil B der Verordnung genannten Funktionssystemen typisierend zugeordnet. Individuelle Besonderheiten werden nach Maßgabe des Teil B berücksichtigt. Die Bezeichnungen in Teil B beinhalten ein durchschnittliches Behandlungsergebnis, s. u.

Anm.: Ein Beispiel für eine typisierende Zuordnung wäre “Unterschenkelamputation bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke” und ein Beispiel für individuelle Besonderheiten z. B. “ungenügende Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke”.



## Entwurf SoVD/VdK Teil A 1.1 Allgemeines

Noch 1.1.3

2. die Abschätzung der daraus resultierenden Auswirkungen auf die Aktivitäten erfolgt unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen den typisierten Beeinträchtigungen und Schädigungen und einer durchschnittlichen Anforderungsstruktur (Bevölkerungsnorm) und standardisierten Kontextfaktoren, insbesondere der Umweltbedingungen (Standardumwelt).
3. die Abschätzung der daraus resultierenden Auswirkungen auf die Teilhabe erfolgt unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen den typisierten Beeinträchtigungen und Schädigungen sowie den Aktivitäten und einer durchschnittlichen Anforderungsstruktur (Bevölkerungsnorm) und standardisierten Kontextfaktoren, insbesondere der Umweltbedingungen (Standardumwelt).
4. Somit erfolgt keine Analyse der individuellen Kontextfaktoren wie Umweltfaktoren oder personenbezogenen Faktoren, z. B. der individuellen Lebenssituation oder Versorgung mit Hilfsmitteln.

## Entwurf SoVD/VdK Teil A 1.1 Allgemeines

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

Anm: Die Regelung in Ziffer 1.1.3 (abstrakter Behinderungsbegriff unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells) ist komplex und anspruchsvoll. Um Transparenz sowie Handhabbarkeit für Sozialverwaltung, Ärzte und Menschen mit Behinderungen zu sichern, wird ein Leitfaden zur Begutachtung für die Umsetzung empfohlen, der allen Beteiligten zur Verfügung steht.

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

### **Streichung 1.2.5**

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

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

(1.2.7) 1.2.6 Das im Einzelfall erzielte Behandlungsergebnis zeigt sich in Art und Umfang der Schädigungen der Strukturen und der Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und beeinflusst die Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich. Die in Teil B angegebenen GdB geben die (Teilhabebeeinträchtigung) Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und die Schädigungen von Körperstrukturen bei (bestmöglichem) durchschnittlich erreichbarem Behandlungsergebnis unter Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin wieder. (Das bestmögliche Behandlungsergebnis im Sinne dieser Verordnung ist das unter Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin regelhaft erreichbare Behandlungsergebnis). Das (bestmögliche) durchschnittlich erreichbare Behandlungsergebnis schließt insbesondere auch das Ergebnis medikamentöser, operativer und rehabilitativer Therapiemaßnahmen (sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln) ein.

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

Anm: Zur Verordnungs-Begründung: Der Begriff “regelhaft erreichbar” ist zu undifferenziert, selbst erklärungsbedürftig und stellt implizit auf eine Idealnorm ab. “Durchschnittlich erreichbar” verweist eindeutig auf ein mittleres Behandlungsergebnis, das in etwa in der Mehrzahl der Fälle in ähnlicher Form erwartet werden kann.

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

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

Anmerkung: Maßgeblich ist die Leitlinie Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“):

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/094-003l\\_S2k\\_Schmerzbegutachtung\\_2018-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-003l_S2k_Schmerzbegutachtung_2018-01.pdf)

- Zur Verordnungs-Begründung: Der Verweis auf die Leitlinie Schmerzbegutachtung ist notwendig, da es auch Schmerzzustände gibt, die nicht nachgewiesen durch eine Gewebeschädigung bedingt und nicht eindeutig durch eine psychische Erkrankung verursacht sind, z. B. Migräne, Clusterkopfschmerz, Fibromyalgie. In Teil B wird ggf. klargestellt, dass sich die Beeinträchtigungen durch Schmerzen in der Regel durch Beeinträchtigung von Aktivitäten zeigen.

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

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

Neu: 1.3.51.3.6 Wenn im Einzelfall außergewöhnliche Schmerzen vorliegen, die nicht nach Nr. 1.2.10 im GdB enthalten sind, ist der GdB bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zu erhöhen. Die Erhöhung ist zu begründen.

# Entwurf SoVD/VdK Teil A

## Heilungsbewährung

2.1.4 Der Zeitraum des Abwartens der Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre, kürzere Zeiträume werden in Teil B vermerkt. Bis zum Ablauf der Heilungsbewährung ist in der Regel, insbesondere nach (Geschwulstbeseitigung) Tumorentfernung im Frühstadium ein GdB von wenigstens 50, nach (Geschwulstbeseitigung) Tumorentfernung in höheren Stadien ein GdB von 80 angemessen. Bedingen der verbliebene Körperschaden oder die Therapiefolgen einen GdB von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdB entsprechend höher zu bewerten.

Neu: Über die Bewertungen nach den Sätzen 1 bis 3 hinaus können auf Antrag des Betroffenen auch umfassende Feststellungen zu sämtlichen, dauerhaft über den Zeitraum der Heilungsbewährung hinaus verbleibenden Funktionsstörungen (Organschaden) getroffen und insoweit ein Gesamt-GdB ermittelt werden.

# Entwurf SoVD/VdK Teil A

## Heilungsbewährung

### Streichung

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



## Entwurf SoVD/VdK Teil A

### Heilungsbewährung

Neu: 2.2.3 Nach Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist auch bei gleichbleibenden Symptomen eine Neubewertung des GdB im Rahmen eines Verfahrens nach § 48 SGB X zulässig, weil der Ablauf der Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt.

### 2.3. Heilungsbewährung bei Analog-Begutachtung

Für nicht in Teil B aufgeführte Gesundheitsstörungen, die die Voraussetzungen nach 2.1.2 erfüllen, ist (Folgendes) zu beachten, dass als Vergleichsmaßstab die in Teil B angegebenen Zeiträume für Heilungsbewährungen heranzuziehen sind.

#### Streichung:

(a) Wenn eine sachgerechte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung auch ohne Heilungsbewährung möglich ist, so ist diese Bewertung vorzunehmen.

b) Ist dies nicht möglich, kommt eine Heilungsbewährung in Betracht. Dafür sind als Vergleichsmaßstab die in Teil B angegebenen GdB und Zeiträume für Heilungsbewährungen heranzuziehen, die die Teilhabebeeinträchtigung durch dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen nicht enthalten.)

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

### Gesamt-GdB

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

Neu: Von Ausnahmefällen (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

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

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

**Streichung:**

**(6 Verfahren**

**6.1 Befristung**

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

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

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

## Entwurf SoVD/VdK Teil A

Streichung

### (6.3 Neubewertung

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

### 6.2 Übergangsfrist und Bestandsschutz

Neu:

Die Anwendung dieser Verordnung wird ausschließlich auf Fälle beschränkt, in denen nach dem (einfügen: Datum des Inkrafttretens) im Rahmen eines Antragsverfahrens eine Erstbegutachtung oder Neubegutachtung erforderlich ist.

Zusätzlich gilt: Würde eine Neufeststellung zu einem niedrigeren Gesamt-GdB führen, verbleibt es bis zum 31. Dezember 2022 bei dem bisherigen Gesamt-GdB, wenn dieser vor dem (einfügen: Datum des Inkrafttretens) festgestellt worden ist. Dies gilt nicht im Fall von Nummer 6.1 b).“

Anmerkung: Mit Blick auf den Grundsatz des Gesetzesvorranges (§ 48 SGB X) wird angeregt zu prüfen, ob die vorgeschlagene Regelung ggf. rechtssicherer im SGB IX (§ 152) zu verankern ist.

## Konsequenzen aus dieser Systematik

1. Nach wie vor sind die Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen entscheidend, sofern deren objektive Beschreibung nicht möglich ist: ausnahmsweise Ermittlung der Beeinträchtigung der Aktivitäten.
2. Die Versorgung mit Hilfsmitteln (u. mit Gebrauchsgegenständen) ist nicht individuell zu berücksichtigen, sondern nur als Standardumwelt, da Hilfsmittel eindeutig den Kontextfaktoren zuzuordnen sind (anders als z. B. Endoprothesen). Dabei bedeuten bessere Hilfsmittel nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Aktivitäten und der Teilhabe (Bevölkerungsnorm). (Nachweis ist u. a. ein sozialwissenschaftl. Forschungsthema).
3. Die Individualität der Beurteilung wird durch die Ermittlung der Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und -funktionen und ggf. ihren funktionellen Folgen (z. B. dass keine Standardhilfsmittelversorgung möglich ist) sichergestellt. So können auch med. Fortschritte berücksichtigt werden. Diese bedeuten nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Aktivitäten und der Teilhabe.

## Konsequenzen aus dieser Systematik

4. Diese Systematik entspricht der bisherigen Systematik, bezieht aber das biopsychosoziale Modell sachlogisch stärker mit ein als bisher. Das bedeutet, dass die Absenkung der GdB in Teil B, insbesondere soweit sie auf der Berücksichtigung der individuellen Hilfsmittelversorgung beruht, rückgängig zu machen ist.
5. Veränderungen der GdB in Anlage B gegenüber der bisherigen Fassung aus 2008 müssen anhand des bio-psycho-sozialen Modells umfassend und für alle Lebensbereiche nachvollziehbar begründbar sein. Dieser Abwägungsprozess ist hochkomplex, keine rein medizinische Frage und muss als gesellschaftlich legitimierbarer Konsensusfindungsprozess (Bevölkerungsnorm, Standardumwelt) organisiert werden.

## Konsequenzen

6. Der Verwaltungsaufwand wird sich durch den Änderungsvorschlag gegenüber dem BMAS-Entwurf voraussichtlich geringer gestalten, da die Hilfsmittelversorgung nicht individuell ermittelt werden muss. Allerdings erfordern die Beschreibungen der einzelnen Behinderungsbilder in Teil B genauere und z. T. umfangreichere Befunde auf der Ebene der Funktionen und teilweise auch der Aktivitäten. Dies bedeutet Änderung der Befundberichtsformulare (ggf. mit elektron. Unterstützung) und Kenntnisse des biopsychosozialen Modells auf der Gutachter-, Sachbearbeitungs- sowie Haus- und Facharzzebene.
7. Breit verfügbare verständliche Anwendungshinweise für die Fachebene sowie solche für Betroffene sind sinnvoll.
8. Die Beibehaltung der bisherigen Regelungen zum GesamtGdB, Heilungsbewährung und Verzicht auf Befristung bedeutet eine Erleichterung der Umsetzung gegenüber dem BMAS-Entwurf.

Danke für die Aufmerksamkeit!



Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)  
Maaßstrasse 26  
69123 Heidelberg  
Telefon: 06221 / 187 901(0)  
[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)

[www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

diskussionsforum  
**Rehabilitations-  
und Teilhaberecht**  
[www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)