

# **Vorschläge von VdK/SoVD für einen geänderten Teil A der geplanten 6. Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung**

(Hinweis: Die Vorschläge wurden nachfolgend in den vom BMAS im August 2018 veröffentlichten Entwurf eingearbeitet, Bearbeitungsstand: 15.8.2019, mit den Ergebnissen des DVfR-Fachgesprächs am 06.08.2019)

---

**Entwurf (BMAS, 2018)**

## **Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung**

### **A. Problem und Ziel**

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft fortzuentwickeln. Dabei sind die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin anzuwenden. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen. Diese Empfehlungen betreffen insbesondere den neu gefassten Teil A „Gemeinsamen Grundsätze“ sowie die fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze für „Sehfunktionen und verwandte Funktionen“, für „Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems“ und für „Muskuloskeletale Funktionen“.

Die Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist Teil des von der Bundesregierung beschlossenen Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

### **B. Lösung**

Änderung der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Die Verordnung hat keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden.

### **E. Erfüllungsaufwand**

#### **1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Ein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger entsteht nicht.

#### **2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Ein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft entsteht nicht. Insbesondere werden mit der

Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

### **3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Für den Bund entsteht kein Erfüllungsaufwand. Die Begutachtung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung wird von den Ländern durchgeführt. Diese Tätigkeit wird von den zuständigen Landesbehörden bereits heute wahrgenommen. Insoweit entsteht kein Mehraufwand. Ein geringer einmaliger Aufwand entsteht dadurch, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Neuregelung vertraut machen müssen. Dem steht aber gegenüber, dass durch die neu eingeführte Möglichkeit, bestimmte Feststellungen zu befristen, der Verwaltungsaufwand reduziert wird. Im Ergebnis ist damit auch für die Länder nicht von einem Mehr an Erfüllungsaufwand auszugehen.

### **F. Weitere Kosten**

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

## **Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung**

Vom ...

Auf Grund des § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, der durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) neu gefasst worden ist, und des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes, der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe f des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:

### **Artikel 1** **Änderung Versorgungsmedizin-Verordnung<sup>1</sup>**

In der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I. S. 2412), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist, wird die Anlage zu § 2 wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

[...]

2. Teil A wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Teil A Gemeinsame Grundsätze“.

- b) Die Vorbemerkung und die Nummern 1 bis 3 werden durch die folgenden Nummern 1 bis 3 ersetzt:

#### **„1. Grundlagen<sup>2</sup>**

##### **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 des 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 biopsychosozialen Modells der WHO (ICF). Für Kinder findet die ICF-CY Anwendung.

1.1.2. Einer Behinderung liegt stets eine Gesundheitsstörung zugrunde. Die in der

---

<sup>1</sup> Hinweis: Durch die vorliegenden Änderungsvorschläge ergeben sich Folgeänderungen Teil B. Die Reduzierung der GdB im Hinblick auf das bestmögliche Behandlungsergebnis und die Einbeziehung von Hilfsmitteln ist rückgängig zu machen sowie die Überarbeitung insgesamt zu prüfen. Auch die Arbeitsvorschriften für die Ausschüsse des Beirates sowie die dort vorgesehenen Orientierungs-GdBs sind zu überprüfen.

<sup>2</sup> Zur Verordnungsbegründung: Die vorgeschlagene Textfassung ist notwendig, um die Anwendung der ICF unter Zugrundelegung der Grundsätze des Schwerbehindertenechts zu erläutern und klarzustellen. Mit dem Vorschlag wird die neu vorgesehene Konzeption der punktuellen konkreten und individualisierten Betrachtungsweise durch Berücksichtigung der Hilfsmittel aufgegeben und zum vorher bestehenden Bewertungssystem zurückgekehrt. Es wird aufgezeigt, wie die Kontextfaktoren und die Umwelt lediglich als Standardumgebung in einer abstrakten Betrachtungsweise berücksichtigt werden können. Das schafft Klarheit.

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)<sup>3</sup>.

1.1.3. In Abgrenzung zum Behinderungsbegriff des Leistungsrechts wird bei der Feststellung der Behinderung nach dieser Verordnung ein abstrakter Behinderungsbegriff unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells der WHO zugrunde gelegt, weil mit dem GdB ein Status festgestellt wird. 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.<sup>4</sup> Die Bezeichnungen in Teil B beinhalten ein durchschnittliches Behandlungsergebnis, s.u.
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 (zB konkreter Arbeitsplatz) oder personenbezogenen Faktoren, z.B. der individuellen Lebenssituation oder Versorgung mit Hilfsmitteln.<sup>5</sup>

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).

1.1.5. Die in Teil B als Maß für die Beeinträchtigung auf der Ebene von Körperfunktionen und -strukturen genannten Werte<sup>6</sup> sind verbindlich. Vorhandene

---

<sup>3</sup> 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/>.

<sup>4</sup> 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"

<sup>5</sup> 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 der Ziffer 1.1.3 empfohlen, der allen Beteiligten zur Verfügung steht.

<sup>6</sup> In den neu gefassten Teilen dieser Verordnung wird für diese Werte einheitlich die Abkürzung GdB verwendet, während in den noch nicht überarbeiteten Teilen dafür einheitlich die Abkürzung GdS verwendet wird.

Bewertungsspannen und Mindest-GdB ermöglichen es, den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen. Bei Gesundheitsstörungen, die in Teil B nicht genannt sind, ist die Teilhabebeeinträchtigung in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu bewerten.

1.1.6. Aus dem Grad der Behinderung und aus dem Grad der Schädigungsfolgen ist nicht auf das Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit zu schließen. Der Grad der Behinderung und der Grad der Schädigungsfolgen sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf. § 30 Absatz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) bleibt unberührt.

## 1.2. Faktoren der Teilhabebeeinträchtigung

1.2.1. Entsprechend dem Konzept der funktionalen Gesundheit der ICF sind alle physischen und psychischen Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen, bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen. Bezogen auf Gesundheitsstörungen sind diese Faktoren die Körperfunktionen, die Körperstrukturen und die Aktivitäten. Dazu zählen insbesondere folgende mit einer Gesundheitsstörung zusammenhängende Faktoren: Art und Ausprägung der Störung, Therapieaufwand und krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen. Diese Faktoren sind im GdB für die jeweilige Gesundheitsstörung berücksichtigt.

1.2.2. Die Aktivitäten und Lebensbereiche, auf die in der Verordnung Bezug genommen wird, entsprechen der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) der ICF:

- a) Lernen und Wissensanwendung: bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung;
- b) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen;
- c) Kommunikation: Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken;
- d) Mobilität: die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen;
- e) Selbstversorgung: sich waschen, seine Körperteile pflegen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten;
- f) Häusliches Leben: Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen;
- g) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen;
- h) Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben;
- i) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, Menschenrechte, politisches Leben und Staatsbürgerschaft.

1.2.3. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung ist sowohl von der Anzahl der betroffenen Aktivitäten und Lebensbereiche als auch von der Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten abhängig. Sofern kein anderer Parameter angewendet werden kann, der das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wiedergibt, ist in dieser Verordnung die Beeinträchtigung von Aktivitäten

angegeben und mit dem entsprechenden GdB belegt. Dafür wird folgende Skalierung mit ansteigender Schwere der Teilhabebeeinträchtigung angewendet: „mit Anstrengung durchführbar“, „leicht beeinträchtigt“, „stark beeinträchtigt“, „gerade noch möglich“ und „nicht mehr möglich“. Alle Skalierungsschritte nach dem ersten Schritt setzen Anstrengung für die Durchführbarkeit einer Aktivität voraus. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend für Lebensbereiche, die „noch“ oder „nicht mehr“ aufrechterhalten werden können. Auch wenn Aktivitäten nicht in eindeutig identifizierbarer Weise beeinträchtigt sind, kann eine Reduktion des Aktivitätsniveaus zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe führen. Dies ist dann der Fall, wenn krankheitsbedingt selbst einfache Alltagsaktivitäten nur mit Anstrengung ausgeführt werden können.

- 1.2.4. Korreliert ein gutachtlich gut zugänglicher Parameter oder deren Kombination mit dem Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, so ist in dieser Verordnung der Parameter oder die Kombination verschiedener Parameter angegeben und mit dem entsprechenden GdB belegt. Solche Parameter sind insbesondere die Diagnose, das Stadium einer Gesundheitsstörung, das Ausmaß einer Funktionsstörung, sowie das Vorhandensein, die Art und das Ausmaß einer Behandlungsbedürftigkeit.
- 1.2.5. Der Begriff der Behandlungsbedürftigkeit im Sinne dieser Verordnung wird bei einer Gesundheitsstörung verwendet, wenn entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin eine Therapie notwendig ist.
- 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 Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und die Schädigungen von Körperstrukturen bei durchschnittlich erreichbarem<sup>7</sup> Behandlungsergebnis unter Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin wieder. Das durchschnittlich erreichbare Behandlungsergebnis schließt auch das Ergebnis medikamentöser, operativer und rehabilitativer Therapiemaßnahmen ein.
- 1.2.7. Die in Teil B angegebenen GdB berücksichtigen den üblicherweise notwendigen Therapieaufwand. Dieser schließt auch erfahrungsgemäß besonders aufwändige Therapien ein. Falls der übliche Therapieaufwand nicht definiert ist, ist dies in Teil B kenntlich gemacht; die durch den unterschiedlichen Therapieaufwand hervorgerufene Teilhabebeeinträchtigung ist in diesem Fall in Teil B angegeben.
- 1.2.8. Die in Teil B angegebenen GdB berücksichtigen die üblicherweise krankheitsbedingt gebotenen Beschränkungen. Eine gesunde Lebensführung führt zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dies gilt auch, wenn die gesunde Lebensführung aufwändig realisiert wird. Nur medizinisch notwendige Beschränkungen von Aktivitäten können als Einschnitte in der Lebensführung eine Teilhabebeeinträchtigung verursachen. Einschnitte in der Lebensführung können sich in allen Lebensbereichen zeigen.
- 1.2.9. Berücksichtigung von Störungen des psychischen Befindens
  - 1.2.9.1. Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome können als Begleiterscheinungen von Gesundheitsstörungen auftreten. Die

---

<sup>7</sup> Zur Verordnungs-Begründung: Der Begriff „regelmäßig 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.

durch diese psychischen Begleiterscheinungen verursachte Teilhabebeeinträchtigung ist im Grad der Behinderung für die Gesundheitsstörung enthalten.

1.2.9.2. Psychische Begleiterscheinungen sind von psychischen Komorbiditäten zu unterscheiden. Eine psychische Komorbidität liegt vor, wenn der psychopathologische Befund eine Diagnose aus dem Kapitel V der ICD-10-GM begründet. Diese ist getrennt zu bewerten.

#### 1.2.10. Berücksichtigung von Schmerzen

1.2.10.1. Die Einteilung von Schmerzen erfolgt aus gutachtlicher Sicht in drei Kategorien<sup>8</sup>:

- a. durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz,
- b. durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität und
- c. Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung.<sup>9</sup>

1.2.10.2. Die durch übliche Schmerzen als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung verursachte Teilhabebeeinträchtigung ist im Grad der Behinderung für die Gesundheitsstörung enthalten. Auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhafte Zustände sind berücksichtigt. Schmerzen, die über das für die Gesundheitsstörung typische Maß hinausgehen, sind getrennt zu bewerten.

1.2.10.3. Wenn der durch eine Gewebeschädigung bedingte Schmerz durch eine psychische Komorbidität verstärkt wird, ist die Teilhabebeeinträchtigung für beide Gesundheitsstörungen getrennt zu ermitteln und nach Nummer 3.2 zu bewerten.

1.2.10.4. Wenn der Schmerz Leitsymptom einer psychischen Störung ist, ist die durch den Schmerz verursachte Teilhabebeeinträchtigung im Grad der Behinderung für die psychische Störung enthalten.

#### 1.2.11. Berücksichtigung einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes

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

1.2.11.2. Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes regelhaft mit einer Funktionsstörung verbunden, ist die durch diese Beeinträchtigung verursachte Teilhabebeeinträchtigung im GdB für die Funktionsstörung enthalten.

1.2.11.3. Ist die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes nicht regelhaft mit einer Funktionsstörung verbunden, ist bei der betreffenden

---

<sup>8</sup> Maßgeblich ist die Leitlinie Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“): [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/094-003I\\_S2k\\_Schmerzbegutachtung\\_2018-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-003I_S2k_Schmerzbegutachtung_2018-01.pdf) (522 KB, zuletzt geöffnet am 16.08.2019).

<sup>9</sup> 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. klargelegt, dass sich die Beeinträchtigungen durch Schmerzen in der Regel durch Beeinträchtigung von Aktivitäten zeigen.

Gesundheitsstörung angegeben, dass diese Beeinträchtigung getrennt zu bewerten ist.

1.2.11.4. Psychische Komorbiditäten, die auf Grund der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes auftreten können, sind getrennt zu bewerten.

### 1.3. Grundsätze für die Begutachtung

- 1.3.1. In der versorgungsmedizinischen Begutachtung geht die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung von den in Teil B aufgeführten Graden der Behinderung aus. Bei Analog-Bewertungen und bei der Ermittlung der Gesamt-Beeinträchtigung (Gesamt-GdB) sind alle unter 1.2 genannten Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen, zu berücksichtigen.
- 1.3.2. Die Leitlinien und Empfehlungen der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen bei der Begutachtung berücksichtigt werden, soweit sie dieser Verordnung nicht widersprechen.
- 1.3.3. Funktionsstörungen, die die Teilhabe beeinträchtigen, sind nach standardisierten wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden zu erfassen, soweit solche Standards existieren. In Ausnahmefällen kann hiervon abgewichen werden. Dies gilt insbesondere bei kompletter Immobilität oder Unfähigkeit zur erforderlichen Kooperation bei der Untersuchung. Solche Ausnahmefälle sind zu begründen.
- 1.3.4. Wenn im Einzelfall das durchschnittlich erreichbare Behandlungsergebnis nicht erreicht ist und deswegen eine höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, ist der GdB bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zu erhöhen. Die Erhöhung ist zu begründen.
- 1.3.5. Wenn im Einzelfall ein notwendiger Therapieaufwand vorliegt, der über das in Teil A Nummer 1.2.9 genannte Ausmaß hinausgeht, und deswegen eine wesentlich höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, ist der GdB bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zu erhöhen. Die Erhöhung ist zu begründen.
- 1.3.6. 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.
- 1.3.7. Bei Gesundheitsstörungen, deren Ausmaß im Verlauf regelhaft abnimmt, ist die Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen, die der voraussichtlich nach sechs Monaten verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung entspricht. Verursacht die Gesundheitsstörung eine im Verlauf regelhaft unterschiedlich stark ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung, so ist bei der Bewertung die durchschnittliche Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen.
- 1.3.8. Zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen sind nicht zu beachten.

## 2. Heilungsbewährung

### 2.1. Ziel und Voraussetzungen der Heilungsbewährung

2.1.1 Gesundheitsstörungen mit zeitlich begrenzter Beeinträchtigung der Teilhabe begründen unter den unter Nummer 2.1.2 genannten Voraussetzungen einen GdB für den Zeitraum einer Heilungsbewährung. Mit dem GdB der Heilungsbewährung erfolgt eine pauschale Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung. Ziel ist, die Betroffenen von der Notwendigkeit zu entlasten, die zum Teil schwer einschätzbaren Beeinträchtigungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich im einzelnen nachweisen zu müssen.



2.1.2 Für Gesundheitsstörungen, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen, kommt eine Heilungsbewährung in Betracht:

- a) Die Gesundheitsstörung verläuft unbehandelt progredient oder remittierend und auch bei erfolgter Therapie potenziell tödlich,
- b) das Ziel der bei diesen Gesundheitsstörungen durchgeführten Therapiemaßnahmen ist regelhaft kurativ, also das Erreichen eines definierbaren Gesundheitszustands (wie beispielsweise R0-Resektion bei soliden Tumoren oder Remission),
- c) der Verlauf der Gesundheitsstörung ist aufgrund möglicher Rezidive auch bei erfolgreicher Rezidivprophylaxe ungewiss sowie
- d) die Rezidivgefahr und die Ungewissheit über den Verlauf der Gesundheitsstörung nehmen in einem bestimmten Zeitraum ab.

2.1.3 Weder der Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung noch dessen Ende bedeuten, dass eine Heilung eingetreten ist.

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 Tumorentfernung im Frühstadium ein GdB von wenigstens 50, nach 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. 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.

## 2.2. Umfang der Heilungsbewährung

2.2.1 Die pauschale Bewertung umfasst die Auswirkungen der Gesundheitsstörung, der Therapiemaßnahmen und der gebotenen Beschränkungen auf die Teilhabe, die im Einzelnen schwer nachweisbar sind und innerhalb des festgesetzten Zeitraums in ihrem Ausmaß regelhaft abnehmen.

2.2.2 Nach Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie auf die Teilhabe, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung nicht festzustellen waren, verbleiben können. Bei der Begutachtung ist insbesondere auf chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung sowie Beeinträchtigung emotionaler, kognitiver und sozialer Funktionen zu achten. Die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung ist dann im jeweiligen Funktionssystem entsprechend dem individuellen Ausmaß im Einzelnen zu bewerten.

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 zu beachten, dass als Vergleichsmaßstab die in Teil B angegebenen Zeiträume für Heilungsbewährungen heranzuziehen sind.

### 3. Gesamt-GdB-Bildung

#### 3.1. Betrachtung von Funktionssystemen

3.1.1. Die Beeinträchtigung der Teilhabe soll für die folgenden Funktionssysteme ermittelt werden:

Funktionen des zentralen Nervensystems einschließlich psychischer Funktionen; Sehfunktionen; Hör- und Vestibularfunktionen; Stimm- und Sprechfunktionen; Funktionen des Atmungssystems; Funktionen des kardiovaskulären Systems; Funktionen des Verdauungssystems; Funktionen der Harnbildung und -ausscheidung; Genital- und reproduktive Funktionen; Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems; Funktionen des Stoffwechsels und des endokrinen Systems; Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde; Funktionen der Arme; Funktionen der Beine; Funktionen des Rumpfes.

3.1.2. Liegen mehrere Gesundheitsstörungen in einem Funktionssystem vor, ist der GdB für das Funktionssystem zusammenfassend zu ermitteln. Hierbei gelten die Vorgaben zur Bildung des Gesamt-GdB (Nummer 3.2) entsprechend.

3.1.3. Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe aufgrund der Störung mehrerer Funktionssysteme vor, geht die im GdB für das Funktionssystem zusammengefasste Teilhabebeeinträchtigung nach Nummer 3.2 in den Gesamt-GdB ein.

#### 3.2. Bildung des Gesamt-GdB

3.2.1. Zur Ermittlung des Gesamt-GdB ist die Beeinträchtigung der Teilhabe in ihrer Gesamtheit maßgebend. Dabei sind die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander zu beachten und alle Faktoren nach 1.2 zu berücksichtigen. Berechnungsmethoden wie Addition, Mittelung oder Ähnliches dürfen bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht angewendet werden.

3.2.2. Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Teilhabebeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt. Unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander ist zu prüfen, ob und inwieweit die aus einer weiteren Gesundheitsstörung folgende Teilhabebeeinträchtigung das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung wesentlich erhöht, also eine Erhöhung des Gesamt-GdB um mindestens 10 bewirkt.

3.2.2.1. Um das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass verschiedene Gesundheitsstörungen sich wechselseitig beeinflussen können. Bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen ist zu prüfen, welchen Einfluss deren Auswirkungen zusätzlich zu den Auswirkungen der Gesundheitsstörung mit dem höchsten Einzel-GdB haben.

3.2.2.2. Bei der Prüfung der Auswirkungen der Gesundheitsstörungen in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander ist zu beachten:

- a) Bei vollständiger Überdeckung der Auswirkungen auf die Teilhabe ist der Gesamt-GdB regelhaft nicht höher als der höchste Einzel-GdB.
- b) Bei Überschneidung der Auswirkungen auf die Teilhabe bedarf es einer eingehenden Prüfung der häufig komplexen Interaktionen, ob der Gesamt-GdB höher als der höchste Einzel-GdB festzustellen ist. Ist dies der Fall, bedarf es einer Begründung.
- c) Verstärken sich die Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe gegenseitig wesentlich, ist regelhaft ein höherer Gesamt-GdB als der höchste Einzel-GdB festzustellen. Dies liegt insbesondere vor, wenn

durch die Auswirkung einer weiteren Gesundheitsstörung  
Kompensationsmöglichkeiten aufgehoben werden.

- d) Auch bei voneinander völlig unabhängigen Gesundheitsstörungen bedarf es einer eingehenden ärztlichen Prüfung, ob der Gesamt-GdB höher als der höchste Einzel-GdB festzustellen ist, da sich die Gesundheitsstörungen auf dieselben Aktivitäten auswirken können, ohne die Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu verstärken.

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: 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.

3.2.3. Die in Teil B angegebenen GdB, die die Teilhabebeeinträchtigung bei einzelnen Gesundheitsstörungen wiedergeben, sind bei der Ermittlung des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe, also der Bildung des Gesamt-GdB, als Vergleich heranzuziehen.“

- c) Nummer 5 Buchstabe d wird wie folgt geändert: aa)

Doppelbuchstabe mm wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „(z. B. akute Leukämie)“ werden gestrichen.

bbb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei malignen Bluterkrankungen bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ist Hilflosigkeit stets ab Diagnose für ein Jahr anzunehmen.“

- bb) Doppelbuchstabe nn wird wie folgt gefasst:

„nn) Bei Funktionsstörungen des Immunsystems mit Immundefizienz trotz Therapie oder aufgrund einer therapeutischen Immunsuppression ist Hilflosigkeit bei chronischen Minor-Infektionen oder nur einer Major-Infektion pro Jahr stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.“

- cc) Doppelbuchstabe oo wird wie folgt gefasst:

„oo) Bei Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung ist Hilflosigkeit bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit stets bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres, bei dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit und dokumentierter kontinuierlicher prophylaktischer Faktorsubstitution stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.“

- d) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

## **„6. Verfahren**

### 6.1. Wesentliche Änderung der Verhältnisse

Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinn des § 48 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) liegt im Rahmen der Anwendung dieser Verordnung vor,

- a) wenn ein veränderter Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat

oder voraussichtlich anhalten wird und wenn die entsprechende Änderung des GdB mindestens 10 beträgt, oder

- b) wenn der Zeitraum einer Heilungsbewährung (Nummer 2) abgelaufen ist, oder
- c) wenn die Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind.

#### 6.2. Übergangsfrist und Bestandsschutz<sup>10</sup>

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).<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> 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.