Bundesrat **Drucksache** **637/26**

04.11.26

AIS - G

Verordnung
des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Siebte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

A. Problem und Ziel

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten versorgungsmedizinischen Grundsätze sind nach § 153a 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 B Nummer 16 der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ empfohlen. Teil B Nummer 16 enthält die Begutachtungskriterien für Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems. Die Begutachtungskriterien waren aufgrund des in den letzten Jahren rasanten medizinischen Fortschritts auf diesen Gebieten stark überaltert. Außerdem empfiehlt der Beirat, einen Satz in Teil B Nummer 18 (Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten) einzufügen. Die Einfügung dient der Klarstellung. Mit der vorliegenden Verordnung werden die Empfehlungen des Beirats umgesetzt.

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.

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0720-2946

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung des Bundes, der Länder und der Kommunen entsteht nicht.

F. Weitere Kosten

Keine.

Bundesrat **Drucksache** **637/26**

04.11.26

AIS - G

Verordnung
des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Siebte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Bundeskanzleramt
Staatsminister beim Bundeskanzler

Berlin, 1. November 2026

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsident
Hendrik Wüst

Sehr geehrter Herr Bundesratspräsident,

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

Siebte 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 vorzüglicher Hochachtung
Philipp Amthor

Siebte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Vom ...

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales verordnet aufgrund

– des § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, und

– des § 5 Absatz 2 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 179) geändert worden ist:

Artikel 1

Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Die Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Die Anlage wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu Teil B Nummer 16 durch die folgende Angabe ersetzt:

   „16. Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems."

2. Teil B wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 16 wird durch die folgende Nummer 16 ersetzt:

      „16. Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems

      Das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems richtet sich nach der Ausprägung der Beeinträchtigung in den Funktionssystemen in Folge der Erkrankung oder der Neben- bzw. Auswirkungen der Therapie. Dabei sind die Auswirkungen in allen neun Lebensbereichen zu beachten.

      Bei den nachfolgend aufgeführten Bewertungskriterien der GdB handelt es sich um Surrogatparameter (Therapiebedarf), die nicht mit dem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe identisch sind, sie korrelieren jedoch typischerweise miteinander. Trotzdem ist stets zu prüfen, ob ein Fall nach Teil A Nummer 1.4 vorliegt.

      Mit Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung ist zu beachten, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie (z. B. chronische Müdigkeit, kognitive Funktionsstörungen, Sterilität, Neuropathie oder weitere Organfunkti-

onsstörungen, Beeinträchtigung der Entwicklung) verbleiben können. Die gegebenenfalls verbleibenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sind dann in den jeweiligen Funktionssystemen zu bewerten.

16.1 Hodgkin-Lymphome

16.1.1 Im 1. Jahr nach Erstdiagnose sowie bei Progress, Rezidiv oder Persistenz GdB 80.

16.1.2 Danach bei kompletter Remission Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 50.

16.2 Non-Hodgkin-Lymphome

16.2.1 Chronische lymphatische Leukämie

16.2.1.1 Ohne Behandlungsbedarf ohne klinische Symptome (z. B. nur regelmäßige Laborkontrollen) GdB 10.

16.2.1.2 Ohne Behandlungsbedarf mit klinischen Symptomen (z. B. Müdigkeit, Leistungsminderung) oder Hinweisen auf Fortschreiten der Erkrankung GdB 20.

16.2.1.3 Mit Behandlungsbedarf mit klinischen Symptomen:

16.2.1.3.1 Monotherapie, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 30−40.

16.2.1.3.2 Kombinationstherapie, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 50−60.

16.2.1.4 Bei progredientem oder refraktärem Verlauf, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 70−80.

16.2.1.5 Bei Richter-Transformation GdB 100.

16.2.2 Follikuläre Lymphome und andere indolente Non-Hodgkin-Lymphome (einschl. Marginalzonen-Lymphome, indolente Mantelzell-Lymphome)

16.2.2.1 Ohne Behandlungsbedarf, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 30−40.

16.2.2.2 Bei kurativ intendierter Behandlung für 3 Jahre ab Behandlungsbeginn GdB 50.

16.2.2.3 Bei nicht kurativ intendierter Behandlung unter zielgerichteter Therapie, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 50−70.

16.2.2.4 Lokalisierte MALT-Lymphome mit alleiniger Antibiotika-Therapie GdB 0.

16.2.3 Aggressive Non-Hodgkin-Lymphome (z. B. diffus großzellige Lymphome, systemische T-Zell-Lymphome, aggressive Mantelzelllymphome)

16.2.3.1 Im 1. Jahr nach Erstdiagnose sowie bei Rezidiv oder Persistenz GdB 100.

16.2.3.2 Danach bei kompletter Remission Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 50.

16.2.3.3 Bei ZNS-Lymphomen werden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch neurologische Symptome und/oder kognitive Beeinträchtigungen verstärkt und müssen zusätzlich bewertet werden.

16.2.3.4 Das Burkitt-Lymphom wird entsprechend den akuten Leukämien bewertet.

16.3 Neoplasien der Plasmazellen

16.3.1 Bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) liegen regelhaft keine Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe vor.

16.3.2 Multiples Myelom, Leichtketten-Amyloidose

16.3.2.1 Ohne Behandlungsbedarf (insbesondere Smouldering Myelom), je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10−20.

16.3.2.2 Für 3 Jahre ab Behandlungsbeginn (insbesondere Induktions-, Konsolidierungs-, Rezidivtherapie), je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 50−80.

16.3.2.3 Danach bei Erhaltungstherapie, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 30−40.

16.3.3 Plasmazellenleukämie

16.3.3.1 Im 1. Jahr nach Erstdiagnose sowie bei Rezidiv oder Persistenz GdB 100.

16.3.3.2 Danach bei kompletter Remission Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 80.

16.3.4 Solitäres Plasmozytom

16.3.4.1 Bei kurativ intendierter Behandlung für 3 Jahre ab Behandlungsbeginn GdB 50.

16.3.4.2 Bei Behandlungsbedarf mit systemischer Therapie ist der GdB nach den Kriterien für das Multiple Myelom zu bewerten.

16.4 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien

16.4.1 Chronische myeloische Leukämien, BCR/ABL-positiv

16.4.1.1 Im 1. Jahr nach Erstdiagnose sowie bei Rezidiv oder Persistenz GdB 100.

16.4.1.2 Danach bei kompletter Remission Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 80.

16.4.1.3 Danach:

16.4.1.3.1 Ohne weiteren Therapiebedarf, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10−20.

16.4.1.3.2 Unter Dauertherapie, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 30−40.

16.4.1.4 Bei Blastenkrise Bewertung analog der akuten Leukämie.

16.4.2 Atypische chronische myeloische Leukämien, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämien; chronische myelomonozytäre Leukämien, chronische Eosinophilen-Leukämien

16.4.2.1 Ohne Behandlungsbedarf, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10−20.

16.4.2.2 Mit Behandlungsbedarf:

16.4.2.2.1 Mäßige krankheits-/therapiebedingte Symptome GdB 30−40.

16.4.2.2.2 Stärkere krankheits-/therapiebedingte Symptome (insbesondere nicht transfusionsbedürftige Anämie, geringe Thrombozytopenie oder ausgeprägte Organbeteiligung) GdB 50−70.

16.4.2.2.3 Starke krankheits-/therapiebedingte Symptome (insbesondere transfusionsbedürftige Anämie/Thrombozytopenie, deutliche Leukozytose oder exzessive Organbeteiligung) GdB 80−100.

16.4.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)

16.4.3.1 Ohne Behandlungsbedarf, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10−20.

16.4.3.2 Mit Behandlungsbedarf:

16.4.3.2.1 Mäßige krankheits-/therapiebedingte Symptome GdB 30−40.

16.4.3.2.2 Stärkere krankheits-/therapiebedingte Symptome (insbesondere nicht transfusionsbedürftige Anämie, geringe Thrombozytopenie oder ausgeprägte Organbeteiligung) GdB 50−70.

16.4.3.2.3 Starke krankheits-/therapiebedingte Symptome (insbesondere transfusionsbedürftige Anämie/Thrombozytopenie oder exzessive Organbeteiligung) GdB 80−100.

16.4.4 Polycythämia vera

16.4.4.1 Behandlungsbedarf (regelmäßige Aderlässe) GdB 10.

16.4.4.2 Behandlungsbedarf (systemische Therapie), je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 20−30.

16.4.4.3 Übergänge zu anderen myeloproliferativen Neoplasien sind nach den entsprechenden Kriterien zu bewerten.

16.4.5 Essentielle Thrombozythämie

16.4.5.1 Behandlungsbedarf (Thrombozytenaggregationshemmer) GdB 10.

16.4.5.2 Behandlungsbedarf (systemische Therapie), je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 20−30.

16.4.5.3 Übergänge zu anderen myeloproliferativen Neoplasien sind nach den entsprechenden Kriterien zu bewerten.

16.4.6 Bei juvenilen myelomonozytären Leukämien ist der GdB nach den Kriterien für die akuten Leukämien zu bewerten.

16.5 Akute Leukämien

16.5.1 Im 1. Jahr nach Erstdiagnose oder Rezidiv GdB 100.

16.5.2 Danach Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 80.

16.5.3 Danach ist der GdB nach den gegebenenfalls verbliebenen Auswirkungen (u. a. chronische Müdigkeit, Infertilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitive Funktionen) zu bewerten.

16.5.4 Bei unvollständiger Remission nach 1 Jahr oder unter palliativer Dauertherapie GdB 100.

16.6 Myelodysplastische Neoplasien

16.6.1 Ohne Behandlungsbedarf oder Hinweise auf Fortschreiten der Erkrankung, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10−20.

16.6.2 Mit Behandlungsbedarf:

16.6.2.1 Insbesondere monatliche Transfusionen, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 30−40.

16.6.2.2 Insbesondere häufiger als monatliche Transfusionen, Auswirkungen der Eisenüberladung, rezidivierende Infektionen, je nach krankheits-/ therapiebedingten Symptomen GdB 50−70.

16.6.2.3 Insbesondere schwere Infektionen, Blutungsneigung, leukämische Transformation, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 80−100.

16.7 Stammzelltransplantationen

16.7.1 Nach autologer Stammzelltransplantation ist der GdB entsprechend der Grundkrankheit zu beurteilen.

16.7.2 Nach allogener Stammzelltransplantation:

16.7.2.1 Heilungsbewährung für 3 Jahre GdB 100.

16.7.2.2 Danach ist der GdB nach den verbliebenen Gesundheitsstörungen zu bewerten, aber mit mindestens 30.

16.8 Anämien

16.8.1 Anämien, die durch Eisen- oder Vitaminmangel entstehen, führen in der Regel nicht zu länger als 6 Monate andauernden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe. Sekundäre Anämien sind bei der Grunderkrankung mitberücksichtigt.

16.8.2 Chronische symptomatische Anämien (insbesondere bei Autoimmunhämolyse, mechanischer Hämolyse, Thalassämie, Sichelzellkrankheit, Erythrozytenstrukturdefekten und Erythrozytenenzymdefekten)

16.8.2.1 Ohne Behandlungsbedarf, je nach krankheitsbedingten Symptomen GdB 10-20.

16.8.2.2 Mit Behandlungsbedarf:

16.8.2.2.1 Insbesondere monatliche Transfusionen, je nach krankheits-/therapiebedingten Symptomen GdB 30−40.

16.8.2.2.2 Insbesondere häufiger als monatliche Transfusionen, Auswirkungen der Eisenüberladung, je nach krankheits-/ therapiebedingten Symptomen GdB 50−70.

16.8.2.3 Bei kurativ intendierter Therapie, wie der Gentherapie bei Thalassämie und Sichelzellkrankheit, kann eine Heilung erreicht werden, so dass dann die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe überprüft werden müssen.

16.8.3 Aplastische Anämien, chronische Neutropenien, Agranulozytosen

Der GdB ist nach den Kriterien für chronische Anämien, myelodysplastische Neoplasien oder Stammzelltransplantationen zu bewerten.

16.9 Störungen der Gerinnungsfunktion des Blutes

16.9.1 Antikoagulation

16.9.1.1 Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch regelhafte Antikoagulation sind im GdB für die Gesundheitsstörung enthalten.

16.9.1.2 Bei Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom abhängig von Blutungsneigung, Antikoagulationsintensität und Kontrollbedarf GdB 10−20.

16.9.2 Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung

16.9.2.1 Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung im Rahmen anderer hämatologischer Systemerkrankungen oder als Therapiefolge, insbesondere nach einer Chemotherapie, werden mit der entsprechenden Gesundheitsstörung bewertet. Komplikationen oder Begleitmanifestationen (wie insbesondere Funktionseinschränkungen an Gelenken und Muskulatur) werden im entsprechenden Funktionssystem erfasst. Die Bezeichnung Faktorsubstitution schließt aus Plasma oder rekombinant hergestellte Gerinnungsfaktoren ein. Faktorsubstitution oder Therapie müssen dokumentiert sein.

16.9.2.2 Ohne dauerhaften Behandlungsbedarf mit Faktorkonzentrat GdB 20.

16.9.2.3 Mit dauerhaftem Behandlungsbedarf:

16.9.2.3.1 Bedarfsorientierte Faktorsubstitution GdB 30.

16.9.2.3.2 Zusätzlich kontinuierliche prophylaktische Faktorsubstitution GdB 40.

16.9.2.3.3 Zusätzlich additive Faktorsubstitution bei mehr als zwei spontanen Blutungen oder einer Gelenkblutung in den letzten zwei Jahren GdB 50.

16.9.2.4 Bei häufigeren dokumentierten Blutungen und außergewöhnlich intensiver Behandlungsbedürftigkeit, wie zum Beispiel bei behandlungsbedürftiger Hemmkörperhämophilie, sind höhere GdB gerechtfertigt. Dies ist besonders zu begründen.

16.10 Funktionsstörungen des Immunsystems (angeboren oder erworben) mit gesicherter Immundefizienz, einschließlich des Verlustes der Milz

16.10.1 Die Aktivitäten und die Teilhabe können sowohl durch die Erkrankungsmanifestation (pathologische Infektanfälligkeit oder Autoimmunphänomene) als auch durch die Therapie (antiretrovirale Therapie, antiinfektiöse Prophylaxe, Immunglobulinsubstitution oder Immunmodulation) beeinträchtigt sein. Es muss sowohl die angeborene oder erworbene Immundefizienz als auch die daraus resultierende Infektanfälligkeit diagnostisch gesichert und ärztlich dokumentiert sein. Durch die Erkrankung verursachte Organfunktionsstörungen sind in den jeweiligen Funktionssystemen zu berücksichtigen.

16.10.2 Ohne klinische Symptomatik oder Behandlungsbedarf GdB 0.

16.10.3 Dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit GdB 20.

16.10.4 HIV mit dauerhafter antiretroviraler Behandlungsbedürftigkeit auch ohne klinische Symptome GdB 20.

16.10.5 Bei pathologischer Infektanfälligkeit unter Therapie:

16.10.5.1 Rezidivierende Minor-Infektionen GdB 30.

16.10.5.2 Chronische Minor-Infektionen oder eine Major-Infektion pro Jahr GdB 40.

16.10.5.3 Rezidivierende Major-Infektionen (mindestens 2 pro Jahr) GdB 50.

16.10.6 Verlust der Milz:

16.10.6.1 Im frühen Kindesalter bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres GdB 20.

16.10.6.2 Danach oder bei späterem Verlust (ohne dokumentierte Infektanfälligkeit) GdB 0.“

b) Nummer 18.1 wird durch die folgende Nummer 18.1ersetzt:

„18.1 Allgemeines

Dieser Abschnitt umfasst Haltungsschäden, degenerative Veränderungen, osteopenische Krankheiten, posttraumatische Zustände, chronische Osteomyelitis, entzündlich-rheumatische Krankheiten, Kollagenosen und Vaskulitiden sowie nichtentzündliche Krankheiten der Weichteile.

Bei der Bildung der GdB für die Funktionssysteme nach Teil A Nummer 3.1 gelten Arme, Beine und Rumpf als jeweils eigene Funktionssysteme. Der GdS für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen wird entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicher Weise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen. Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen.

Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdS. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdS begründen.

Das Funktionsausmaß der Gelenke wird im Folgenden nach der Neutral-Null-Methode angegeben.

Fremdkörper beeinträchtigen die Funktion nicht, wenn sie in Muskel oder Knochen reaktionslos eingeheilt sind und durch ihre Lage keinen ungünstigen Einfluss auf Gelenke, Nerven oder Gefäße ausüben.

Der GdS bei Weichteilverletzungen richtet sich nach der Funktionseinbuße und der Beeinträchtigung des Blut- und Lymphgefäßsystems. Bei Faszienverletzungen können Muskelbrüche auftreten, die nur in seltenen Fällen einen GdS bedingen.

Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Kollagenosen und Vaskulitiden.

Bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten (z. B. Osteoporose, Osteopenie bei hormonellen Störungen, gastrointestinalen Resorptionsstörungen, Nierenschäden) ist der GdS vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdS.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt sechs Monate 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 Beirat hat eine Anpassung des Teils B Nummer 16 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze empfohlen. Dieser Teil enthält die Begutachtungskriterien für Funktionsstörungen des hämatologischen und des Immunsystems. Die Begutachtungskriterien waren aufgrund des in den letzten Jahren rasanten medizinischen Fortschritts auf diesen Gebieten stark überaltert. Außerdem empfiehlt der Beirat, einen Satz in Teil B Nummer 18 (Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten) einzufügen. Die Einfügung dient der Klarstellung. Mit der Siebten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung werden die Empfehlungen des Beirats umgesetzt.

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), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 16. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 14) geändert worden ist, und aus § 5 Absatz 2 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 144) geändert worden ist.

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 B Nummer 16 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist aufgrund des medizinischen Fortschritts erforderlich geworden

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Durch die Aufhebung der überalterten Regelungen wird sich die Zahl der dadurch verursachten Widerspruchsverfahren und Klagen verringern und somit der Verwaltungsaufwand mittel- und langfristig reduziert.

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 Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung hat keine Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Länder und Kommunen.

4. Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger, für die Wirtschaft und für die Verwaltung ändert sich nicht. Die Begutachtung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung 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.

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 (Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung)

Zu Nummer 1

Das Inhaltsverzeichnis wird an die folgenden Änderungen angepasst.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird angepasst.

Teilhabebeeinträchtigungen hängen ab vom Ergebnis der Wechselwirkungen der Schädigungen von Funktionen und Strukturen und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit Kontextfaktoren. Klinische Symptome unterscheiden sich je nach Organsystem und stellen entweder bereits Schädigungen von Strukturen oder Funktionen i. S. der ICF dar oder sind mit diesen eng korreliert und lassen so Schlüsse auf die damit verbundenen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und somit auch der Teilhabe zu. Sie sind zudem für Patienten und medizinisches Personal unmittelbar identifizierbar und werden entsprechend in den Arztbriefen oder Schilderungen dokumentiert. Therapien korrelieren bei den in diesem Funktionskapitel aufgeführten Gesundheitsstörungen typischerweise mit klinischen Symptomen bzw. der Krankheitsausprägung. Sie erlauben damit ebenfalls einen Rückschluss auf das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe.

Zu 16.1

Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Hodgkin-Lymphomen sind im 1. Jahr nach Erstdiagnose sowie bei Progress, Rezidiv oder Persistenz in allen Stadien aufgrund der Auswirkungen der Gesundheitsstörung, der notwendigen Polychemotherapie und der eventuell vorhandenen Bestrahlungsfolgen sehr deutlich ausgeprägt. Wird im Verlauf der Therapie ein Progress, ein Rezidiv oder eine Persistenz diagnostiziert, so verlängert sich die Phase der ausgeprägten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe. Nach Erzielen einer kompletten Remission ist für drei weitere Jahre eine Heilungsbewährung gerechtfertigt.

Zu 16.2.1

Durch die Zulassungen von zielgerichteten Therapien zur Behandlung der CLL, insbesondere der BTK- und BCL2-Inhibitoren, die als Monotherapie und in Kombination angewendet werden, haben sich die Behandlungsalgorithmen in den letzten Jahren stark verändert, wodurch die Therapien grundsätzlich verträglicher und effektiver geworden sind.

Zu 16.2.2

Aufgrund der differenzierten Therapien bei verschiedenen Lymphomentitäten werden diese jetzt gesondert aufgeführt und entsprechend der aktuellen Nomenklatur bezeichnet.

Bei kurativ intendierter Behandlung wird eine Bestrahlungstherapie über ca. drei Wochen durchgeführt. Der Zeitpunkt, ab dem von einer Remission gesprochen werden kann, lässt sich nicht genau bestimmen, so dass eine Heilungsbewährung formal nicht in Betracht kommt.

Viele neue zielgerichtete und Immuntherapien haben die Therapieoptionen erweitert. Im Vergleich zu den konventionellen Chemotherapien zeichnen sich diese bei einem Großteil der Patienten durch ein geringeres Nebenwirkungsprofil aus, so dass eine Anpassung des

GdB vorgenommen wurde. Wie bisher ist weiterhin ein GdB bis 100 bei außergewöhnlichen Verläufen möglich, z. B. bei refraktären Verläufen oder schwerwiegenden Komplikationen. Nach Therapiebeginn wird das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zusätzlich vom Therapieerfolg bestimmt. Es gilt zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß eine Remission erreicht werden konnte oder ein Rezidiv vor-liegt. Weitere nicht aufgeführte indolente Non-Hodgkin-Lymphome (Haarzellleukämie, Mor-bus Waldenström und andere) sind nach denselben Kriterien zu bewerten.

Bei lokalisiertem MALT-Lymphom kann durch eine zeitlich begrenzte Antibiose meist eine Remission erreicht werden. Wesentliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe resultieren hieraus nicht.

Zu 16.2.3

Das diffus großzellige Lymphom ist das häufigste aggressive Non-Hodgkin-Lymphom. Beim Mantelzellymphom können neben den aggressiven auch indolente Verläufe auftreten. Letztere sind entsprechend den indolenten Non-Hodgkin-Lymphomen zu bewerten. Wie bei den indolenten Lymphomen hat sich insbesondere auch für die aggressiven Lymphome das Therapiespektrum durch neue zielgerichtete (Immun-)Therapien stark erweitert und zeichnet sich bei einem Großteil der Patienten durch ein geringeres Nebenwirkungsprofil aus, so dass eine Anpassung des GdB vorgenommen wurde.

Zu 16.3

Die Bezeichnung der Diagnose und des Behandlungsbedarfs des Multiplen Myeloms (CRAB) basieren auf den international anerkannten Kriterien der „International Myeloma Working Group 2003“. Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Multiplem Myelom sind sehr variabel. In frühen Stadien ohne Behandlungsbedürftigkeit ist sie von den Allgemeinsymptomen und dem Ausmaß der Knochenschmerzen abhängig. Bei dem Multiplen Myelom gibt es bisher keine gesicherte kurative Therapie. Durch die Behandlung wird eine Remission erreicht, die in der Regel durch eine Erhaltungstherapie gefestigt wird. Die Leichtketten-Amyloidose wird zusätzlich aufgeführt, da die Behandlung und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe ähnlich der bei dem Multiplen Myelom sind. Ein solitäres Plasmozytom wird in der Regel sofort nach Diagnosestellung mit kurativer Zielsetzung bestrahlt.

Die bisherige Feststellung des GdB von 30 bis 40 hat ihren Ursprung in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 1983. Damals erfolgte die Bewertung nicht teilhabeorientiert.

Zu 16.4.1

Die GdB entsprechen im Wesentlichen der bisherigen Regelung. Die Begutachtungskriterien wurden vereinfacht und teilhabeorientiert nach den Beeinträchtigungen durch die Therapie überarbeitet. In der Regel besteht eine gute Behandelbarkeit.

Zu 16.4.2

Unter dieser Gruppe sind verschiedene seltene myeloische Leukämien erfasst, die Auswirkungen auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sind jedoch ähnlich. Sie sind von Fall zu Fall sehr variabel. Daher wird der GdB entsprechend der krankheits-/therapiebedingten Auswirkungen festgelegt. Die bisherige Bewertung unter Berücksichtigung der Remission ist nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr anzuwenden, da unter laufender, nicht kurativer Therapie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu berücksichtigen sind.

Bei dem Hypereosinophilie Syndrom handelt sich nicht um eine maligne Erkrankung und wird daher hier nicht mehr berücksichtigt.

Zu 16.4.4

Durch zielgerichtete neue Therapien hat sich das Nebenwirkungsprofil verbessert, so dass sich die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe verringert haben.

Zu 16.4.5

Durch zielgerichtete neue Therapien hat sich das Nebenwirkungsprofil verbessert, so dass sich die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe verringert haben.

Zu 16.5

Die Regelung entspricht inhaltlich dem geltenden Recht. Ergänzt wurde zur Klarstellung eine Regelung für Betroffene, die keine kurativ intendierte Therapie erhalten.

Zu 16.6

Auf eine weitere Differenzierung der einzelnen Formen myelodysplastischer Neoplasien kann verzichtet werden, da die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe im Wesentlichen durch vergleichbare Auswirkungen bestimmt werden. Dazu zählen Müdigkeit, Leistungsminderung, Tachykardie, Blutungsneigung, rezidivierende Infekte sowie Nebenwirkungen der Transfusionen, der Auswirkungen der Eisenüberladung und der systemischen zytoreduktiven Therapien.

Zu 16.9.1

Es entspricht dem geltenden Recht, dass die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch einen üblichen Therapieaufwand im GdB der jeweiligen Gesundheitsstörung enthalten sind. Eine Therapie mit Antikoagulantien begründet in der Regel keinen GdB. Lediglich die Kombinationstherapie beim Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom rechtfertigt einen GdB von 10 bis 20 und wurde daher neu aufgenommen.

Zu 16.9.2

Bei Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung haben sich die Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahren stark verbessert und damit ist die Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe der Betroffenen deutlich geringer. Die Schweregradeinteilung der Hämophilie A und B und die Bewertung erfolgten bisher anhand der im Plasma vorhandenen Faktoraktivität ohne Therapie. Diese ist nicht mehr zeitgemäß, da sie nicht regelhaft auf die tatsächliche Häufigkeit und Schwere von Blutungsereignissen schließen lässt und somit nur bedingt für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe nutzbar ist. Durch Verlängerung der Halbwertzeiten bei neuen Faktorkonzentraten kann eine geringere Frequenz von intravenösen Substitutionen bei der Prophylaxe, eine geringere Blutungsgefahr und eine bessere Behandlung von Blutungen erreicht werden. Neben Faktorkonzentraten sind neue Therapien außerhalb der Faktorsubstitution zugelassen und eingeführt. Dazu gehören bispezifische Antikörper, die durch subkutane Injektion zu einer besseren Gerinnungsfähigkeit des Blutes über Zeiträume von ein bis mehrere Wochen führen und somit das Blutungsrisiko und die Behandlungsintensität verringern. Seit 2023 ist zusätzlich die Gentherapie zugelassen für Hämophilie A und B. Unter der Gentherapie kommt es zu einer Eigenproduktion des vorher fehlenden Gerinnungsfaktors in den Leber-zellen und somit zu einer geringeren Blutungsneigung und Therapieerleichterung.

Auch ohne dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit gehen Störungen der Gerinnungsfunktion mit Blutungsneigung regelhaft mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe ein-

her. Vorgaben, die in die Lebensgestaltung eingreifen, sind einzuhalten. Es besteht die Gefahr von Blutungen bei bereits kleinen Verletzungen. Die intermittierende Behandlungsbedürftigkeit besteht insbesondere in spezifischen Bedarfsbehandlungen auch vor z. T. kleinen Eingriffen wie Zahnbehandlungen.

Die Behandlung schwerer Thrombozytopenien und -pathien ist aufgrund des individuell sehr variablen Blutungsrisikos und Therapieaufwandes komplex. Hier sind in Einzelfällen der Therapie der Hemmkörperelimination vergleichbare Therapieintensitäten und somit vergleichbare Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe möglich.

Zu 16.10

Ein Verlust der Milz zählt zu den erworbenen Funktionsstörungen des Immunsystems. Nach dem vollendeten 8. Lebensjahr sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe regelhaft nicht mehr vorhanden. Ausnahmen können im Falle einer dokumentierten Infektanfälligkeit einen GdB bedingen.

Erkrankungen durch das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) / Akquiriertes Immun-Defizienz-Syndrom (AIDS) werden nur noch eingeschränkt gesondert aufgeführt, da sie in typischer Weise die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei erworbenen Funktionsstörungen (z.B. durch immunmodulierende Medikamente) des Immunsystems repräsentieren. Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe werden bei erfolgreicher Therapie mit Wiederherstellung der immunologischen Kompetenz durch die Folge- und Begleiterkrankungen sowie die Nebenwirkungen der Therapie in anderen Funktionsbereichen bestimmt. Die Stadieneinteilung des Centers for Disease Control, USA 1993 erlaubt keinen Rückschluss auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe.

Die explizite Berücksichtigung von HIV ist dadurch begründet, dass die mit HIV verbundene, anhaltend evidenzbasiert belegte Stigmatisierung und Diskriminierung eine exzeptionelle Rolle einnimmt und damit eine gesonderte Berücksichtigung bei der Bewertung von Aktivitäten und Teilhabe rechtfertigt.

Bei Funktionsstörungen des Immunsystems ist auf Beeinträchtigungen durch Störungen weiterer Funktionssysteme zu achten. Dazu gehören insbesondere chronische Organfunktionsstörungen (wie Bronchiektasien, chronische Pyelonephritis, chronische Sinusitis und Ekzeme), maligne Erkrankungen sowie sekundäre Autoimmunerkrankungen (insbesondere Colitis, Arthritis und Zytopenie). Bei schweren primären Immundefekten kann beim Fehlen anderer Therapiemöglichkeiten eine allogene Knochenmarktransplantation notwendig werden.

Das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe wird insbesondere durch die Nebenwirkungen der Therapie und durch eine trotz Therapie vorhandene pathologische Infektanfälligkeit bestimmt. Die Begrifflichkeit der pathologischen Infektanfälligkeit sowie die Begriffe Minor- und Major-Infektionen werden entsprechend der AWMF- Leitlinie „S3-Leitlinie Diagnostik auf Vorliegen eines primären Immundefekts “ (Register Nr. 189-003) verwendet.

Mit dem Begriff „Major-Infektionen“ werden hierbei Pneumonie, Meningitis, Sepsis, Osteomyelitis und invasive Abszesse von sogenannten „Minor-Infektionen“, wie z.B. Otitis media, Sinusitis, Bronchitis, sowie oberflächliche Haut- und Weichteilinfektionen (inklusive unkomplizierte Hautabszesse) unterschieden. Major-Infektionen erfordern in der Regel eine intravenöse antibiotische Therapie. Die Anzahl der Infektionen (die Summe) wird gerade von den Betroffenen bzw. Patienteneltern oft als führendes Symptom empfunden, wobei zwischen dem subjektiven Empfinden und der objektivierbaren Dokumentation in einem Beschwerdekalender beträchtliche Unterschiede bestehen können. Die Angabe von Schwellenwerten, über denen eine pathologische Infektionshäufigkeit vorliegt, ist nicht verlässlich

möglich. Bei dauerhaftem Behandlungsbedarf erfolgt eine Immunglobulinsubstitution, Antibiotika- oder antivirale Therapie.

Durch den frühzeitigen Einsatz immunmodulierender Substanzen bei Autoimmunerkrankungen führt der Therapieerfolg dazu, dass durch die Grunderkrankung selbst die Aktivitäten und die Teilhabe nicht beeinträchtigt werden. Da durch die Immunmodulation und die Nebenwirkungen der notwendigen Therapeutika die Aktivitäten und die Teilhabe beeinträchtigt sein können, werden hierfür GdB festgesetzt. Zudem ist zu bedenken, dass unter immun-modulierender Therapie der Einsatz von Lebendimpfstoffen nicht möglich ist und auch somit die Aktivitäten und die Teilhabe beeinträchtigt sein können.

Zu Buchstabe b

Die Regelung, dass die Funktionssysteme Arme, Beine und Rumpf jeweils gesondert bewertet werden sollen, fand sich bereits in Teil A Nummer 2 Buchstabe e zweiter Satz der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung i. d. F. vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 158). Nach Inkrafttreten von Artikel 1 der Sechsten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 29.09.2025 (BGBl. 2025 I Nr. 228) ist sie entfallen und wird nun zur Klarstellung erneut eingefügt.

Zu Artikel 2

Die Verordnung tritt sechs Monate nach der Verkündung in Kraft.