

14.08.25

AIS

**Verordnung
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales**

Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung**A. Problem und Ziel**

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind nach § 153 a Absatz 1 Satz 2 und 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch teilhabeorientiert auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik unter Berücksichtigung versorgungsmedizinischer Erfordernisse fortzuentwickeln. Der hierzu beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales gebildete, unabhängige Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizinische Begutachtung hat eine entsprechende Anpassung des Teils A der Versorgungsmedizinischen Grundsätze empfohlen. Teil A enthält die Gemeinsamen Grundsätze, die für alle Begutachtungen gelten. Er bildet die Grundlage für die besonderen Begutachtungsgrundsätze in den folgenden Teilen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

B. Lösung

Änderung der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Änderung hat keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen.

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

Ein Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger entsteht nicht.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft entsteht nicht. Die Wirtschaft ist von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere werden mit der Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung des Bundes ändert sich nicht. Die Begutachtung der Antragstellerinnen und Antragsteller nach der Versorgungsmedizin-Verordnung wird von den Ländern, in einigen Bundesländern auch von den Kommunen, durchgeführt. Diese Tätigkeit wird von den zuständigen Landes- und Kommunalbehörden bereits heute wahrgenommen. Insoweit entsteht kein Mehraufwand. Änderungen, die sich in der Aufgabenwahrnehmung niederschlagen, sind mit der Neuregelung nicht verbunden.

F. Weitere Kosten

Keine.

14.08.25

AIS

**Verordnung
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales**

Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Bundeskanzleramt
Staatsminister beim Bundeskanzler

Berlin, 11. August 2025

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Anke Rehlinger

Sehr geehrte Frau Bundesratspräsidentin,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu erlassende

Sechste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Michael Meister

Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Vom ...

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales verordnet auf Grund

- des § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412) geändert worden ist, und
- des § 5 Absatz 2 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 449) geändert worden ist:

Artikel 1

Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Die Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 158) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Die Anlage wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird durch die folgende Angabe ersetzt:
 - a) Die Angabe zu Teil A wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Teil A: Gemeinsame Grundsätze“.
 - b) Die Angabe zu Teil A Nummer 1 bis 3 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„1. Grad der Behinderung (GdB), Grad der Schädigungsfolgen (GdS)“.

„2. Heilungsbewährung“.

„3. Bildung des GdB bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen“.
 - c) Die Angabe zu Teil B Nummer 1 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„1. (weggefallen)“.
2. Teil A wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Teil A: Gemeinsame Grundsätze“.
 - b) Die Vorbemerkung wird durch die folgende Vorbemerkung ersetzt:

„Vorbemerkung

Diese Verordnung geht von einem Verständnis von Behinderung aus, das sich aus dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ableitet und sich in § 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch widerspiegelt. Danach entsteht eine Behinderung aus der Wechselwirkung von langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen mit verschiedenen Barrieren. Dadurch können Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert werden¹ (Artikel 1 Satz 2 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen).

Die im Folgenden verwendeten Begriffe orientieren sich an den Definitionen der Internationalen Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – ICD, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF), die sich ergänzen.

Als Maß für die Teilhabebeeinträchtigung wird in den neu gefassten Teilen dieser Verordnung einheitlich die Abkürzung GdB verwendet, in den noch nicht überarbeiteten Teilen einheitlich die Abkürzung GdS.

¹Wenn im Folgenden von Teilhabe gesprochen wird, ist damit immer die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft gemeint.“

- c) Die Nummern 1 bis 3 werden durch die folgenden Nummern 1 bis 3 ersetzt:

„1. Grad der Behinderung (GdB), Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

1.1 Der Grad der Behinderung (GdB) gibt die nach Zehnergraden von 10 bis 100 abgestufte Beeinträchtigung der Teilhabe unabhängig von der Ursache der Gesundheitsstörung wieder (finale Betrachtungsweise). Der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) gibt die nach Zehnergraden von 10 bis 100 abgestufte Beeinträchtigung der Teilhabe durch die Schädigungsfolge wieder (kausale Betrachtungsweise). Als Schädigungsfolge wird im Sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem schädigenden Ereignis steht. Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Gesundheitsstörungen, die keine Teilhabebeeinträchtigung mit einem GdS von mindestens 10 bedingen. Alle die Teilhabe beeinträchtigenden körperlichen, geistigen, seelischen und Sinnesbeeinträchtigungen sind zu berücksichtigen. Die in Teil B genannten GdB bzw. GdS sind Anhaltswerte. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung.

1.2 GdB und GdS werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Teilhabebeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. Sie setzen voraus, dass der Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und dadurch die Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate (dauerhaft) beeinträchtigt ist.

1.3 Die in Teil B genannten GdB stellen alters-, geschlechts- und trainingsunabhängige typische Werte dar. Sie wurden teilhabeorientiert auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik unter Berücksichtigung versorgungsmedizinischer Erfordernisse festgelegt (§ 153 a des Neunten Buches Sozialgesetzbuch). Sie berücksichtigen bereits:

1.3.1 Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome als Begleiterscheinungen von Gesundheitsstörungen. Sind die psychischen Begleiterscheinungen erheblich höher, als aufgrund der körperlichen Veränderungen zu erwarten wäre, und erfüllen sie die Kriterien einer eigenständigen Diagnose aus

der ICD, liegt eine Komorbidität vor. Diese ist getrennt zu ermitteln und im Rahmen der Bildung des Gesamt-GdB nach Nummer 3.3 zu bewerten.

1.3.2 die üblichen Schmerzen als Symptom einer Gewebeschädigung oder Gewebeerkrankung. Dies schließt auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaften Zustände mit ein. Sind die Schmerzen erheblich höher, als aufgrund der körperlichen Veränderungen zu erwarten wäre, und erfüllen sie die Kriterien einer eigenständigen Diagnose aus der ICD, liegt eine Komorbidität vor. Diese ist getrennt zu ermitteln und im Rahmen der Bildung des Gesamt-GdB nach Nummer 3.3 zu bewerten. Wenn der Schmerz Leitsymptom einer psychischen Störung ist, ist die durch den Schmerz verursachte Teilhabebeeinträchtigung im GdB für die psychische Störung enthalten.

1.3.3 eine Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes, soweit in Teil B nicht anders angegeben. Sind die psychischen Begleiterscheinungen erheblich höher, als aufgrund der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu erwarten wäre, ist Nummer 1.3.1 zu berücksichtigen.

1.3.4 die typischerweise mit der Behandlung einhergehenden Folgen oder Begleiterscheinungen. Bei außergewöhnlichen Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung ist ein höherer GdB gerechtfertigt.

1.4 Je nach Einzelfall kann von den in Teil B genannten GdB mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden.

1.5 Aus dem GdB ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. Individuell neben der Gesundheitsstörung vorliegende Gegebenheiten wie zum Beispiel der ausgeübte oder angestrebte Beruf sowie die Wohnsituation sind nicht zu berücksichtigen.

1.6 Bei Gesundheitsstörungen, die in Teil B nicht genannt sind, ist die Teilhabebeeinträchtigung in Analogie zu dort genannten vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu bewerten.

1.7 Bei Gesundheitsstörungen mit einer im Verlauf typischerweise unterschiedlich stark ausgeprägten Teilhabebeeinträchtigung ist als GdB ein Wert festzusetzen, der die Beeinträchtigungen in ihrem Verlauf am ehesten abbildet. Bei abklingenden Gesundheitsstörungen ist für den GdB der Wert festzusetzen, der der über sechs Monate hinaus (dauerhaft) verbliebenen oder voraussichtlich verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung entspricht.

1.8 Zukünftig zu erwartende Funktionsbeeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen. Jedoch sind innerhalb von sechs Monaten mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit schnell voranschreitende Teilhabebeeinträchtigungen wie in Teil B angegeben zu berücksichtigen.

1.9 Stirbt ein Antragsteller oder eine Antragstellerin innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdB anzusetzen, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Fallen Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod zusammen, kann ein GdB nicht angenommen werden. Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod fallen nicht nur dann zusammen, wenn beide Ereignisse im selben Augenblick eintreten, sondern auch dann, wenn die Gesundheitsstörung in so rascher Entwicklung zum Tode führt, dass der Eintritt der Gesundheitsstörung und des Todes einen untrennbaren Vorgang darstellen.

2. Heilungsbewährung

2.1 Heilungsbewährung ist ein begrenzter Zeitraum, der nach Behandlung von Gesundheitsstörungen (insbesondere bösartigen Neubildungen und Transplantationen innerer Organe) abgewartet werden muss, um den Behandlungserfolg beurteilen zu können.

2.2 Während der Heilungsbewährung wird der GdB in Anbetracht der Ungewissheit über den künftigen Verlauf pauschal höher bewertet als es aus der bloßen Funktionsbeeinträchtigung und damit auch dem Körperschaden folgen würde. Dadurch wird die damit einhergehende Teilhabebeeinträchtigung gewürdigt, ohne dass sie im Einzelnen nachgewiesen sein muss. Nach Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung wird bei rezidivfreiem bzw. im Fall von Transplantationen innerer Organe üblichem Verlauf die dann noch bestehende Teilhabebeeinträchtigung unter Beachtung von Teil B berücksichtigt. Die pauschale Bewertung während der Heilungsbewährung entfällt. Die Heilungsbewährung beginnt erneut, wenn ein Rezidiv aufgetreten ist und kurativ behandelt wurde oder eine Re-Transplantation durchgeführt wurde.

2.3 Der GdB beträgt bei bösartigen Neubildungen und Transplantation innerer Organe im Allgemeinen mindestens 50, in höheren Krankheitsstadien und bei aufwendigeren Transplantationen im Allgemeinen 80, soweit in Teil B nicht anders angegeben.

2.4 Der Zeitraum der Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre, soweit in Teil B nicht anders angegeben.

2.5 Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt der Transplantation bzw. der Zeitpunkt, an dem die bösartige Neubildung durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann. Eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Für andere Gesundheitsstörungen ist der maßgebliche Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung in Teil B angegeben.

2.6 Ein Carcinoma in situ rechtfertigt grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung, soweit in Teil B nicht anders angegeben.

3. Bildung des GdB bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen

3.1 Der GdB als Maß für die Teilhabebeeinträchtigung soll zuerst für die in Teil B genannten Funktionssysteme ermittelt werden. Liegen mehrere Gesundheitsstörungen in einem Funktionssystem vor, ist der GdB für das Funktionssystem in seiner Gesamtheit zu ermitteln. Hierbei gelten die Regelungen für die Bildung des Gesamt-GdB entsprechend.

3.2 Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe aufgrund der Störung mehrerer Funktionssysteme vor, geht die im GdB für das Funktionssystem in seiner Gesamtheit ermittelte Teilhabebeeinträchtigung in den Gesamt-GdB ein. Dabei ist 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 verstärkt, also eine Erhöhung des Gesamt-GdB um mindestens 10 bewirkt. Berechnungsmethoden wie zum Beispiel Addition oder Mittelung sind nicht zulässig.

3.3 Um das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe zu beurteilen, muss aus der gutachterlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass verschiedene Funktionsbeeinträchtigungen sich wechselseitig in unterschiedlicher Weise beeinflussen können:

3.3.1 Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken. Dies hat in der Regel eine erhöhte Teilhabebeeinträchtigung zur Folge.

3.3.2 Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche des täglichen Lebens betreffen. Dies hat häufig eine erhöhte Teilhabebeeinträchtigung zur Folge.

3.3.3 Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich teilweise überschneiden. Dies kann eine erhöhte Teilhabebeeinträchtigung zur Folge haben.

3.3.4 Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich vollständig überschneiden. Dies hat in der Regel keine erhöhte Teilhabebeeinträchtigung zur Folge.

3.4 Die in Teil B genannten Werte sind bei der Bildung des Gesamt-GdB als Vergleich heranzuziehen.

3.5 Von Ausnahmefällen abgesehen, führen zusätzliche leichte Funktionsbeeinträchtigungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Funktionsbeeinträchtigungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung zu schließen. Dies ist jedoch in jedem Fall zu prüfen.“

3. Teil B Nummer 1 wird gestrichen.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung) enthält die Grundsätze für die versorgungsmedizinische Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und im Sozialen Entschädigungsrecht. Die hier festgelegten Vorgaben sind für die feststellende Behörde und die versorgungsmedizinisch tätigen Gutachterinnen und Gutachter verbindlich. Sie stellen sicher, dass Begutachtungen und Feststellungen nach einem bundesweit einheitlichen Maßstab durchgeführt werden. Die versorgungsmedizinischen Grundsätze müssen fortlaufend weiterentwickelt und an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Medizintechnik sowie an sich ändernde umweltbezogene Teilhabebedingungen und die behindertenpolitische Entwicklung angepasst werden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird dabei von einem Beirat beraten. Der Beirat bereitet die Fortentwicklung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vor.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der Teil A (Gemeinsame Grundsätze) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist bei allen Begutachtungen zu beachten. Er stellt die Grundlage für die besonderen Regelungen in den anderen Teilen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze dar. Der Teil A wurde an das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), das sich auch in § 2 SGB IX widerspiegelt, angepasst.

III. Alternativen

Zur Umsetzung der Ziele der versorgungsmedizinischen Begutachtung sind keine zweckmäßigeren Alternativen ersichtlich.

IV. Verordnungsermächtigung

Die Verordnungsermächtigung ergibt sich aus § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 412), und aus § 5 Absatz 2 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), zuletzt geändert durch Artikel 8 Absatz 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 449).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die vorzunehmenden Änderungen sind mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Verordnungsfolgen

Die Änderung in Teil A der Versorgungsmedizinischen Grundsätze schafft die Grundlage dafür, dass nach und nach auch die folgenden Teile der Versorgungsmedizinischen Grundsätze überarbeitet werden können.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Durch die Änderung in Teil A der Versorgungsmedizinischen Grundsätze wurden Regelungen neu strukturiert und insgesamt vereinfacht.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Verordnungsentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Änderungen der Versorgungsmedizin-Verordnung haben keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Länder und Gemeinden.

4. Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger, für die Wirtschaft und für die Verwaltung ändert sich nicht.

5. Weitere Kosten

Für die Wirtschaft entstehen keine weiteren Kosten. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Verordnungsfolgen

Die in der Verordnung vorgesehenen Änderungen haben weder nachteilige Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher noch gleichstellungspolitische oder demografische Auswirkungen. Sie wirken sich positiv auf die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen aus und leisten damit einen Beitrag zum Zusammenhalt in der Gesellschaft.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung ist nicht vorgesehen, weil die Änderungen auf Dauer angelegt sind. Eine besondere Evaluierung ist nicht notwendig, weil Erkenntnisse über die Wirkung der Änderungen auch aus vorhandenen Daten ersehen werden können, z. B. aus der Schwerbehindertenstatistik.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1**Zu den Buchstaben a bis c**

Das Inhaltsverzeichnis wird an die inhaltlichen Änderungen im Teil A und Teil B der Anlage angepasst.

Zu Nummer 2**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Seit dem 26. März 2009 ist für Deutschland das "Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen" (UN-BRK) verbindlich. Ziel der UN-BRK ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Dieses Verständnis von Behinderung liegt auch der Versorgungsmedizin-Verordnung zugrunde. Die in der Versorgungsmedizin-Verordnung verwendeten Begriffe richten sich nach den Definitionen der sich ergänzenden Internationalen Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – ICD, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF). Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenessein in eine Lebenssituation. Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Innerhalb dieser Komponenten sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenesseins zu Grunde gelegt werden. Funktionsfähigkeit ist in der ICF der Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und die Teilhabe. Behinderung ist in der ICF die Beeinträchtigung von Funktionsfähigkeit und bezeichnet somit die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie die Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe jeweils in Wechselwirkung mit Barrieren. Der in der Versorgungsmedizin-Verordnung verwendete Begriff Gesundheitsstörung entspricht dem in der ICF verwendeten englischen Begriff „health condition“.

Zu Buchstabe c**Zu 1****Zu 1.1**

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 1, Teil A Nummer 2 Buchstabe a Satz 2, Teil A Nummer 2 Buchstabe e Satz 1, Teil B Nummer 1 Buchstabe a der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 1.2

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe a Satz 1, Teil A Nummer 2 Buchstabe b, Teil A Nummer 2 Buchstabe c, Teil A Nummer 2 Buchstabe f der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 1.3

Die Vorschrift regelt, welche Begleiterscheinungen in den GdB-Werten bereits berücksichtigt und deshalb nicht gesondert zu bewerten sind.

Zu 1.3.1

Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe i der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009), wird jedoch präziser gefasst. Der Begriff der Komorbidität (gleichzeitiges Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Erkrankungen) ist klar definiert. Liegt eine psychische Komorbidität vor, wird auf die Regeln der Gesamt-GdB-Bildung zurückgegriffen.

Zu 1.3.2

Die Vorschrift regelt die Berücksichtigung von Schmerzen und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe j der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Schmerzen nach Nervenschädigungen und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdB.

Zu 1.3.3

Die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes war im bisherigen Recht Teil der Regelung für die Berücksichtigung seelischer Begleiterscheinungen (Teil A Nummer 2 Buchstabe i der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Aus Gründen der Klarstellung erfolgt nun die Regelung unter einer eigenen Nummer.

Zu 1.3.4

Diese Regelung stand bisher in Teil B Nummer 1 Buchstabe c Satz 8 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009. In Teil B Nummer 1 Buchstabe c ist die Heilungsbewährung geregelt. Nun wird auch für GdB, die nicht unter die Heilungsbewährung fallen, klargestellt, dass außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung zusätzlich zu berücksichtigen sind.

Zu 1.4

Die GdB in Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind zwar grundsätzlich verbindlich, wie im bisherigen Recht kann jedoch im Einzelfall mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung von ihnen abgewichen werden. Dies ist immer dann der Fall, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, die so atypisch sind, dass sie eine Ausnahmeentscheidung gerechtfertigt erscheinen lassen.

Zu 1.5

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe b der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Die Wohnsituation und weitere individuell neben der Gesundheitsstörung vorliegende Gegebenheiten spielen wie bisher für den GdB keine Rolle. Nicht berücksichtigt wird also beispielsweise, ob und inwieweit das persönliche Umfeld des Betroffenen, wie seine Wohnung, sein Arbeitsplatz oder sein Wohnort, barrierefrei gestaltet sind oder ob es hier einstellungsbedingte Vorbehalte gegenüber seiner Behinderung gibt. Einstellungs- und umweltbedingte Barrieren sind generalisierend in den GdB der Versorgungsmedizinischen Grundsätze berücksichtigt.

Zu 1.6

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil B Nummer 1 Buchstabe b der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 1.7

Bei Gesundheitsstörungen mit einer im Verlauf regelhaft unterschiedlich stark ausgeprägten Teilhabebeeinträchtigung ist wie bisher für den GdB ein Durchschnittswert festzusetzen. Dies bedeutet: Wenn der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), können die zeitweiligen Verschlechterungen – aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB-Beurteilung ein Mittelwert für das Ausmaß der Beeinträchtigung gebildet werden.

Zu 1.8

Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe h der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009), wonach zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen nicht zu berücksichtigen sind. Sie wurde in Satz 2 um eine Klarstellung ergänzt, dass dabei den Besonderheiten bestimmter Gesundheitsstörungen in Teil B Rechnung getragen wird. Zu diesen Gesundheitsstörungen gehören solche mit einem rasch fortschreitenden Verlauf und schlechter Prognose, wie die amyotrophe Lateralsklerose oder nicht mehr heilbare Krebserkrankungen.

Zu 1.9

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe g der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 2

Die bisher in Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze geregelte Heilungsbewährung wird in den Teil A gezogen. Das bewährte Konstrukt der Heilungsbewährung bleibt inhaltlich unverändert.

Zu 2.1

Mit dieser Regelung wird eine Definition der Heilungsbewährung vorgenommen.

Zu 2.2

Der Begriff „Heilungsbewährung“ wurde 1962 vom Bundessozialgericht geprägt (BSG, Urteil vom 22. Mai 1962 - 9 RV 590/59 -, BSGE 17, 63, SozR Nr. 17 zu § 62 BVG). Das rechtliche Konstrukt der Heilungsbewährung basiert auf einer jahrzehntelang geübten Praxis. Der „Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizinische Begutachtung“ sprach sich dafür aus, hieran festzuhalten, auch wenn die ihm zugrundeliegende wissenschaftliche Evidenz unzureichend ist.

Ziel der Heilungsbewährung ist es, durch eine pauschale Bewertung des GdB vor allem transplantierten sowie krebserkrankten Menschen unmittelbar nach Diagnosestellung und Behandlungsbeginn rasch und ohne aufwendige Ermittlungen zunächst unterschiedslos einen GdB von mindestens 50 und damit den Schwerbehindertenstatus zuzubilligen. Trotz der grundsätzlich vorgesehenen Pauschalierung sind die Versorgungsbehörden verpflichtet, besonders gelagerten Einzelfallkonstellationen Rechnung zu tragen und außergewöhnliche

Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 30. September 2009 – B 9 SB 4/08 R –, SozR 4-3250 § 69 Nr. 10; BSG, Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 4/10 R). Laut Bundessozialgericht gibt es deshalb keine verfassungsrechtlichen Bedenken, am Modell der Heilungsbewährung festzuhalten (BSG, Urteil vom 11. August 2015 - B 9 SB 2/15 R –, SozR 4-1300 § 48 Nr. 31).

Auch wenn der Begriff dies zu implizieren scheint, bedeutet das Ende der Heilungsbewährung nicht zwangsläufig, dass eine Heilung eingetreten ist. Nach Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung kann dennoch nach rückfallfreiem Verlauf bzw. im Fall von Transplantationen innerer Organe nach üblichem Krankheitsverlauf der Zustand als stabilisiert und gebessert angesehen werden.

Zu 2.3

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil B Nummer 1 Buchstabe c Satz 10 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Der für bösartige Neubildungen und Transplantation innerer Organe festgesetzte GdB erhöht sich - entsprechend der größeren Teilhabebeeinträchtigung - in höheren Krankheitsstadien und bei aufwendigeren Transplantationen (z. B. Herz-Lungen-Transplantation). Hier ist wie bisher im Allgemeinen ein GdB von 80 anzusetzen.

Zu 2.4

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil B Nummer 1 Buchstabe c Satz 5 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Die Bewertungsgrundsätze für die Heilungsbewährung bleiben unverändert: Der Zeitraum der Heilungsbewährung bemisst sich bei bösartigen Neubildungen am Krankheitsstadium und am tumorspezifischen Progressionsrisiko. Er beträgt in der Regel fünf Jahre, bei Neubildungen in niedrigen Krankheitsstadien und mit geringem Progressionsrisiko sowie bei Transplantationen innerer Organe zwei Jahre.

Zu 2.5

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil B Nummer 1 Buchstabe c Satz 6 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 2.6

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil B Nummer 1 Buchstabe d der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Die Regelung für das Carcinoma in situ der Brustdrüse und das Carcinoma in situ der Harnblase kann entfallen, da sich gleichlautende Regelungen bereits in Teil B Nummer 14.1 und Nummer 12.2.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze befinden.

Zu 3

Die Nummer 3 enthält die Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB.

Zu 3.1

Die Regelungen entsprechen im Wesentlichen dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe e Satz 2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Ergänzt wird die ausdrückliche Klarstellung, dass auch bei der zusammenfassenden Beurteilung innerhalb eines Funktionssystems die Regelungen für die Bildung des Gesamt-GdB gelten.

Zu 3.2

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 2 Buchstabe e, Teil A Nummer 3 Buchstabe a und Teil A Nummer 3 Buchstabe c der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 3.3

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 3.3.1

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Diese Fallkonstellation liegt insbesondere bei Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen vor. Sie kann auch vorliegen, wenn eine Ausgleichsfunktion gestört ist, wie zum Beispiel bei einer Gesichtsfeldeinschränkung mit einer vollständigen Rotationseinschränkung der Halswirbelsäule zu derselben Seite.

Zu 3.3.2

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Diese Fallkonstellation liegt beispielsweise bei einer Schädigung der unteren Extremitäten und des Hörvermögens vor. Die erste betrifft insbesondere die bewegungsbezogenen Funktionen und die damit verbundenen Aktivitäten, die zweite eine Sinnesfunktion und die damit verbundenen Aktivitäten. Ob und inwieweit in diesen Fällen die weitere Gesundheitsstörung eine Erhöhung des höchsten Einzel-GdB um mindestens zehn bewirkt, hängt vom Einzelfall ab und kann gut im Vergleich des Gesamt-GdB mit den in Teil B angegebenen festen Werten begründet werden (siehe Nummer 3.4).

Zu 3.3.3

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Diese Fallkonstellation liegt beispielsweise bei einer Gesichtsfeldeinschränkung mit einer endgradigen Rotationseinschränkung der Halswirbelsäule zu derselben Seite vor.

Zu 3.3.4

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe dd i. d. F. vom 1. Januar 2009). Eine derartige Fallkonstellation liegt beispielsweise bei einer Lähmung des Nervus peroneus und einer Sprunggelenkversteifung auf derselben Seite vor.

Zu 3.4

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe b der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009).

Zu 3.5

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht (Teil A Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe ee der Versorgungsmedizinischen Grundsätze i. d. F. vom 1. Januar 2009). Ein solcher Ausnahmefall liegt beispielsweise bei einer hochgradigen Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit vor.

Zu Nummer 3

Teil B Nummer 1 kann entfallen, die die dort bisher normierte Regelung zur Heilungsbewährung in den Teil A Nummer 2 gezogen worden ist.

Zu Artikel 2

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.