

05.11.10

AS - G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales

**Dritte 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.

B. Lösung

Änderung der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Durch die Verordnung ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

2. Vollzugaufwand

Ein Mehr an Vollzugaufwand ergibt sich durch die Verordnung nicht.

E. Sonstige Kosten

Keine.

F. Bürokratiekosten

Es werden mit der Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

Bundesrat

Drucksache 713/10

05.11.10

AS - G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales

**Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-
Verordnung**

Der Chef des
Bundeskanzleramtes

Berlin, den 4. November 2010

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Hannelore Kraft

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

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

Dritte 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.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen
Ronald Pofalla

Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Vom ...

Auf Grund des § 30 Absatz 17 des Bundesversorgungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe i des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung:

Artikel 1

Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412), die zuletzt durch die Verordnung vom 14. Juli 2010 (BGBl. I S. 928) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Teil A Nummer 5 Buchstabe d wird wie folgt geändert:

a) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

„bb) Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, die für sich allein einen GdS von mindestens 50 bedingen, und bei anderen gleich schweren, im Kindesalter beginnenden Verhaltens- und emotionalen Störungen mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist regelhaft Hilflosigkeit bis zum 18. Lebensjahr anzunehmen.“

b) In Doppelbuchstabe dd werden die Wörter „Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte“ durch die Wörter „Vollendung des 18. Lebensjahres“ ersetzt.

2. Teil B wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3.5 werden die Wörter

„Autistische Syndrome

leichte Formen (z. B. Typ Asperger)

50 - 80

sonst

100“

durch die Wörter

„Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Eine pauschale Festsetzung des GdS nach einem bestimmten Lebensalter ist nicht möglich.

Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)

Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

- ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 10 – 20,
- mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 30 – 40,
- mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 50 – 70,
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 80 - 100.

Die Kriterien der Definitionen der ICD-10-GM Version 2010 müssen erfüllt sein.

Soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen. Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (zum Beispiel einen Integrationshelfer als Eingliederungshilfe) möglich ist. Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.“

ersetzt.

b) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

aa) Der zweite Absatz wird wie folgt gefasst:

„Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu bestimmen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen zulässig (zum Beispiel bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern). Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten oder Methoden zu prüfen, die den Empfehlungen der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben.“

bb) Im dritten Absatz werden vor dem Wort „nur“ die Wörter „zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen“ eingefügt und die Angabe „III/4“ durch die Angabe „III/4e“ ersetzt.

cc) Nummer 4.2 wird wie folgt gefasst:

„4.2 Linsenverlust

Linsenverlust korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse

Linsenverlust eines Auges

Sehschärfe 0,4 und mehr	10
Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4	20
Sehschärfe weniger als 0,1	25-30

Linsenverlust beider Augen

Beträgt der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdS nicht mehr als 60, ist dieser um 10 zu erhöhen.

Die GdS-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus. Maßgebend ist der objektive Befund.

Bei Versorgung mit Starbrille ist der aus der Sehschärfe für beide Augen sich ergebende GdS um 10 zu erhöhen, bei Blindheit oder Verlust des anderen Auges um 20.

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdS nach der Restsehschärfe.“

c) In Nummer 18.12 werden die Wörter

„18.12 Bei Endoprothesen der Gelenke ist der GdS abhängig von der verbliebenen Bewegungseinschränkung und Belastbarkeit.

Folgende Mindest-GdS sind angemessen:

Hüftgelenk

einseitig 20

beidseitig 40

Kniegelenk

einseitig 30

beidseitig 50

Endoprothesen anderer großer Gelenke sind entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten.“

durch die Wörter

„**18.12**

Endoprothesen

Es werden Mindest-GdS angegeben, die für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen.

Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch

- Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung,
- Nervenschädigung,
- deutliche Muskelminderung,
- ausgeprägte Narbenbildung.

Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

Hüftgelenk

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

Kniegelenk

Bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 20,

Bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30,

Bei einseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

Oberes Sprunggelenk

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

Schultergelenk

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 40;

Ellenbogengelenk

Bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30,

Bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 50;

Kleine Gelenke

Endoprothesen bedingen keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.“
ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Der zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich ausschließlich um Anpassungen an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

Es werden mit der Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

1. Zu Nummer 1 Buchstabe a

Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Der erheblichen Varianz der Ausprägung dieser besonderen im Kindesalter beginnenden psychischen Störungen wird mit der Angabe eines Mindest-GdS Rechnung getragen. Aufgrund der neuronalen Veränderungen in Pubertät und Adoleszenz besteht in diesen Lebensphasen häufig eine hohe Krankheitsausprägung.

2. Zu Nummer 1 Buchstabe b

Der in der VersMedV verwendete Begriff „spezielle Schulausbildung für Sehbehinderte“ ist nicht einheitlich definiert. Die Integration in die Regelschule ist mittlerweile häufig. Hilflosigkeit ist weder an eine spezielle noch an die Schulausbildung überhaupt gebunden. Daher ist es sinnvoll, Hilflosigkeit bei Sehbehinderung an das Lebensalter, und zwar die Vollendung des 18. Lebensjahres, zu binden. Mit dieser Formulierung sind auch Jugendliche eingeschlossen, die sich in einer beruflichen Ausbildung befinden.

3. Zu Nummer 2 Buchstabe a

Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Es handelt sich um angeborene Störungen. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Es besteht eine große Varianz der Ausprägung. Eine wissenschaftlich anerkannte, allgemein verbindliche Übereinkunft über die Definition von Schweregraden bei tief greifenden Entwicklungsstörungen besteht derzeit nicht. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird bei diesen Störungen insbesondere durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Betroffenen und der daraus resultierenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten bestimmt. Die GdS-Einstufung erfolgt in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen. Die Ergänzungen sind Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei diesen Gesundheitsstörungen.

4. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zur Sehschärfestimmung sehen für den allgemeinen Sehtest eine Darbietungszeit von bis zu zehn Sekunden pro Landolt-Ring vor. Um eine Ungleichbehandlung zu vermeiden, wird der Satz „Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.“ in Teil B Nummer 4 gestrichen. Damit wird der vorher bestehende Widerspruch zu den Empfehlungen der DOG zum allgemeinen Sehtest ausgeräumt.

5. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung „zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen“ ist notwendig, da zum Ausschluss eines pathologischen Befundes das Ergebnis einer statischen Perimetrie verwendet werden kann. Zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen müssen jedoch weiterhin Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwertet werden. Der Zusatz „e“ präzisiert die Leuchtdichte der anzuwendenden Reizmarke.

6. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc

Die pauschale Addition eines GdS von 10 zu dem sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebenden GdS bei durch intraokulare Kunstlinse oder durch Kontaktlinse korrigiertem Linsenverlust beider Augen (wie bisher in der VersMedV festgelegt) ist nicht immer gerechtfertigt. Abhängig von der Sehschärfe beider Augen kommt es entweder zu keiner oder zu einer wesentlichen Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung. Die Minderung des Kontrastsehens und die Verstärkung der Blendempfindlichkeit kann die Teilhabebeeinträchtigung wesentlich verstärken. Diesen Umständen wird durch die Neuformulierung Rechnung getragen.

7. Zu Nummer 2 Buchstabe c

Klinische Studien belegen, dass sich das auf die Teilhabe auswirkende Behandlungsergebnis nach endoprothetischem Ersatz des Hüft- und Kniegelenks im Vergleich zu den Erkenntnissen vor 15 Jahren gebessert hat. Zudem ist der endoprothetische Gelenkersatz des Schulter-, Ellenbogen- und oberen Sprunggelenks mittlerweile kein Einzelfall mehr. Dadurch ist die Bewertung dieser Gelenkendoprothesen notwendig.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz
Entwurf einer Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-
Verordnung vom 10.12.2008 (NKR-Nr. 1370)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o. g. Verordnung auf Bürokratiekosten, die durch Informationspflichten begründet werden, geprüft.

Mit dem vorliegenden Entwurf werden keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder aufgehoben.

Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Prüfauftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Kreibohm
Berichterstatte