

Änderungen und Ergänzungen der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit"

Folgende Änderungen und Ergänzungen zu den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit" wurden vom 01.01.2008 - 31.12.2008 vorgenommen:

Seit 01.01.2009 gilt die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), siehe [Versorgungsmedizin](#).

Änderungen und Ergänzungen seit 01.01.2008

1. Rundschreiben BMAS vom 12. März 2008 -Az. IVc6-48065-3-:

Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit Nummer 33 (Merkzeichen RF - Nachteilsausgleich)

Die Änderung der Nummer 33 Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung nach dem Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) gab Anlass zu Missverständnissen bei deren praktischen Anwendung. Hierzu nehme ich wie folgt Stellung:

- Die Feststellung gesundheitlicher Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen trifft nach wie vor die zuständige Behörde nach § 69 Absatz 4 SGB IX.
- Die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht wird durch die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) ausgesprochen.
- Die unter Nummer 33 Absatz 2 Buchstabe c genannten Erläuterungen und Hinweise wurden den Rundfunkgebührenbefreiungsverordnungen der Länder entnommen, die mit in Kraft treten des 8. Rundfunkgebührenstaatsvertrags 2005 aufgehoben wurden. Deshalb entfiel die Grundlage zur Veröffentlichung in den Anhaltspunkten.
- Eine Neugestaltung von Befreiungsvoraussetzungen liegt alleine in der Verantwortung der Länder; die Bundesregierung hat keine Einwirkungsmöglichkeiten auf die Inhalte des zwischen den Ländern abgeschlossenen Staatsvertrags.
- Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat empfohlen, die bisher geltenden Vorgaben für die ärztliche Begutachtung zu Merkzeichen RF weiter anzuwenden.

2. Rundschreiben Anhaltspunkte vom 14. Juli 2008 -IV c 6 - 46052-2/58-:

Begutachtungsrelevante Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 7. bis 8. November 2007:

Frühkarzinoms des Darms

Der klinische Begriff "Frühkarzinom des Darms" beschreibt einen höchstens die Tela submucosa infiltrierenden Darmtumor. Dies entspricht in der Regel einem Tumorstadium Tis bis T 2 nach TNM-Klassifikation.

Blutstammzelltransplantation

Die Blutstammzelltransplantation hat an klinischer Bedeutung die Knochenmarktransplantation ersetzt. Der Beirat empfahl, die Überschrift in der Nummer 26.16 der Anhaltspunkte auf Seite 104 "Knochenmarktransplantation" durch "Knochenmark- und Stammzelltransplantation" zu ersetzen.

Diabetes und parenterale Therapie (GLP-1)

Die Therapie mit parenteral anzuwendenden Antidiabetica, die nicht zu Hypoglykämien führen (wie z.B. GLP-1) ist nicht anders als die Therapie mit entsprechenden oralen Antidiabetica zu beurteilen.

Bronchialasthma im Kindesalter und "Hilflosigkeit"

Die Altersgrenze für Asthma bronchiale im Kindesalter (Nummer 26.8 der Anhaltspunkte) endet formal mit Vollendung des 14. Lebensjahres. Dies führt in der Praxis zu Irritationen, da die Altersgrenze für "Hilflosigkeit" in der Nummer 22 Absatz 4g bei 16 Jahren liegt. Der Beirat empfahl deshalb folgende Änderung der "Anhaltspunkte": In der Nummer 26.8 auf Seite 69 wird die Überschrift "Bronchialasthma bei Kindern" mit "und Jugendlichen" ergänzt.

LKGS-Spalten und "Hilflosigkeit"

Nach Änderung der Beurteilungskriterien zur LKGS-Spalte in der Nummer 26.7 der "Anhaltspunkte" ist eine Anpassung der Nummer 22 Absatz 4f der "Anhaltspunkte" auf Seite 30 erforderlich. Der Klammerinhalt der Zeile 2 "in der Regel 5. Lebensjahr" wird durch "in der Regel ein Jahr nach der Operation" ersetzt.

Feststellung von Blindheit

Die Feststellung von Blindheit erfordert - auch in Hinsicht auf die Bindungswirkung der Entscheidung - eine besondere augenärztliche Begutachtung nach den Richtlinien der DOG durch einen gutachtlich erfahrenen Augenarzt. Der behandelnde Augenarzt sollte zur Vermeidung eines Interessenkonfliktes mit der Erstellung eines solchen Gutachtens nicht beauftragt werden.

Feststellung von "B"

Die durch das "Zweite Gesetz zur Änderung des Betriebsrentengesetzes" erfolgte Änderung des § 146 SGB IX führte zu einem die ärztliche Begutachtung berührenden Widerspruch zwischen § 146 Absatz 1 und § 146 Absatz 2 SGB IX. Laut amtlicher Gesetzesbegründung (BT 16/3007) handelt es sich bei der Änderung des § 146 SGB IX lediglich um eine Klarstellung des vom Gesetzgeber Gemeinten. Eine Ausweitung oder Einengung des betroffenen Personenkreises erfolgt damit nicht. Nach Meinung des BMAS begründet die Gesetzesänderung somit keine Änderung des Feststellungsverfahrens oder der gesundheitlichen Voraussetzungen für Erteilung der Merkzeichen "G" und "B".

Feststellung von "RF"

Seit Inkrafttreten des 8. Rundfunkänderungsvertrags entscheidet die GEZ im Auftrag der Länder über Rundfunkgebührenbefreiungen. Gleichzeitig traten die

Rundfunkgebührenbefreiungsverordnungen der Länder außer Kraft. Da die GEZ länderübergreifend eine einheitliche Verwaltungspraxis gewährleistet, erfolgt folgende Änderung der "Anhaltspunkte":

In der Nummer 27 Seite 135 bis 136 wird der Absatz 5 ersatzlos gestrichen. In der Nummer 33 Seite 141 bis 142 der "Anhaltspunkte" wird der bisherige Text bis auf die Überschrift komplett gestrichen und statt dessen folgender neuer Text eingefügt: "Der Achte Staatsvertrag zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Achter Rundfunkänderungsstaatsvertrag), in Kraft getreten zum 1.4.2005, regelt in Artikel 5 § 6 die Gebührenbefreiung natürlicher Personen. Gleichzeitig sind die Rundfunkbefreiungsverordnungen der Länder außer Kraft getreten. Mit dieser Änderung obliegt die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht seit dem 1.4.2005 nicht mehr den Sozialbehörden, sondern den Landesrundfunkanstalten, die ihrerseits die GEZ beauftragt haben, das Verfahren in ihrem Auftrag zentral durchzuführen."

3. **Rundschreiben Anhaltspunkte vom 22. September 2008 - IV c 3 - 48064 - 3-:**

Empfehlungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin zur Begutachtung des GdS/GdB bei Diabetes mellitus:

Das Bundessozialgericht hat sich im Urteil vom 24. April 2008 B 9/9a SB 10/06 R mit der Frage der Teilhabestörung bei mit Insulin behandeltem Diabetes mellitus befasst und festgestellt, - die einschlägigen Ausführungen unter Nr. 26.15 der "Anhaltspunkte" für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Anhaltspunkte) bedürften einer differenzierteren Betrachtung und entsprächen nur mit gewissen Maßgaben dem höherrangigen Recht und dem Stand der Wissenschaft".

So sei zum einen die Unterteilung des Diabetes mellitus in Typ 1 und Typ 2 gutachtlich wenig hilfreich, zum anderen sei nach Maßgabe des BSG der GdB relativ niedrig anzusetzen, wenn mit geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht wird; mit (in beeinträchtigender Weise) wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabiler Stoffwechsellage) sei der GdB höher einzuschätzen.

Diese Ausführungen bedürfen aus Sicht des BMAS weiterer Klärung. Dazu ist eine Anhörung ärztlicher Sachverständiger durch das BMAS geplant.

Bis das Ergebnis dieser Sachverständigenanhörung vorliegt, empfiehlt der ärztliche Sachverständigenbeirat "Versorgungsmedizin" zur Beurteilung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. Grades der Behinderung (GdB) bei Diabetes mellitus folgende Tabelle anzuwenden, die die Vorgaben des BSG berücksichtigt.

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente)	0
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen	10
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung erhöhen	20
Unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten,	30-40

je nach Stabilität der Stoffwechsellage (stabil oder mäßig schwankend)
Unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage einschließlich gelegentlicher schwerer Hypoglykämien 50

Häufige, ausgeprägte oder schwere Hypoglykämien sind zusätzlich zu bewerten.
Schwere Hypoglykämien sind Unterzuckerungen, die eine ärztliche Hilfe erfordern.

Diese Tabelle ersetzt den Abschnitt "Diabetes mellitus" auf S. 99 der Anhaltspunkte Ausgabe 2008.

4. Rundschreiben vom 2. Dezember 2008 -IV c 3- 46052 - 2/60-

Beschluss vom 6./7. November 2008 zu posttraumatischer Belastungsstörung - Klinik und Begutachtung -

Die im Zusammenhang mit der Anwendung des Beschlusses der Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 12./13. November 1997 (die Begutachtung bei posttraumatischer Belastungsstörung betreffend) aufgetretenen Probleme wurden eingehend mit psychiatrisch-gutachtlich besonders erfahrenen Sachverständigen in einem Fachgespräch am 30. und 31. Oktober 2007 erörtert. Das Ergebnis dieses Fachgespräches wurde mehrfach im ärztlichen Sachverständigenbeirat diskutiert, dieser empfahl auf seiner Sitzung am 06. bis 07. November 2008 folgende Neufassung des Beschlusses zu TOP 1.1 vom November 1997:

Posttraumatische Belastungsstörung - Klinik und Begutachtung

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung setzt eine sorgfältige *psychiatrische* Untersuchung und eine genaue Orientierung an den von der ICD-10 (F 43.1) **und** dem DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vorgegebenen diagnostischen Kategorien voraus.

Das bedeutet, dass

- A. die betroffene Person Opfer oder Zeuge eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse war, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten **und** dass die Reaktion des/der Betroffenen intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfasste,
 - B. ein *ständiges* Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses auf mindestens *einer* der im DSM IV - TR genannten Arten gutachtlich auf Befundebene nachvollziehbar geschildert wird,
 - C. eine anhaltende Vermeidung von Stimuli, **die mit dem Trauma in Verbindung stehen**, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität, **die vor dem Trauma nicht vorhanden war**, in mindestens *drei* der im DSM IV genannten Merkmale zum Ausdruck kommt,
 - D. anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus vorliegen, **die vor dem Trauma nicht vorhanden waren** und die durch mindestens *zwei* der im DSM IV genannten Merkmale gekennzeichnet sind.
- Bei der Erhebung dieser Befunde können psychologische Zusatzuntersuchungen

hilfreich sein, so sollte im Zweifelsfall die Glaubhaftigkeit der Aussagen des Betroffenen durch entsprechende Standardverfahren (z. B. Beschwerden-Validierungstest, MMPI-2) belegt werden.

E. das Störungsbild länger als 1 Monat dauert und in klinisch bedeutender Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht.

Hieraus ergibt sich: Die Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" ist - abgesehen von der Grundvoraussetzung, dass ein unter A. beschriebenes **schwerwiegendes Trauma** erwiesenermaßen erlebt wurde - nur zu stellen, wenn im psychischen Bereich mindestens **sechs** verschiedene Symptome, unterschiedlich aufgegliedert, erkennbar sind, die unmittelbar (durch Formen des Wiedererlebens oder durch Vermeidungsstrategien) auf das traumatische Erlebnis zu beziehen und **neu** nach dem Trauma in Erscheinung getreten sind.

Die der chronischen PTBS vorangehende Akutsymptomatik tritt in der Regel innerhalb eines Monats nach dem traumatisierenden Ereignis auf, völliges Fehlen von Symptomen ist aber - wenn auch selten - möglich. Das differentialdiagnostische Abwägen hat besonders kritisch zu erfolgen.

Allgemein sollte differentialdiagnostisch insbesondere an folgende Gesundheitsstörungen gedacht werden: affektive Störungen, Angsterkrankung, Anpassungsstörung, Trauerreaktion, Zwangsstörungen, psychotische Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, akute Belastungsstörung, Simulation.

Der Gutachter soll sorgfältig dokumentieren, welche diagnostisch wegweisenden Beschwerden geschildert werden und welche auf Befundebene nachvollziehbar sind, dabei sind auch negative Befunde zu erwähnen.

Liegen nur einzelne Symptome und nicht die in den Bereichen B., C. und D. jeweils geforderte Mindestanzahl von Symptomen vor, ist die Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" nicht gerechtfertigt, auch dann nicht, wenn die Symptome z.B. ein Wiedererleben des traumatischen Ereignisses zum Inhalt haben oder wenn die Mindestanzahl der unter C. und D. angegebenen psychischen Störungen nur unter Einbeziehung von Störungen, die schon vor dem Trauma bestanden haben, zustande kommt. Allerdings können auch Teilsymptome bzw. andere psychische Traumafolgen Funktionsstörungen bedingen. Sind alle Kriterien der PTBS erfüllt, ist ein GdS von wenigstens 30 gerechtfertigt.

Unter diesen Umständen ist es erforderlich, schon bei der **Erstbegutachtung** nach einem psychischen Trauma bei der Frage einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nur sorgfältig nach den einzelnen Symptomen zu forschen, sondern auch anamnestisch genau zu differenzieren, welche Symptome bereits **vor** dem Trauma bestanden haben und welche **nach** dem Trauma **neu** entstanden sind.

Zu beachten ist, dass sich die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung erst nach einer **Latenzzeit** von Wochen oder Monaten ausbilden können (in der Regel innerhalb 3 Monate). Wenn die Symptomatik erst sechs Monate nach dem Trauma oder später beginnt, wird im DSM IV von einem "Typus mit verzögertem Beginn" gesprochen. In solchen Fällen muss besonders geprüft werden, ob und wieweit Erlebnisse nach dem Trauma die Symptomatik mitbestimmen.

In analoger Weise sind bei **Nachuntersuchungen** von Traumaopfern, bei denen eine "posttraumatische Belastungsstörung" als Schädigungsfolge anerkannt wurde, die noch bestehenden Symptome genau zu ermitteln, und bei längerem Fortbestehen von Symptomen, die zur "Einschränkung der allgemeinen Reagibilität" (C.) oder zu den "Symptomen eines erhöhten Erregungsniveaus" (D.) gehören, ist zu prüfen, ob diese unspezifischen Symptome noch kausal auf das traumatische Ereignis zurückzuführen oder durch psychische Belastungen anderer Art bedingt sind ("Verschiebung der Wesensgrundlage"). Solche Nachuntersuchungen sind im Hinblick auf die grundsätzlich mögliche Reversibilität posttraumatischer Belastungsstörungen - von wenigen Fällen abgesehen (so auch ICD-10) - in der Regel zwei Jahre nach der Feststellung dieser Traumafolge durchzuführen.

Ich bitte, diese Neufassung bei der Begutachtung zu beachten.

5. **Rundschreiben vom 15. Dezember 2008 und vom 26. Januar 2009**
- IV c 3 - 46052 - 2/60 -

Beschlüsse vom 6./7. November 2008 zur Änderung der "Anhaltspunkte" - Ausgabe 2008- mit entspr. Ergänzung/Änderung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zur VersMedV)
Empfehlung zur Beachtung bei Begutachtungen auch vor Inkrafttreten der entspr. ÄnderungsV zur VersMedV

Rundschreiben vom 15. Dezember 2008:

Der ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat auf seiner Sitzung am 06. und 07. November 2008 folgende, die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" ändernde Beschlüsse gefasst.

1. Abhängigkeit von Substanzen oder von Verhaltensweisen
Fußend auf ein psychiatrisches Fachgespräch zur Begutachtung von Suchtkrankheiten vom 30. und 31. Oktober 2007 empfiehlt der Beirat, die Abschnitte "Alkoholkrankheit, -abhängigkeit" und "Drogenabhängigkeit" auf Seite 48 bis 49 der Nummer 26.3 der "Anhaltspunkte" durch folgenden Text zu ersetzen:

"Schädlicher Gebrauch potenziell zur Abhängigkeit führender Substanzen - Abhängigkeit von Substanzen oder von Verhaltensweisen"

Der schädliche Gebrauch ohne körperliche und/oder psychische Schädigung bedingt keinen Grad der Behinderung, keinen Grad der Schädigungsfolgen. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liegt vor, wenn als Folge des chronischen Substanzkonsums mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Der unwiderstehliche Drang, die Substanz zu konsumieren
- Eine verminderte Kontrollfähigkeit (Kontrollverlust)
- Körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten zu Gunsten des

Substanzkonsums

- Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen.

	GdS
Schädlicher Gebrauch von potenziell zu Abhängigkeit führenden Substanzen bzw. entsprechender Verhaltensweisen mit leichteren psychischen Störungen	0 - 20
Abhängigkeit	
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30 - 40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50 - 70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80 - 100

Ist im Falle einer Abhängigkeit, die zuvor mit einem GdB beziehungsweise GdS von mindestens 50 zu bewerten war, Abstinenz erreicht, muss eine Heilungsbewährung von 2 Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der Abstinenz abgewartet werden. Während dieser Zeit ist ein GdB beziehungsweise GdS von 30 anzunehmen, es sei denn, die bleibenden psychischen oder hirnorganischen Störungen rechtfertigen einen höheren GdB beziehungsweise GdS. Weitere Organschäden sind unter Beachtung von Nr. 18 Abs. 4 der AHP (ab 01.01.09 Teil B Nr. 2 e der Versorgungsmedizinischen Grundsätze) zu bewerten.

Zu den Verhaltensweisen, die potenziell zu Abhängigkeit führen (sogenannte "nicht-stoffgebundene Abhängigkeiterkrankungen"), gehört z.B. pathologisches Spielen."

Es wird empfohlen, ab 01.01.2009 den Abschnitt 3.8 der versorgungsmedizinischen Grundsätze Teil B der Versorgungsmedizin-Verordnung durch den vorstehenden Text zu ersetzen.

2. Anfallsleiden

In Nummer 30, Abschnitt 4 der "Anhaltspunkte" 2008 Seite 138 werden hinter "mittlere Anfallshäufigkeit" die Worte "mit einem GdS von wenigstens 70" eingefügt.

Es wird empfohlen, diese Änderung in Teil D Nummer 1e der versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung ab 01.01.2009 zu übernehmen.

3. Frühkarzinom des Darmes

In Nummer 26.10 der Anhaltspunkte auf Seite 80 werden in dem Satz "nach

Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden" die Worte "im Frühstadium" durch "im Stadium (T1 bis T2) N0 M0" ersetzt.

Es wird empfohlen, diese Änderung in Teil B Nummer 10.2.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung ab 01.01.2009 zu übernehmen.

4. Hilflosigkeit bei Kindern

In Nummer 22 Abschnitt d) der "Anhaltspunkte" 2008 auf Seite 29 sind hinter den Worten "bei Kindern" die Worte "und Jugendlichen" einzufügen.

Es wird empfohlen, diese Änderung im Teil A Nummer 5dd der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung ab 01.01.2009 zu übernehmen.

5. Nierenkarzinome

In Nummer 26.12 der Anhaltspunkte 2008 auf Seite 90 ist im Abschnitt Heilungsbewährung von 5 Jahren der Zusatz "mit Entfernung der Niere" und "einschließlich Niere und Harnleiter" zu streichen.

Es wird empfohlen, diese Änderung in Teil B Nr. 12.1.4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung ab 01.01.2009 zu übernehmen.

6. Fibromyalgie

In Nummer 26.18 der Anhaltspunkte 2008 auf Seite 113 werden im Absatz Fibromyalgie die **Worte "Die Fibromyalgie und ähnliche**

Somatisierungssyndrome (z.B. CFS/MCS) sind jeweils im Einzelfall" durch "Die Fibromyalgie, Chronisches Fatigue Syndrom (CFS), Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und ähnliche Syndrome sind jeweils im Einzelfall" ersetzt.

Es wird empfohlen, diese Änderung in Teil B Nr. 18.4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung ab 01.01.2009 zu übernehmen.

Folgender, die Anhaltspunkte nicht ändernder Beschluss zu Taubheit und Cochlearimplantat wurde gefasst:

Nach Meinung des Beirats sind die bisher zum Thema "Cochlearimplantat" ergangenen Beiratsbeschlüsse (zuletzt 10.03.2005 und 17.03.1998) nicht mehr anwendbar. Auf Grund der jetzt vorliegenden Erfahrungen ist bei angeborener oder in der Kindheit erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit nach Cochlearimplantation im Einzelfall je nach Ausmaß des Spracherwerbs ein GdS bzw. GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Ich bitte um Kenntnisnahme und Beachtung bei der versorgungsärztlichen Begutachtung.

Dazu Rundschreiben vom 26. Januar 2009:

In meinem Rundschreiben vom 15. Dezember 2008 (IVc 3 - 46052 - 2 / 60) wurde empfohlen, die Änderungen der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" ab 01.01.2009 gemäß der Verordnung zur Durchführung des § 1 Absatz 1 und 3, des § 30 und des § 35 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) umzusetzen. Es wurde um Beachtung bei der versorgungsärztlichen Begutachtung gebeten und empfohlen, die Änderung in die Versorgungsmedizin-Verordnung zu übernehmen.

Diese Formulierung ist missverständlich.

Zur Klarstellung weise ich darauf hin, dass beabsichtigt ist, die im Bezugsrundschriften aufgeführten Beschlüsse mit der nächsten Änderungsverordnung in die Versorgungsmedizinischen Grundsätze der VersMedV aufzunehmen und meinerseits daher keine Bedenken bestehen, im Vorgriff darauf diese Beschlüsse bereits jetzt zu beachten.