

# **Überlegungen zur Gestaltung der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)**

**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.**

**Fachgespräch der DVfR zur 6. ÄndVO der VersMedV  
Berlin, den 6.8.2019**

# DVfR

1. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände.
2. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

# Aufgabe der DVfR

**Das Wirken der DVfR ist auf die Realisierung eines modernen und anerkannten Rehabilitationssystems ausgerichtet, das Menschen mit Beeinträchtigungen unter Mobilisierung aller Ressourcen zuverlässig jede individuell erforderliche Unterstützung für ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bereitstellt. Maßgebende Leitlinie dabei ist Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (Habilitation und Rehabilitation).**

- **(Weiter-)Entwicklung ethischer, fachlicher, ökonomischer und wissenschaftlicher Grundlagen der Rehabilitation**
- Bewusstseinsbildung in Politik und Gesellschaft für den gesellschaftlichen Auftrag von Habilitation und Rehabilitation, für Teilhabe und Inklusion, insbesondere auch für benachteiligte Personengruppen
- **Fortentwicklung und Umsetzung des Rehabilitations- und Teilhaberechts**
- Weiterentwicklung von Rehabilitationsdiensten und -programmen im Sinne bedarfsgerechter, verfügbarer, erreichbarer und barrierefreier Angebote
- Aktive Einbeziehung und Beteiligung von Menschen mit Behinderungen
- Internationale Zusammenarbeit für Rehabilitation, Teilhabe und Inklusion

**==> Die DVfR organisiert das webbasierte Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (DF) und schafft eine breite Basis für die Weiterentwicklung und Anwendung des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe.**

# Vorbemerkungen

1. Das Schwerbehindertenrecht hat für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen eine hohe Bedeutung.
  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, 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, davon 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 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) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

# 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



## Beispiel Reha-Recht als Leistungsrecht:

### § 13 SGB IX Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Wie die Ermittlung des individuellen Bedarfs im Leistungsrecht der Rehabilitation erfolgen soll, wird maßgeblich in § 13 SGB IX geregelt:

- „1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.
- 2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,
  1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
  2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
  3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
  4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“

...

## Beispiel Reha-Recht als Leistungsrecht: § 117 SGB IX Gesamtplanverfahren

Wie individuell und partizipativ die Gesamtplanung im Leistungsrecht gestaltet werden soll, lässt sich an § 117 SGB IX illustrieren. Ein solches Vorgehen ist im Schwerbehindertenrecht als Feststellungsrecht derzeit nicht vorstellbar, obwohl die Diskussion um die VersMedV dadurch erheblich beeinflusst wurde.

- „(1) Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:
1. Beteiligung des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Beratung,
  2. Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen,
  3. Beachtung der Kriterien a) transparent, b) trägerübergreifend, c) interdisziplinär, d) konsensorientiert, e) individuell, f) lebensweltbezogen, g) sozialraumorientiert und h) zielorientiert,
  4. Ermittlung des individuellen Bedarfes,
  5. Durchführung einer Gesamtplankonferenz,
  6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtplankonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.
- (2) Am Gesamtplanverfahren wird auf Verlangen des Leistungsberechtigten eine Person seines Vertrauens beteiligt.“

## 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 entschäuft:**  
“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”
- Diesen hat die DVfR aufgegriffen, im Rahmen ihrer Mitglieder zur Diskussion gestellt und zum Thema der heutigen Veranstaltung gemacht.

## Das bio-psycho-soziale Modell der ICF bei der Bestimmung des GdB

Aus Sicht der DVfR ist es wichtig, dass die VersMedV nach folgenden Kriterien gestaltet wird:

- Beachtung UN-BRK
- Beachtung § 2 Abs. 1 SGB IX
- Konsequente Umsetzung des Abstraktionsprinzips
- Korrekte Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO
- Transparente Anwendung der bio-psycho-sozialen Modells in allen Beurteilungsschritten

Die korrekte Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells im Schwerbehindertenrecht ist aufgrund der abstrakten Betrachtungsweise schwierig. Ein Teil der Kritik rührt daher, dass das Abstraktionsprinzip teilweise aufgegeben wurde (Stichwort: Individuelle Hilfsmittelversorgung)

# 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.

*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).

## Methodik der Feststellung eines Grades der Behinderung unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO

- Die abstrakte Betrachtungsweise ist konsequent durchzuhalten.
- Zugleich muss das Behinderungsbild des Betroffenen jeweils konkret beschrieben werden.
- Dieses ist den typisierten Beschreibungen der VersMedV zuzuordnen.

Deshalb sind zwei Ebenen zu unterscheiden:

- A. Ebene der VersmedV
- B. Ebene der individuellen Begutachtung

# Zur Methodik der Feststellung eines Grades der Behinderung

## A. Ebene der VersMedV

1. Beschreibung der Gesundheitsstörung, und zwar der
  1. Diagnosen
  2. Schädigung der Körperstrukturen unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Behandlungsergebnisses
  3. Beeinträchtigung der Körperfunktionen unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Behandlungsergebnisses unter Berücksichtigung der Standardumwelt (Kontextfaktoren)
  4. Beschreibung der Funktionssysteme in der VersMedV
  5. Typisierte Beschreibungen der Beeinträchtigungen (bzw. Krankheiten) in der VersMedV
2. Einschätzung der Beeinträchtigung der Aktivitäten durch die Gesundheitsstörung in abstrakter Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Standardumwelt (Kontextfaktoren) bei unterstelltem durchschnittlichem Behandlungsergebnis.
4. Zuordnung eines GdB unter Beachtung der Relationen der verschiedenen Behinderungen zueinander.

# Zur Methodik der Feststellung eines Grades der Behinderung

## **B. Ebene der individuellen Begutachtung**

### 1. Ermittlung der Gesundheitsstörung

1. Diagnosen werden individuell ermittelt.

2. Schädigung der Körperstrukturen

Die Ermittlung erfolgt individuell, soweit diese nicht aus der Diagnose abzuleiten sind.

3. Beeinträchtigung der Körperfunktionen,

Die Ermittlung erfolgt individuell, soweit diese nicht aus der Diagnose abzuleiten sind, bei gegebener Standardumwelt (keine indiv. Hilfsmittelversorgung o. Leb.sit)

4. Zuordnung von 1-3 zu Funktionssystemen der VersMedV

5. Zuordnung von 1-3 zu den typisierten Beschreibungen der VersMedV (durchschnittl. Beh.erg.)

### 2. Ermittlung der Beeinträchtigung der Aktivitäten erfolgt nicht individuell, sondern in abstrakter Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Standardumwelt (Kontextfaktoren) anhand der Anlage VersMedV Teil B

Ausnahme: Können Schädigungen der Körperstrukturen und Beeintr. der Körperfunktionen nicht in ihrer Auswirkung objektiviert werden, können individuell vorhandene Beeinträchtigungen der Aktivitäten als Indikator für die Zuordnung zu Schweregraden nach VersMedV genutzt werden (z. B. bei WS-Syndromen)

### 3. Ermittlung der Beeinträchtigung der Teilhabe erfolgt nicht individuell sondern in abstrakter Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Standardumwelt (Kontextfaktoren) anhand der Anlage VersMedV Teil B

## 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 die ICF 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 Facharztebene.
7. Voraussichtlich sind breit verfügbare verständliche Anwendungshinweise für die Fachebene sowie solche für Betroffene sinnvoll.
8. Die Beibehaltung der bisherigen Regelungen zum GesamtGdB, Heilungsbewährung und Verzicht auf Befristung bedeutet eine Erleichterung der Umsetzung gegenüber dem BMAS-Entwurf.

# Überlegungen zum Vorgehen

- Überarbeitung Teil A unter Beteiligung der Zivilgesellschaft  
=> Konsensbildung
- Daraus folgende Überarbeitung Teil B (zunächst der neuen Kapitel)  
unter Beteiligung der Zivilgesellschaft
- Überarbeitung der Vorgaben für die Arbeitsgruppen des Beirates zur  
VersMedV (intern)
- Breit verfügbare Orientierungshilfe zur GdB-Bestimmung

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)