AZ EURÓPAI UNIÓ
TANÁCSA

Brüsszel, 2004. december 11.
(OR. en)

11101/3/04
REV 3

STAT 58
FIN 319

FELJEGYZÉS

Küldi:	az elnökség
Címzett:	a személyzeti szabályzattal foglalkozó munkacsoport
Biz. jav. sz.:	9055/04 STAT 46 FIN 226
Tárgy:	Javaslat — Az Európai Közösségek tisztviselőinek baleseti és foglalkozási betegségi kockázatok elleni biztosításának közös szabályai

A delegációk mellékelten kézhez kapják a személyzeti szabályzattal foglalkozó munkacsoport 2004. június 2-i, 16-i és október 22-i ülésének eredményét.

Javaslat — Az Európai Közösségek tisztviselőinek baleseti és foglalkozási betegségi kockázatok elleni biztosításának közös szabályai

4. cikk (1) bekezdés

a (b) pont a következőképpen módosul:

a biztosított által elkövetett, nyilvánvalóan gondatlan cselekedetek vagy a biztosított részvétele motoros eszközzel sportversenyeken, gyorsasági versenyeken és hivatalos tesztpróbákon;

a következő új (f) ponttal egészül ki:

a következő sporttevékenységek folytatása veszélyesnek minősül: ökölvívás; karate; ejtőernyőzés; siklóernyőzés; kötélugrás (bungee jumping); barlangászás; víz alatti halászat és búvárkodás olyan légzőkészülékkel, mely a levegő, illetve oxigénellátás biztosításához tartályt tartalmaz; sziklán, sziklacsúcson, illetve hegycsúcson történő mászás, ha az nem a kitaposott úton történik — kivéve a vészhelyzeteket —, és a (2) bekezdés figyelembevételével.

a következő új (g) ponttal egészül ki:

büntetőjogilag büntetendő, szándékos cselekmény, mely azonnal végrehajtandó szabadságvesztést kiszabó jogerős ítélet tárgyát képezi. Amennyiben ezt az ítéletet harmadik országban hozták, a biztosítási fedezetből történő kizárás csak akkor alkalmazandó, ha a bírósági eljárás garantálta a védelemhez való alapvető jogot, és ha ugyanaz a cselekmény a biztosított állampolgársága szerinti állam joga szerint szabadságvesztéssel lett volna büntetendő.

A 4. cikk (3) bekezdése a következőképp módosul:

Az 1(a) bekezdésben felsorolt balesetekre akkor vonatkozik a biztosítás, ha azok a biztosított feleket a kötelességük teljesítése során vagy azzal kapcsolatban, illetve munkába menet vagy onnan jövet érik, amikor a biztosított féltől számon kérnek valamit és ő önvédelmi helyzetbe kerül, kivéve, ha azok a biztosított fél nem menthető hibájából következnek be.

A 11. cikk (5) bekezdésének vége a következőképpen egészül ki:

A részleges funkcióvesztés esetén fizetendő kárpótlás az úgynevezett Gabrielli szabály (*) szerint kerül meghatározásra.

(*) $i = (V1 - V2) / V1 * 100$

i = a baleset folytán megállapított rokkantság, figyelembe véve azon szerv fogyatékosságát, mely a baleset által nem érintett szinergiában működik

V1 = a baleset előtt fennálló állapot

V2 = a baleset után fennálló állapot

A 16. cikk (1) bekezdésének 4. albekezdése a következővel egészül ki:

Az intézményeknél már nem aktív szolgálatban lévő biztosított felek esetén a juttatásokat az utolsó aktív szolgálati év alatt járó illetmény alapján számolják ki. Ezt az illetményt aktualizálják az előző albekezdésben figyelembe vett időpont szerint.

A 16. cikk (2) bekezdésének albekezdése a következőképp módosul:

Az Igazgatás vizsgálatot indíthat olyan biztosított fél esetében, aki munkája végzésekor káros anyagoknak vagy betegséget okozó kivételes tényezőknek való expozíció következtében betegszik meg vagy szenved sérüléseket.

A 17. cikk (2) bekezdése a következőképp módosul:

Ha az intézmény által kijelölt orvos konzultációra való felszólítására a biztosított fél nem jelenik meg, az az ügy megszüntetését vonja maga után, kivéve a *vis maior* esetét vagy valamely egyéb jogos indokot, a 21. cikkben foglaltak alkalmazása mellett.

A 18. cikk a következőképp kezdődik:

Az előfordulás véletlenszerű okát elismerő döntéseket — lett légyen az foglalkozási vagy nem foglalkozási kockázatoknak tulajdonítható előfordulás —, valamint a kapcsolódó olyan döntéseket, melyek elismerik egy betegség foglalkozási jellegét, vagy a tartós rokkantság fokát állapítják meg, a kijelölő hatóság hozza meg a 20. cikkben lefektetett eljárással összhangban:

A 22. cikk (1) bekezdésének utolsó albekezdése a következőképp módosul:

A kijelölés módjától függetlenül a harmadik orvosnak szakértelemmel kell rendelkeznie a testi sérülések felmérésének és kezelésének területén.

A 22. cikk (2) bekezdésének első albekezdése a következőképp módosul:

Az orvosi bizottságnak átadandó feladatmeghatározást az intézmény állapítja meg. Ezek olyan orvosi kérdéseket érintenek, amelyeket a biztosított felet vagy a biztosított fél biztosítása révén jogosultakat képviselő orvos jelentése, vagy egyéb vonatkozó, a 20. cikk (2) bekezdése értelmében átadott orvosi jelentés vetett fel.

A 22. cikk (2) bekezdésének második albekezdése a következőképp módosul:

Az orvosi bizottságot alkotó orvosok díjait és költségeit a közösségi intézmények igazgatási vezetői által meghatározott skála szerint kell megszabni, az orvosi bizottság számára kijelölt eset összetettségétől függően.

A 22. cikk (2) bekezdésének harmadik albekezdése a következőképp módosul:

Az orvosi bizottság feladatmeghatározásának megerősítése előtt, az intézmény tájékoztatja a biztosított felet vagy a biztosított fél biztosítása révén jogosultakat azokról a díjakról és költségekről, amelyeket ők kötelesek fedezni a (4) bekezdéssel összhangban. A biztosított fél vagy a biztosított fél biztosítása révén jogosultak semmilyen körülmény között nem élhetnek kifogással a harmadik orvossal szemben az általa kért díjak és költségek összege alapján. Azonban

a biztosított fél bármikor szabadon megszakíthatja az eljárást, és az orvosi bizottsághoz fordulhat. Ilyen esetben a biztosított fél vagy a biztosított fél biztosítása révén jogosultak által választott orvos díjait és költségeit, valamint a harmadik orvos díjának és költségeinek a felét a biztosított fél vagy a biztosítása révén jogosultak viselik az elvégzett munka vonatkozásában.

TERVEZET — TANÁCSI ÉS BIZOTTSÁGI NYILATKOZAT

A TANÁCSI JEGYZŐKÖNYV KIEGÉSZÍTÉSE

A Tanács és a Bizottság megállapodott, hogy a Bizottság a jelenlegi szabályok fényében megvizsgálja a balesetek és foglalkozási megbetegedések kockázati viszontbiztosításának elvét, és ennek eredményét 2005. március 31-e előtt benyújtja a Tanácsnak.

Ebben a keretben két elemet célszerű figyelembe venni:

1. a viszontbiztosítási díj és a biztosítási rendszer alapján fizetett kártalanítás közötti különbség csökkentésének kivitelezhetősége;

2. minden súlyosabb kockázatra — mint például a terrorizmusra — kiterjedő biztosítás lehetősége.

TERVEZET — A TANÁCS NYILATKOZATA
A TANÁCSI JEGYZŐKÖNYV KIEGÉSZÍTÉSE

A Tanács a szerződés 208. cikkére hivatkozva felkéri a Bizottságot, hogy javaslatait 2005. március 31-e előtt nyújtsa be arra vonatkozóan, miként csökkenthető a jelenlegi különbség az önkéntes nem foglalkozási (személyi) kockázatbiztosítás költségei és az ahhoz történő hozzájárulás között.

A közös szabályok A. mellékletében szereplő közösségi besorolási mutató a következőképp módosul:

Európai fizikai és mentális rokkantság-besorolási skála orvosi célokra

TARTALOM

I. **Idegrendszer**
- Neurológia
- Pszichiátria
- Szenzorimotoros (érzék- és mozgásszervi) károsodások

II. **Érzékelő rendszer és sztomatológia**
- Szemészet
- Fül-orr-gégészet
- Sztomatológia

III. **Emésztőrendszer**
- Máj, gasztroenterológia

VII. **Húgyutak**

IV. **Csont- és ízületi rendszer**
- Felső végtag
- Alsó végtag
- Gerincoszlop
- Medence

V. **Kardiorespiratorikus (szív-légző) rendszer**
- Szív
- Tüdő

VI. **Érrendszer**
- Artériák
- Vénák
- Nyirokerek
- Lép

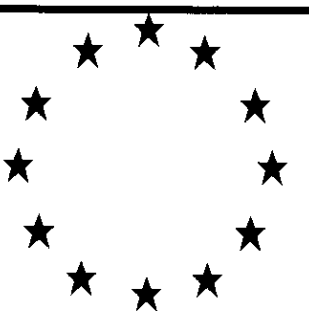
VIII. **Reproduktív rendszer**

IX. **Endokrin rendszer (belső elválasztású mirigyek)**

X. **Bőr**
- Mélyégés vagy patológiás hegesedés

I.

IDEGRENDSZER



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

Ha a skála csak teljes hiánnyal számol, a részleges másodlagos betegségeket a megfigyelt hiány alapján kell értékelni, hivatkozva a teljes veszteség szerinti besorolásra.

A) NEUROLÓGIA

1. cikk: Központi vagy medulláris eredetű motoros és szenzorimotoros (érzék- és mozgásszervi) másodlagos betegségek

1-1. cikk Teljes tetraplegia (mind a négy végtagra kiterjedő bénulás), magassági szinttől függően C2-től C6-ig C6 alatt	95% 85%
1-2. cikk: Teljes hemiplegia (féloldali bénulás) afáziával afázia nélkül	90% 75%
1-3. cikk: Teljes paraplegia (szimmetrikus kétoldali bénulás), magassági szinttől függően	70-75%
1-4. cikk: Teljes cauda equina károsodás, magassági szinttől függően	25-50%

2. cikk: Perifériás eredetű motoros és szenzorimotoros másodlagos betegségek

Az idegrendszer károsodása bénulást (paralízis - teljes károsodás) vagy részleges bénulást (parézis) okoz. Objektíven mért klinikai és technikai utóhatásai szempontjából kell felmérni.

2-1. cikk: Arc

2-1-a. cikk: A trigeminális (háromosztatú) ideg bénulása • egyoldali • kétoldali	 **15%** **30%**
2-1-b. cikk: A faciális (arc) ideg bénulása • egyoldali • kétoldali	 **20%** **45%**
2-1-c. cikk A glossopharingális (nyelv-garat) ideg bénulása • egyoldali	 **8%**
2-1-d. cikk: A hypoglossális (nyelv alatti) ideg bénulása • egyoldali	 **10%**

2-2. cikk: Felső végtag

	D	ND
2-2-a. cikk: Teljes bénulás (a kari idegközpont (brachiális plexus) teljes károsodása)	**65%**	**60%**
2-2-b. cikk: A középső singcsont-ideg bénulása	**45%**	**40%**
2-2-c. cikk Az orsócsonti ideg bénulása • a tricipitális szakasz fölött • a tricipitális szakasz alatt	 **40%** **30%**	 **35%** **25%**
2-2-b. cikk: A medián (középső) ideg bénulása • kar • csukló	 **35%** **25%**	 **30%** **20%**
2-2-e. cikk: A singcsont-ideg bénulása	**20%**	**15%**
2-2-f. cikk: A circumflexus-ideg bénulása	**15%**	**12%**

2-2-g. cikk A musculocutan ideg bénulása	**10%**	**8%**

Mivel az alábbi fogyatékosságoknak kihatásuk van a felső végtagra, ebbe a fejezetbe kerültek:

	D	ND
2-2-h. cikk A gerincvelőideg bénulása	**12%**	**10%**
2-2-i. cikk Mellkas felső szakaszának gerincvelőideg-bénulása	**5%**	**4%**

2-3. cikk: Alsó végtag

2-3-a. cikk: Az ischiadicus (ülőideg) teljes bénulása (teljes károsodás) • felső törzsi forma (a faridegek (gluteális idegek) bénulásával) • alsó forma, térd alatt	**45%** **35%**
2-3-b. cikk: A femorális ideg bénulása	**35%**
2-3-c. pont A fibuláris (szárkapocs) ideg bénulása	**22%**
2-3-d. cikk: A tibiális (sípcsont) ideg bénulása	**22%**
2-3-e. cikk: Az obturátor-ideg bénulása	**5%**

3. cikk: Kognitív zavarok

A neuro-pszichológiai deficit tünetegyütteseinek az elemzésekor pontos jelekre és fogalmakra kell hivatkozni. Az ún. „frontális" szindróma valójában olyan elemeknek felel meg, amelyek most már jól meghatározottak, és amelyeknek váltakozó súlyosságú, társult hiányai rendkívül sokalakú klinikai kórképet eredményeznek.
Ezért elengedhetetlen, hogy a fogyatékosság mértékének megállapítása pontos szakorvosi jelentések alapján történjék, amelyek a kezdeti sérüléseket megfeleltetik a klinikai és paraklinikai vizsgálatok adatainak.

3-1. cikk: Valódi frontális szindróma

3-1-a. cikk: **Legsúlyosabb forma:** apragmatizmus, a társadalmi és családi kapcsolatok létrehozására és fenntartására való képesség súlyos károsodása	**60-85%**
3-1-b. cikk: **Súlyos forma:** az ösztönös viselkedés változása, a kezdeményező kedv hanyatlása, hangulati zavarok, bizonytalan társadalmi és családi kapcsolatok	**35-60%**
3-1-c. cikk **Mérsékelt forma:** viszonylagos bradipsychia, emlékezési nehézségek, hangulati zavarok és kihatások a társadalmi és családi kapcsolatokra	**20-35%**
3-1-d. cikk: **Enyhe forma:** zaklatottság, lassúság, az emlékezés és az összetett gondolatok felfogásának a nehézsége. A társadalmi és családi kapcsolatok fenntartására való képesség enyhe károsodása vagy károsodásmentessége	**10-20%**

3-2. cikk: Kommunikációs zavarok

3-2-a. cikk: **Súlyos afázia:** zsargon-afázia, alexia, a felfogóképesség zavarai	**70%**
3-2-b. cikk: **Enyhébb forma:** a névmegjelölés zavarai és ismétlés, parafázia. Megőrzött felfogóképesség.	**10-30%**

3-3. cikk: Memóriazavarok

3-3-a. cikk: Teljes **Korszakov szindróma**	**60%**

3-3-b. cikk: **Társult zavarok**: gyakori feledékenység, olyan hátrány a mindennapi életben, amely megkívánja a betegtől *emlékeztető jegyzetek* használatát, az érzékelés torzulása, esetleges konfabuláció, új feladatok megoldásának nehézsége, visszaemlékezési problémák	**10-60%**
3-3-c. cikk **A didaktikus úton megszerzett tudás teljes vagy részleges elvesztése:** *Ezek besorolásához ugyanaz a skála használandó, mint a memóriazavaroknál.*	

3-4. cikk: Enyhébb kognitív zavarok

Ha nem áll fenn diagnosztizálható frontális szindróma vagy a kognitív funkció **elszigetelt károsodása**, a koponya bizonyos változó súlyosságú traumái létrehozhatnak objektív módon mérhető tüneteket, amelyek az agyrázkódás utáni tünetegyüttestől eltérő szindrómát alkotnak:

Rövid távú koncentrálóképesség, lassú gondolkodás, az emlékezés nehézsége, gyors szellemi kifáradás, zaj-intolerancia, hangulatingadozások, 2 évnél tovább tart	**5-10%**

3-5. cikk: Dementia

Nem bizonyított, hogy a trauma dementiát vált ki. Az Alzheimer kór és az öregkori dementia nem trauma eredménye.

4. cikk: Vegyes kognitív és szenzorimotoros károsodások

Ezek a vegyes károsodások a súlyos koponya-trauma tipikus másodlagos betegségei. A legtöbb esetben a frontális diszfunkciók kombinálódnak kognitív deficitekkel, magatartási zavarral, piramidális és/vagy kisagyi szindrómákkal vagy szenzoros zavarokkal (féloldali látótérkiesés (hemianopsia), szemmozgató ideg bénulása, stb.), amelyek összhangban vannak az orvosi leképezési eljárások során észlelt sérülésekkel.

Ezek a társulások olyan klinikai kórképeket hoznak létre, amelyek olyan mértékben különböznek egymástól, hogy már nem lehet pontos besorolást javasolni olyan módon, mint az egyéni lefolyású másodlagos betegségek esetén. Ezeket a károsodásokat átfogó módon kell értékelni.

Az orvosi-jogi értékelés összefüggésében azonban a teljes károsodás számos súlyossági szintjét lehet megállapítani.

4-1. cikk: **Minden hasznos akaratlagos tevékenység elvesztése**, minden beazonosítható relációs képesség elvesztése	**100%**
4-2. cikk: **Súlyos szenzorimotoros károsodások** (érzék- és mozgásszervi károsodások), amelyek komolyan korlátozzák az önállóságot, olyan kognitív deficitekkel kombinálva, melyek nem egyeztethetők össze a kapcsolódó ésszerű életvezetéssel	**85-95%**
4-3. cikk: **Súlyos kognitív zavarok**, amelyek elsősorban a gátlás hiányából és komoly viselkedésbeli zavarokból állnak, amelyek veszélyeztetik az összes társadalmi interakciót, olyan szenzorimotoros károsodásokkal, amelyek összeegyeztethetők az önállósággal a mindennapi élet nélkülözhetetlen tevékenységei során	**60-85%**
4-4. cikk: **Kognitív zavarok, amelyekhez állandó** figyelem- és memóriazavar kapcsolódik, a kezdeményezés és/vagy önkritika relatív vagy teljes elvesztése, az összetett helyzetek kezelésének képtelensége, olyan szenzorimotoros károsodásokkal, amelyek nyilvánvalóak, de összeegyeztethetők a mindennapi élet tevékenységeiben való önállósággal	**40-60%**
4-5. cikk: **Kognitív zavarok**, ahol kisebb szenzorimotoros károsodásokkal kombinálódik a gondolkodás nyilvánvaló lassúsága, a kétségtelen memóriahiány és az összetett gondolatok felfogásának nehézsége	**20-40%**

5. cikk: Epilepszia

Nem javasolhatunk rokkantsági besorolást, amíg a kranioenkephál (koponyaűri) traumát és az epilepsziás rohamokat nem erősítették meg, és amíg a szükséges idő el nem telt ahhoz, hogy az állapot spontán előrehaladása stabilizálódjon, és a beteget alkalmassá tegye a kezelésre.

5-1. cikk: Epilepszia eszméletvesztéssel

(Nagyrohamú epilepszia és komplex részleges epilepszia)

5-1-a. cikk: **Nem kontrollálható epilepszia**, megfelelő gyógyszeres kezelés ellenére, és amelyet diagnosztizálható, mindennapos rohamok követnek	**35-70%**
5-1-b. cikk: **Nehezen kontrollálható epilepszia** gyakori rohamokkal (havonta számos alkalommal) és a kezelés másodlagos hatásaival	**15-35%**
5-1-c. cikk: **Jól kontrollált epilepszia**, jól tolerált kezelés hatására	**10-15%**

5-2. cikk: Epilepszia eszméletvesztés nélkül

Epilepszia, amely részleges és egyszerű, a rohamok jellege és gyakorisága, valamint a kezelés másodlagos hatásai igazolják, hogy epilepsziáról van szó	**10-30%**

Elszigetelt EEG-rendellenességek alapján, diagnosztizálható rohamok hiányában, nem lehet poszttraumatikus epilepsziát diagnosztizálni.

6. cikk: Agyrázkódás utáni szindróma

Objektív módon meg nem erősített, csak elmondás alapján fennálló tünetek a diagnosztizált eszméletvesztést követően	**2%**

7. cikk: Deafferens fájdalom (érzőidegek károsodása):

A perifériális idegrendszer sérüléséhez kapcsolódó fájdalom, amelyet fájdalomérző stimuláció nélkül érez a beteg, és a több klinikai típus egyikébe tartozhat:

anaesthesia dolorosa, súlyos akut fájdalom, hiperpátia (pl. fantom végtagfájdalom vagy trigeminális neuralgia).

Ezek a "kivételes fájdalom" típusai, amelyek nem részei a szokásos poszttraumatikus kórképnek, és ezért nem szerepelnek a rokkantsági besorolásban. Ezek a sérülés másodlagos formái.

Mindazonáltal, úgy tűnik, hogy indokolt lenne értékelni ezeket oly módon, hogy az érintett deficitre vonatkozó rokkantsági besorolást megnövelnénk további **5- 10%-kal.**

***

8. cikk: Neuralgia

Perifériás vagy koponya-idegek károsodását követően, amennyiben a beteg elmondása szerint meglévő fájdalmat objektív klinikai lelet vagy technikai bizonyíték is alátámasztja, de a végleges diagnózishoz szakvéleményre van szükség, az értékelésnek figyelembe kell vennie a rohamok gyakoriságát és a gyógyszeres kezelés hatékonyságát.

8-1. cikk: Trigeminális (háromosztatú)	max. 25%
8-2. cikk: Faciális (arc)	max. 8%
8-3. cikk: Cervicobrachialis (nyak-kar)	max. 12%
8-4. cikk: Intercostalis (bordaközi)	max. 3%
8-5. cikk: Femorocutan (comb-bőr)	max. 3%
8-6. cikk: Femorális (comb)	max. 8%
8-7. cikk: Ischiadicus (ülő)	max. 15%

PSZICHIÁTRIA

(Hivatkozva az ICD-X-re és a DSM-IV-re)

9. cikk: Tartós lelkiállapot-zavarok

Súlyos másodlagos betegségekkel járó összetett és elhúzódó kezelést igénylő poszttraumatikus fizikai sérülések esetén előfordulhat állandósult mentális szenvedés tartós lelkiállapot-zavarok formájában *(depresszív állapot)*.

9-1. cikk: **Gyakori szakorvosi ellenőrzés**, komoly gyógyszeres kezelés szükséges, kórházban történő elhelyezéssel vagy anélkül	**10-20%**
9-2. cikk: **Rendszeres szakorvosi ellenőrzés**, időnkénti specifikus gyógyszeres kezeléssel	**3-10%**
9-3. cikk: Nem rendszeres **időközönkénti orvosi ellenőrzés** szükséges, szakaszos kezeléssel	**max. 3%**

10. cikk: Traumás neurózis (poszttraumatikus stressz szindróma, túlzott félelem neurózis)

Ezek a traumatikus esemény hirtelen, váratlan és brutális előfordulása által kiváltott olyan mentális tüneteket követnek, amelyekkel az egyén képtelen megbirkózni.

A stressz-tényező intenzív és/vagy elhúzódó.

Az esemény óhatatlanul emlékezetbe vésődött.

A tünetegyüttes részét képezi a fóbiás szorongás, elkerülő magatartás, rögeszmés-kényszeres zavar és személyiségváltozás. Még nagyon korai kezelés esetén sem lehet az eseménytől számított mintegy két évnél rövidebb időtartamúra becsülni a kezelés idejét.

10-1. cikk: **Teljesen kifejlődött fóbia szindróma**	**12-20%**
10-2. cikk:	**8-12%**

Fóbiás szorongás pánikrohamokkal, kerülő magatartás és rögeszmés-kényszeres zavar	
10-3. cikk: **Fóbiás szorongás tünetei kerülő magatartással** és rögeszmés-kényszeres zavarral	**3-8%**
10-4. cikk: **Enyhe fóbiás szorongásos tünetek**	**max. 3%**

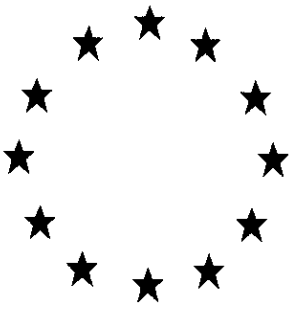
11. cikk: Pszichotikus zavarok

Ezek nem kerültek be a skálába, mivel nemigen mutatható ki, hogy trauma következményeként lépnének fel.

***

***

II.
ÉRZÉKELŐ RENDSZER
és
SZTOMATOLÓGIA



II. ÉRZÉKELŐ RENDSZER ÉS SZTOMATOLÓGIA

1 - SZEMÉSZET

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

A) LÁTÁSÉLESSÉG

12. cikk: A látás teljes elvesztése

12-1. cikk: Látás elvesztése (teljes vakság)	**85%**
12-2. cikk: Látás elvesztése egyik félszemre	**25%**

13. cikk: A látásélesség elvesztése mindkét félszemre, távollátás és közellátás

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Vakság
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35

5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Vakság	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

I. Táblázat: távollátás

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Vakság
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Vakság	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

II. Táblázat: *közellátás*

A II. táblázatot csak akkor kell használni, ha lényeges torzulás van a közellátás és távollátás között. Ebben az esetben a 2 besorolás számtani középértékét kell venni.

14. cikk: LÁTÓMEZŐ

14-1. cikk: Hemianopsia (féloldali látótérkiesés) • a típusától, mértékétől és attól függően, hogy károsodott-e a központi látás	**max. 85%**
14-2. cikk: Quadranopsia • típustól függően	**max. 30%**
14-3. cikk: Szkotóma (központi szigetszerű látótérkiesés) • kétoldali • egyoldali	**max. 70%** **max. 20%**
14-4. cikk: Juxta-centrális vagy paracentrális szkotóma • attól függően, hogy egy- vagy kétoldalú, megőrzött látásélességgel	**max. 15%**

15. cikk: SZEMMOZGÁS

15-1. cikk: Kettőslátás • függ a nézés irányától, attól, hogy az állapot végleges-e vagy sem, hogy az egyik félszemet szükséges-e állandóan letakarva tartani vagy sem	**max. 25%**
15-2. cikk: Oculomotor paralysis (szemmozgató ideg bénulása) • típustól függően	**max. 15%**
15-3. cikk: Intrinsic mozgás • típustól függően (legfeljebb teljes aniridia)	**max. 10%**
15-4. cikk: Heterophoria (szemizmok együttműködési zavara); teljes konvergencia-bénulás	**5%**

16. cikk: SZEMLENCSE

16-1. cikk: Elvesztése (aphakia), szemüveggel vagy kontaktlencsével korrigálva	

• kétoldali • egyoldali *Ehhez hozzá kell adni a látásélesség korrigált veszteségéért adott besorolási értéket, anélkül, hogy túllépnénk egyoldali sérülés esetén a 25%-ot és mindkét félszem esetén a 85%-ot.* •	**20%** **10%**
16-2. cikk: Elvesztése lencsebeültetéssel korrigálva (pszeudophakia): *A látásélesség-veszteségért adott százalékhoz a pszeudophakiás félszem után hozzá kell adni 5%-ot*	

17. cikk: A SZEMHEZ TARTOZÓ RÉSZEK (Adnexa)

A károsodástól függően, a legkomolyabb a szemhéj-ptózis (szemhéjcsüngés) campimetrikus deficittel (látótérhiánnyal) és kétoldali alacrimiával	**max. 10%**

***

2 - FÜL-ORR-GÉGÉSZET

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

A) HALLÁS

18. cikk: Hallásélesség

18-1. cikk: Teljes süketség

18-1-a. cikk: Kétoldali	**60%**
18-1-b. cikk: Egyoldali	**14%**

18-2. cikk: Részleges süketség

Az értékelés 2 lépcsőben történik:

18-2-a. cikk: Közepes hallásvesztés

Ezt az 500, 1000, 2000 és 4000 Hz-en, decibelben mért légvezetés-károsodáshoz viszonyítva kell értékelni, a Hz értékek fenti sorrendje szerint 2, 4, 3, illetve 1-es súlyozást alkalmazva. Az összeg tízzel osztandó.

Lásd az alábbi táblázatot.

Közepes hallásvesztés	0 - 19	20 - 29	30 -39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +

dB-ben								
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 +	14	18	25	30	35	45	55	60

18-2-b. cikk: Hallástorzulás

Az értékelésnél össze kell hasonlítani ezt az elnagyolt besorolást a beszéd-hallásvizsgálat eredményével, hogy pontosabban értékelhető legyen bármilyen hallástorzulás (különösen hallóideg-sérülés, a hangerő enyhe erősödésére történő túlzott reagálás), amely a funkcionális károsodást fokozza.

Az alábbi táblázat magasabb besorolást javasol, amely a tiszta hangküszöb-hallásvizsgálat eredményei fényében mérlegelhető:

% megkülönböz–tetés	100%	90%	80%	70%	60%	< 50%
100%	0	0	1	2	3	4
90%	0	0	1	2	3	4
80%	1	1	2	3	4	5
70%	2	2	3	4	5	6
60%	3	3	4	5	6	7
< 50%	4	4	5	6	7	8

Hallókészülék viselése esetén *a javulást a hallókészülékkel és anélkül készített hallásgörbék összehasonlításával kell megállapítani; ez lehetővé teszi a besorolás csökkentését, viszont számba kell venni a protézis mint kellemetlenség értékét, különösen zajos környezetben.*

19. cikk: Izolált fülzúgás (tinnitus)

Ha megerősítést nyert, hogy tulajdonítható	**max. 3%**

B) EGYENSÚLY

20. cikk Kétoldali vesztibuláris károsodás, objektíven megerősített roncsolás, súlyosságtól függően	**10-25%**
21. cikk Egyoldali vesztibuláris károsodás	**4-10%**
22. cikk Jóindulatú, időnként fellépő szédülés	**max. 4%**

C) ORRLÉGZÉS

23. cikk ***Nem korrigálható elzáródás*** • ***kétoldali*** • egyoldali	**max. 8%** **max. 3%**

D) SZAGLÓKÉPESSÉG

a megváltozott ízérzékelést is beleértve

24. cikk Anosmia (szagláshiány)	**8%**
25. cikk Hyposmia (szaglászcsökkenés)	**max. 3%**

E) BESZÉD

26. cikk Afónia (hangvesztés)	**30%**
27. cikk Izolált diszfónia	**max. 10%**

***

3 - SZTOMATOLÓGIA

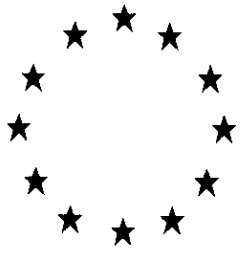
Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni. Kivehető protézis esetén 1/2-del kell az értéket csökkenteni. Rögzített protézis esetén 3/4-del kell az értéket csökkenteni.
Ha implantátumot ültetnek be, az nem számít fogyatékosságnak.

28. cikk Az összes fog elvesztése, amikor nyilvánvaló, hogy protézises fogpótlás nem lehetséges *az általános egészségi állapotra való kihatás figyelembevételével*	**28%**
29. cikk Egy fog elvesztése, protézises fogpótlás nem lehetséges • metszőfog vagy szemfog • kiszápfog vagy zápfog (premoláris vagy moláris)	**1%** **1.5%**
30. cikk Mandibuláris (állkapocs-) diszfunkció • a száj nem nyitható 10 mm-nél nagyobbra • a száj nem nyitható 10–30 mm-nél nagyobbra	**25-28%** **5-25%**
31. cikk A fogak poszttraumatikus egyenetlen elhelyezkedése, *a rágásképességre gyakorolt hatástól függően*	**2-10%**
32. cikk A nyelv mozgatható részének eltávolítása, *a rendellenes működés súlyosságától függően, a beszédre, rágásra és nyelésre gyakorolt hatás figyelembevételével.*	**3-30%**

***

III.

CSONT- ÉS ÍZÜLETI RENDSZER



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

Egy ízületnek vagy magának a végtagnak az esetében a besorolás végeredménye nem a különálló besorolások összesítéséből, hanem azok együtthatásának értékeléséből következik, és egy jó helyzetben lévő végtag összes ankylosisos ízületére adott besorolások összege nem lehet magasabb, mint a végtag teljes anatómiai vagy funkcionális elvesztésére adott érték.

A nem rendszerszerűen meghatározott nagyon komoly merevség által indokolt besorolásnak az illető ízület ankylosisára adott besoroláson kell alapulnia.

Ami a főbb ízületek belső protéziseit (endoprosthesis) illeti, el kell ismerni, hogy ezek egyike sem állítja helyre a proprioceptiot, és ezek mindegyike bizonyos korlátozásokkal jár az érintett személy életvitelére. Következésképpen a belső protézisek megléte 5%-os elvi értéket indokol.

Ha az objektív funkcionális eredmény nem kielégítő, a belső protézis ezen elvi kényelmetlenségei automatikusan beleértendők a funkcionális deficit kényelmetlenségeibe, és akkor ez a plusz besorolás nem indokolt.

A) FELSŐ VÉGTAG

(kivéve a kezet és az ujjakat)

33. cikk: Amputáció

A felső végtagok protézissel való pótlásának jelenlegi lehetőségei általában véve nem állítják helyre a beteg számára azok igazi működését, mivel a beteg nem nyeri vissza a velük való érzékelést. Ha javulás következik be, a szakértő külön számításba veszi ezt, és ésszerűen csökkenti az alábbiakban javasolt besorolást.

	D *	ND **
33-1. cikk: A felső végtag teljes amputációja	**65%**	**60%**
33-2. cikk: A kar amputációja (mozgatható váll)	**60%**	**55%**
33-3. cikk: Az alkar amputációja	**50%**	**45%**

* domináns oldal

** nem domináns oldal

34. cikk : Ankylosis és merevség

34-1. cikk: Váll

6 tiszta vállmozgás van, amelyek együtt teszik lehetővé az ízület működését. Ezen mozgások mindegyikének megvan a relatív jelentősége a mindennapi élet tevékenységeiben.

A 3 leglényegesebb mozgás az elülső emelés, a távolítás és a belső forgás, ezt követi a külső forgás, a felhúzás (retropulsio) és a közelítés. A felhúzás és közelítés károsodása olyan minimális besorolási értéket indokol, hogy

azt nem vettük bele az alábbi táblázatba. Ezek a többi mozgáskorlátozottság besorolásának kiszámításánál szolgálnak súlyozásra.

34-1-a. cikk: Ankylosis

	D	ND
Arthrodesis vagy ankylosis funkcionális helyzetben • rögzített lapockacsont • mozgatható lapockacsont	**30%** **25%**	**25%** **20%**

34-1-b. cikk: Merevség

	D	ND
Az emelés és távolítás 60°-ra korlátozott • a forgásképesség teljes elvesztésével • a többi mozgás teljes mértékben lehetséges	**22%** **18%**	**20%** **16%**
Az emelés és távolítás 90°-ra korlátozott • a forgásképesség teljes elvesztésével • a többi mozgás teljes mértékben lehetséges	**16%** **10%**	**14%** **8%**
Az emelés és távolítás 130°-ra korlátozott • a többi mozgás teljes mértékben lehetséges	**3%**	**2%**
A belső forgásképesség izolált elvesztése	**6%**	**5%**
A külső forgásképesség izolált elvesztése	**3%**	**2%**

34-2. cikk: Könyök

Csak a 20 és 120 fokos hajlásszög közötti mozgathatóság számít gyakorlati használhatóságnak. Az ezen túli tartományban való mozgásnak csak nagyon minimális kihatása van a mindennapi életre.

Így az alábbi besorolási értékek csak az ebbe a tartományba tartozó deficitekre vonatkoznak.

A szakértő figyelembe veszi a nyújtáshiányt és a hajláshiányt, ezeknek a besorolási értéke szükségképpen együtt tekintendő, bár nem adható össze. Minden pronosupinatios hiány besorolási értéke hozzáadható.

34-2-a. cikk: Ankylosis

	D	ND
Arthrodesis vagy ankylosis funkcionális helyzetben		
• a pronosupinatio megtartott	**24%**	**20%**
• a pronosupinatio elveszett	**34%**	**30%**

34-2-b. cikk: Merevség

	D	ND
Teljes hajlítás és nyújtás		
• 90°-on túl korlátozott	**15%**	**12%**
• 90°-ra korlátozott	**12%**	**10%**
• 20°-ra korlátozott	**2%**	**1%**
Teljes nyújtás és hajlítás		
• 120°-ig	**2%**	**1 %**
• 90°-ig	**12%**	**10%**
• ezen túl	**15%**	**12%**

34-3. cikk: A pronosupinatio izolált károsodása

34-3-a. cikk: Ankylosis

	D	ND
Ankylosis funkcionális helyzetben	**10%**	**8%**

34-3-b. cikk: Merevség

	D	ND
Merevség a lefelé fordítás (pronatio) tartományában	**0 – 6%**	**0 – 5%**
Merevség a kifelé fordítás (supinatio) tartományában	**0 – 4%**	**0 – 3%**

34-4. cikk: Csukló

A hasznos tartomány 0-tól 45 fokig terjed mind a hajlításnál, mind a nyújtásnál. Az ezen túli tartományban való mozgásnak csak nagyon minimális kihatása van a mindennapi életre. Ugyanez érvényes a forgó elhajlításra. (radialis deviatio)

34-4-a. cikk: Ankylosis

	D	ND
Arthrodesis vagy ankylosis funkcionális helyzetben		
• a pronosupinatio megtartott	**10%**	**8%**
• a pronosupinatio elveszett	**20%**	**16%**

34-4-b. cikk: Merevség

	D	ND
Merevség a hasznos tartományban • hajláshiány • nyújtáshiány	**0 – 4%** **0 – 6%**	**0 – 3%** **0 – 5%**
A singcsont-elhajlítás képességének (deviatio) elvesztése	**1.5%**	**1%**

B) KÉZ

A kéz alapvető funkciója a fogás, amelyet a megfogás és megmarkolás mozdulatok kivitelezésének a hatékonysága határoz meg. Ez megkívánja a megfelelő hosszúságú, mozgékonyságú és érzékenységű ujjak birtoklását.

A szakértőnek elsődlegesen a kéz analitikai vizsgálatát kell elvégeznie.

Azután ellenőriznie kell, hogy vizsgálati eredményeit alátámasztja-e a beteg hat alapvető megfogási és megragadási mozdulatra való képessége (lásd az ábrát).

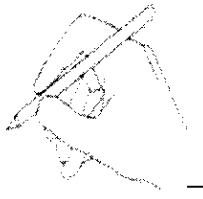
Bármilyen eltérés az okok azonnali alapos vizsgálatát és annak az előirányzott besoroláshoz való lehetőség szerinti hozzáigazítását követeli meg úgy, hogy az abszolút határ az érintett ujjak utáni értékvesztés.

A LEGFONTOSABB FOGÁSI ÉS MEGRAGADÁSI MOZDULATOK

Erős fogás, tenyérrel

Precíziós fogás, ujjvéggel (ujjvég alatt) ellenoldal

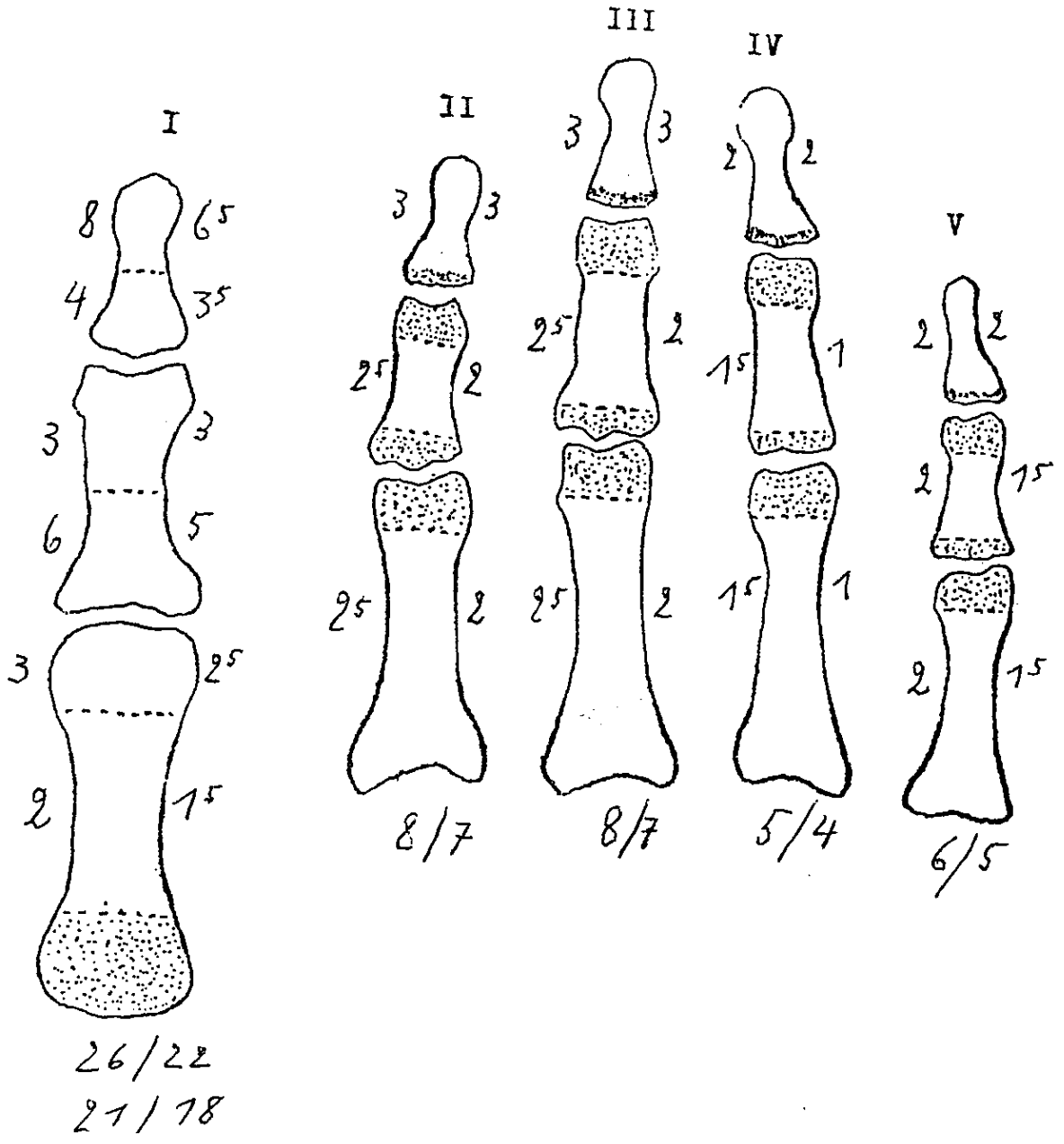
Precíziós fogás, ujjvég alatti oldal (subterminolaterális)



Dinamikus tripod

Akasztófogás

Erőteljes labdafogás


I
8
6 5
4
3 5
3
3
6
5
3
2 5
2
1 5
26/22
21/18
II
3
3
2 5
2
2 5
2
8/7
III
3
3
2 5
2
2 5
2
8/7
IV
2
2
1 5
1
1 5
1
5/4
V
2
2
2
1 5
2
1 5
6/5

A KÉZ DIAGRAMJA

(lásd 35-2. cikk: AZ UJJAK AMPUTÁCIÓJA)

Ebben a diagramban:

- a pontozott területek értéke nulla
- az egyes ujjpercekhez (szegmensekhez) kapcsolt érték annak a percnek az egészét magában foglalja
- egy ujjperc (szegmens) részleges elvesztése a teljes elvesztési értékhez viszonyítva arányosan kerül kiszámításra
- a javasolt értékek figyelembe veszik az érzékenység, vérellátás és alak kisebb változásait, amelyeknél az orvos tudja, hogy együtt járnak az ujj amputációjával

35. cikk: Amputáció

35-1. cikk: A kéz teljes amputációja

	D	ND
A kéz teljes amputációja	**50%**	**45%**

35-2. cikk Az ujjak amputációja

Lásd az előző oldal diagramját.

35-2-a. cikk: A **hüvelykujj** (**és annak kézközépcsontja (metacarpalis)**) vagy a hosszú ujjak amputációja: *lásd a kéz diagramját*

*Példa a **hüvelykujj** amputációjára*	D	ND
az MC + P1 + P2 elvesztése	**26%**	**22%**
a P1 + P2 elvesztése	**21%**	**18%**

a P2 elvesztése	**12%**	**10%**

35-2-b. cikk: Egy **hosszú ujj (teljes vagy részleges)** amputációja: az értéket lásd a diagramon.

35-2-c. cikk: **Több hosszú ujj** amputációja (kombinált veszteség): *az egyes ujjakra kiszámított értékek egyszerű összeadása nem veszi figyelembe a hosszú ujjak interakcióját. Ez az együttes hatás(synergia) eltérő az érintett ujjak számának függvényében:*

- *2 hosszú ujj elvesztése: az összeadás eredménye a számított besorolási érték 45%-ával megnövelve*
- *3 hosszú ujj elvesztése: az összeadás eredménye a számított besorolási érték 65%-ával megnövelve*
- *4 hosszú ujj elvesztése: az összeadás eredménye a számított besorolási érték 45%-ával megnövelve*

35-2-d. cikk: A hüvelykujj és egy vagy több hosszú ujj amputációja: itt a „hüvelykujj" megnevezés csak a P1 + P2-re vonatkozik.

A hüvelykujj és az összes hosszú ujj elvesztésére adott értékek egyszerű összeadása (az utóbbi érték kiszámítása figyelembe veszi a hosszú ujjak interakcióját) túl magas összértéket eredményezne. A kéz diagramjában a hüvelykujjhoz rendelt érték csak akkor alkalmazandó, ha a hosszú ujjak épek. Ha nem épek, a hüvelykujj elveszti hasznosságának egy részét mind az 5 ujj együttes hatását tekintve.

Így az alábbi csökkentő tényezőket kell alkalmazni a hüvelykujjra adott értéknek + a hosszú ujjak együttes hatással növelt értékének egyszerű összeadása révén nyert értékre:

- *a hüvelyujj és 1 hosszú ujj elvesztése:* *0% (a károsodás túl kicsi ahhoz, hogy beszámításra kerüljön)*
- *a hüvelyujj és 2 hosszú ujj elvesztése:* *- 5%*
- *a hüvelyujj és 3 hosszú ujj elvesztése:* *-10%*
- *a hüvelyujj és 4 hosszú ujj elvesztése:* *-20%*

Így a domináns oldal négy hosszú ujjának elvesztésére adott besorolási érték 27% (8 + 8 + 5 + 6), amihez az együttes hatás figyelembe vétele érdekében hozzáadódik a 27% 45%-a = 12%. A teljes besorolási érték így 39%.

Ha ezen felül a hüvelykujj elvesztése is megtörténik (a hüvelykujj besorolási értéke önmagában 21%), a hüvelykujj és a négy hosszú ujj teljes értékéből, azaz (39 + 21) = 60%-ból a 60% 20%-át, vagyis 12%-ot kell levonni a hasznosság fogási funkcióban bekövetkezett elvesztésének figyelembe vétele érdekében.

A hüvelykujj (P1 + P2), valamint a négy hosszú ujj amputációjáért adott besorolási érték 60 – 12 = 48%.

Mivel a domináns kéz teljes elvesztéséért adott besorolási érték 50%, így 2% besorolási érték marad a kézközépre (metacarpus), mely csekély hasznosságú.

Ugyanilyen alapon a nem domináns oldal hüvelykujjának és négy hosszú ujjának elvesztéséért adott besorolási érték 44%.

Ha az első kézközépcsont is elvesztésre kerül, ennek csekély hatása van a végleges besorolásra: magának az első kézközépcsontnak az elvesztése már csekély értéket jelent.

A többi kézközépcsontnak a végső értékre gyakorolt hatása szerény, de változó, mivel az esettől függően ezek kimetszése (resectio) szükségessé válhat vagy enyhébb negatív hatással járhat.

36. cikk: Ankylosis, arthrodesis és merevség

Ha több ujj károsodása együtt fordul elő, a javasolt tényezőket úgy kell alkalmazni, hogy először a hosszú ujjak közötti együttes hatást kell figyelembe venni, másodszor a hüvelykujj és egy vagy több hosszú ujjat érintő károsodást: lásd a korábbi szöveget.

36-1. cikk: Ankylosis

Egyezményesen a hüvelykujj trapezometacarpalis ízületét A0-nak nevezik; az összes ujj esetében az A1 a metacarpophalageális ízületet, az A2 a proximális interphalangealis ízületet, az A3 pedig a distalis interphalangeális ízületet jelenti.

A hosszú ujjak funkcionális helyzete a 20-tól 30°-ig terjedő hajlítás.

A hüvelykujj funkcionális helyzete az A0 távolítása és előremozgatása és az A1 és A2 enyhe hajlítása.

36-1-a. cikk: A **hüvelykujj** ankylosisa **funkcionális helyzetben**

Az A0, A1 és A2 ankylosisa a hosszú ujjak ankylosisa esetén szokásosan ujjra adott érték 75%-nál kisebb értéket eredményez, figyelembe véve a hüvelykujj speciális funkcióját. Még ezzel az ankylosisszal is ki lehet egy bizonyos fokú ellenerőt fejteni.

	D	ND
A0 + A1 +A2	**16%**	**14%**
A0	**8%**	**7%**
A1	**4%**	**3.5%**
A2	**4%**	**3.5%**
A1 + A2	**8%**	**7%**

36-1-b. cikk: **Egy hosszú ujj összes ízületének** merevsége

36-1-b1. cikk: *Funkcionális helyzetben*: egyenértékű az ujj elvesztése értékének 75%-ával,

tekintve, hogy az érzékelés megtartott és az ujj korlátozott használata még mindig lehetséges

	D	ND
Mutatóujj	**6%**	**5%**
Középső ujj	**6%**	**5%**
Gyűrűsujj	**4%**	**3%**
Kisujj	**4.5%**	**4%**

36-1-b2. cikk: In a *poor position*

Túlhajlítva	**D**	**ND**
Mutatóujj	**8%**	**7%**
Középső ujj	**8%**	**7%**
Gyűrűsujj	**8%**	**4%**
Kisujj	**6%**	**5%**

Túlnyújtva	**D**	**ND**
Mutatóujj	**7%**	**6%**
Középső ujj	**7%**	**6%**
Gyűrűsujj	**4.5%**	**3.5%**
Kisujj	**5%**	**4%**

36-1-c. cikk: **Egy hosszú ujj egy vagy több ízületének** ankylosisa

A szakértő az érintett ujj teljes ankylosisának értékét használja, és levonja az 1/3-át vagy 2/3-át.

36-2. cikk: Merevség

A merevségre adott érték az ankylosis értékének hányada, figyelembe véve az egyes ízületek mozgásának normális tartományát.

A hosszú ujj mozgásának normális tartománya:

- *A1 és A2: mutatóujj és középső ujj: 20–80°; gyűrűsujj és kisujj: 30 – 90°*
- *A3: 20 – 70°*

36-1. cikk: Ankylosis

Egyezményesen a hüvelykujj trapezometacarpalis ízületét A0-nak nevezik; az összes ujj esetében az A1 a metacarpophalangealis ízületet, az A2 a proximális interphalangealis ízületet, az A3 pedig a distalis

37. cikk: A tenyér érzékenységének zavarai

A kézhát rendellenes érzékenységének nincs kihatása a funkcióra, így nem jogosít rokkantsági besorolásra.

A javasolt értékek enyhe paresztéziát és az alak nem összefüggő rendellenességeit tartalmazzák, amelyekről az orvos tudja, hogy normálisan előfordulnak az ideg kivágását követő kisebb neurómáknál.

Ha több ujj érintett, a hosszú ujjak együttes hatásának tényezőit, valamint a hüvelykujj és egy vagy több hosszú ujj együttes elvesztésére vonatkozó tényezőket kell alkalmazni: lásd a korábbi szöveget.

37-1. cikk: Érzéketlenség (Anaesthesia): az adott érték a kérdéses ujj/ujjak percének/perceinek (szegmens) anatómiai elvesztésére adott értékének 75%-a.

37-2. cikk: Hipoesztézia: az adott érték a kérdéses ujj/ujjak percének/perceinek anatómiai elvesztésére adott értékének 50–75%-a, a hipoesztézia súlyosságától és lokalizált kiterjedésétől, valamint a károsodott ujjtól függően (fogásképesség).

B) ALSÓ VÉGTAG

Article 38: Amputáció

Egy alsó végtag amputációja, kivéve a lábfejet, megfosztja a beteget a járás és állás képességétől. A javasolt értékek olyan betegre értendők, aki jól illeszkedő protézissel van ellátva. Ha a protézis egyáltalán nem ilyen kielégítő, a szakértő az értéket annak alapján állapítja meg, hogy az mennyire elviselhető és mennyire hatékony. Az érték

38-1. cikk: A csípő ízületi csonkolása (disarticulatio) vagy magasan a combcsonton keresztül végzett (transfemoralis) amputáció, ahová nem lehet protézist illeszteni	**65%**
38-2. cikk: A csípő egyoldali ízületi csonkolása (disarticulatio) vagy magasan a combcsonton keresztül végzett (transfemoralis) amputáció ülőcsont (ischialis) támasztás nélkül	**60%**
38-3. cikk: Combcsont-amputáció	**50%**
38-4. cikk: A térd ízületi csonkolása (disarticulatio)	**40%**
38-5. cikk: A lábszár amputációja:	**30%**
38-6. cikk: Tibiotarsalis amputáció	**25%**
38-7. cikk: Közép- vagy transzmetatarsalis amputáció	**20%**
38-8. cikk: Az 5 lábujj és az 1. lábtőcsont (metatarsalis) amputációja	**12%**
38-9. cikk: A nagylábujj és az 1. lábtőcsont (metatarsalis) amputációja	**10%**
38-10. cikk: A nagylábujj mindkét ujjpercének (phalanx) amputációja	**6%**

nem lehet magasabb, mint a teljes végtag amputációjánál.

39. cikk: Ankylosis és merevség

39-1. cikk: Csípő

Hajlásszög: *a 90°-os hajlásszög a mindennapi élet legtöbb cselekvését lehetővé teszi; a 70° lehetővé teszi a beteg számára az ülést és lépcsőnjárást; a 30° pedig a járást.*

A távolítás szöge: *a 20° gyakorlatilag a mindennapi élet összes tevékenységét lehetővé teszi.*

A közelítés szöge: *minimális gyakorlati jelentősége van.*

Külső forgás: *csak az első 30°-os tartomány hasznos.*

Belső forgás: *10° elegendő a mindennapi élet legtöbb tevékenységéhez.*

A nyújtás szöge: *járáskor és lépcsőn járáskor 20° szükséges.*

A fájdalom rendkívül fontos tényező a csípő mindennapi használatának meghatározásában (járás és állás): a javasolt értékeknek ezt is figyelembe kell venniük.

39-1-a. cikk: Ankylosis

Csípő • jó helyzetben	**30%**

39-1-b. cikk: Merevség

39-1-b1. cikk: Számos mozgás esetén rendkívüli merevség

kísérő jelekkel (radiológiai jelek, amiotrófia, stb.), ez az ankylosisnál sokkal súlyosabb állapot	**max. 40%**

39-1-b2. cikk: Egyébként teljes mozgást feltételezve

A hajlás teljes elvesztése	**17%**
Hajlásszög: • 30°-ra korlátozott • 70°-ra korlátozott • 90°-ra korlátozott	 **13%** **7%** **4%**
A nyújtás teljes elvesztése	**2%**
Állandósult, nem javítható 20°-os hajlás	**4%**
A távolítás teljes elvesztése	**6%**
A közelítés teljes elvesztése	**1%**
A külső forgásképesség teljes elvesztése (externalis rotatio)	**3%**
A belső forgásképesség teljes elvesztése (internalis rotatio)	**1%**

39-2. cikk: Térd

Hajlásszög: *a 90° a mindennapi élethez szükséges tevékenységek, mindenekelőtt azok lényegesebb felét lehetővé teszi (járás, leülés, lépcsőhasználat); a 110° ezek 3/4-ét és a 135° mindegyiket lehetővé teszi.*

A nyújtás szöge: *a 10°-nál kisebb nyújtásdeficit a mindennapi tevékenységek 3/4-ének felel meg.*

39-2-a. cikk: <u>Ankylosis</u>

Térd • jó helyzetben	**25%**

39-2-b. cikk: Merevség

Hajlásszög: • 30°-ra korlátozott • 50°-ra korlátozott • 70°-ra korlátozott • 90°-ra korlátozott • 110°-ra korlátozott	**20%** **15%** **10%** **5%** **2%**
Nyújtáshiány • 10° alatt • 10° • 15° • 20° • 30°	**0%** **3%** **5%** **10%** **20%**

39-2-c. cikk: Lazaság (nincs protézis)

Oldalirányú • 10° alatt • 10° fölött	 **0 – 5%** **5 – 10%**
Elülső • izolált • rotációs	 **2 – 5%** **5 – 10%**
Hátulsó • izolált • rotációs	 **3 – 7%** **7 – 12%**
Összetett rotációs	**10 – 17%**

39-2-d. cikk: Tengelyelhajlás (axialis deviatio)

Genu valgum • 10° alatt • 10 – 20° • 20° fölött	 **0 – 3%** **3 – 10%** **10 – 20%**
Genu varum • 10° alatt • 10 – 20° • 20° fölött	 **0 – 4%** **4 – 10%** **10 – 20%**

39-2-e. cikk: Femoropatelláris szindrómák

Femoropatelláris szindrómák	**0 – 8%**

39-2-f. cikk: A meniscus sérülésekből eredő másodlagos betegségek

A meniscus sérülésekből eredő másodlagos betegségek	**0 – 5%**

39-3. cikk: Boka és lábfej

39-3-a. cikk: Tibiotaláris ízület

20°-os talphajlással (plantaris flexio) a mindennapi élet tevékenységeinek több mint a felét el lehet végezni; 35°-kal mindet el lehet végezni.

10°-os befelé görbüléssel(dorsiflexio) gyakorlatilag valamennyi mindennapos tevékenység ellátható.

A befelé görbülés pár fokának elvesztése inkább hátrány, mint az egyenértékű talphajlás veszteség, mivel a befelé görbülésnek korlátozott a tartománya.

39-3-a1. cikk: Ankylosis

• Funkcionális helyzetben, ha a lábfej eleje hajlékony	**10%**

39-3-a2. cikk: Merevség

A talphajlás teljes elvesztése	5%
A befelé görbülés teljes elvesztése	5%

Talphajlás • **0-tól 10°-ig** • **0-tól 20°-ig** • 0-tól 30°-ig	5% **4%** **2%**
Befelé görbülés • 0-tól 5°-ig • 0-tól 10°-ig • 0-tól 15°-ig	5% **3%** **1%**
Helyre nem igazítható talipes equinus	max. 15%

39-3-a3. cikk: Lazaság

Lazaság	**2 – 6%**

39-3-b. cikk: Szubtaláris ízület

Valgus: 5°-kal gyakorlatilag a mindennapi élet összes tevékenysége elvégezhető;
Varus: 5°-kal a mindennapi élet tevékenységeinek több mint a felét el lehet végezni; 15°-kal mindet el lehet végezni.

A varus elvesztése nagyobb fokú fogyatékossági értéket von maga után, mint a valgus elvesztése, mert a varus ankylosisa kevésbé tolerálható, mint a valgus ankylosisa.

39-3-b1. cikk: <u>Ankylosis</u>

• jó helyzetben	**7%**
• varus	**9%**
• valgus	**8%**

39-3-b2. cikk: Merevség

Felével való korlátozottság	3%
Harmadával való korlátozottság	2%

39-3-c. cikk: A lábtőközépi (midtarsalis) ízület (Chopart ízület) és a lábtő-lábközép (tarso-mtatarsalis) ízület (Lisfranc ízület)

39-3-c1. cikk: Ankylosis

Lábtőközepi (Chopart)	**2%**
Lábtő-lábközép-ízület (Lisfranc)	**4%**

39-3-c2. cikk: Merevség

Felével való korlátozottság	3%

39-3-d. cikk: Lábközép-ujjperc (matatarsophalangealis) ízületek - lábujjak

39-3-d1. cikk: Ankylosis

A nagylábujj lábközép-ujjperc ízülete, helyzettől függően	**2 – 3%**
A 2–5. lábujjak ankylosisa, jó helyzetben	**0 – 2%**

39-3-d2. cikk: Merevség

A szakértő az ankylosisra javasolt értékek alapján állapítja meg a merevségre az értéket.

39-3-e. cikk: Kombinált ankylosis

• tibiotaláris és szubtaláris ízületek, lábtőközépi (midtarsalis) ízület, és a lábfej eleje hajlékony	**17%**
• tibiotaláris és szubtaláris ízületek a lábtőközépi ízület és a lábfej elejének csökkent moblilitásával	**20%**
• a szubtaláris és lábtőközépi ízületek jó helyzetben, a többi ízület szabad	**9%**
• a tibiotaláris, szubtaláris és a lábtőközépi ízületek, a lábfej elülső része hajlékony	**19%**
• tibiotaláris, szubtaláris, lábtőközépi és lábtő-lábközép (tarsometatarsalis) ízületek	**23%**
• u.a. mint a lábujjak ankylosisánál	**25%**

40. cikk: <u>Kompenzálatlan rövidülés</u>

max. 5 cm	8%
max. 4 cm	6%
max. 2 cm	2%
max. 1 cm	0%

C) GERINCOSZLOP

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

41. cikk: Nyaki gerinc

41-1. cikk: A csontok, porckorongok vagy szalagok dokumentált sérülései nélkül

Szaggatott fájdalom, amelyet olyan pontosan meghatározható okok váltanak ki, amelyek mindig ugyanazok, és amely igény szerint fájdalomcsillapító és/vagy gyulladásgátló gyógyszerek szedését igényli, a mozgás minimális csökkenésével	**3%-ig**

41-2. cikk: A csontok, porckorongok vagy szalagok dokumentált sérüléseivel

41-2-a. cikk: Nagyon gyakori fájdalom állandósult funkcionális károsodással, amely minden mozdulatnál óvatosságot igényel, diagnosztizálható szédülés és társult posterior fejfájás,	
• többfokozatú, nagyon erős merevségnél, a fokozatszámtól függően	**15 – 25%**
• némi megmaradó nyaki mozgás	**10 – 15%**
41-2-b. cikk: Gyakori fájdalom klinikailag megerősített mozgástartomány-szűküléssel, valós, de megszakításokkal alkalmazott gyógyszeres kezelést igényel	**3 – 10%**

41-2-c. cikk Arthrodesis vagy ankylosis kísérő tünetek nélkül, a szintek számától függően	**3 – 10%**

42. cikk: Mellkasi gerinc, ágyéki gerinc és keresztcsonti junctio

42-1. cikk: A csontok, porckorongok vagy szalagok dokumentált sérülései nélkül

Szaggatott fájdalom, amelyet pontosan meghatározható okok váltanak ki, amely megfelelő gyógyszeres kezelést igényel és a nagyobb és/vagy tartós igénybevétel kerülését, nem összefüggő szegmentális merevséggel társul	**3%-ig**

42-2. cikk: A csontok, porckorongok vagy szalagok dokumentált sérüléseivel

42-2-a. cikk: *Mellkasi gerinc:* • aktív merevség és fájdalom minden mozdulatnál és minden helyzetben — rendszeres gyógyszeres kezelést kíván	**3 – 10%**
• állandó rossz közérzet vállfájdalommal a lapockacsontok között, nehézségek a terhelhetőséggel, homorú hát, a radiológiai mellkasi kifózis elvesztése, gyógyszeres kezelés szükséges	**10 – 15%**

42-2-b. cikk: *Az ágyéki gerinc és a mellkasi-ágyéki(thoracolumbaris) és a keresztcsonti junctiók:* • aktív merevség, rossz közérzet és fájdalom minden mozdulatnál és minden helyzetben, ami rendszeres gyógyszeres kezelést igényel • nagyon gyakori fájdalom állandó rossz közérzettel, amely óvatosságot kíván minden mozdulatnál, a mozgásoknál nagyobb szegmentális merevséggel, klinikailag megerősített korlátozottság • kivételesen súlyos klinikai és radiológiai leletek	**3 – 10%** **10 – 15%** **25%-ig**

43. cikk: Farkcsont (Coccyx)

Farkcsont körüli fájdalmak	3%-ig

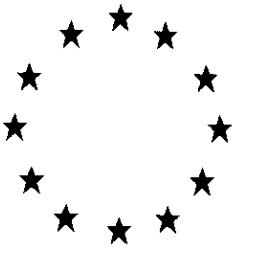
D) Medence

44. cikk Törés utáni fájdalom az egyik ischiopubicus ramus-ban	**max. 2%**
45. cikk Fájdalom és/vagy instabilitás a pubicus symphysisben	**2 – 5%**
46. cikk A sacroiliacus ízület elmozdulását vagy törését követő fájdalom	**2 – 5%**
47. cikk Társult fájdalom és instabilitás a pubicus symphysisben és a sacroiliacus ízületben • a medence terhelhetőségének csökkenése vagy a testtartás romlása nélkül • a medence terhelhetőségének csökkenésével és a testtartás romlásával	**5 – 8%** **8 – 18%**

***

IV.

SZÍV- ÉS LÉGZŐSZERVEK



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

I - SZÍV

A szakértői hivatkozások a New York-i Szív Társaság (NYHA) klasszifikációja alapján készített, alább feltüntetett besorolást veszik figyelembe, a beteg által elmondott funkcionális tünetek, a beteg klinikai vizsgálata és számos kiegészítő vizsgálat (EKG, Doppler, fizikai tűrőképesség, transesofageális echokardiográfia (nyelőcsövön keresztüli szív-ultrahangvizsgálat), katéterezés, stb.) tekintetbevételével

A verőtérfogat az egyik legfontosabb technikai adat a másodlagos betegségek objektív számszerűsítése szempontjából.

A szakértőnek figyelembe kell vennie a gyógyszerezés szükségességét is, valamint azt, hogy ez maga után vonja a beteg figyelemmel kísérésének szükségességét is.

48. cikk: Másodlagos kardiológiai betegségek

48-1. cikk: **Funkcionális tünetek jelentkezése nyugalomban is**, klinikai adatok (erőfeszítés vetkőzéskor, klinikai vizsgálat) és paraklinikai adatok alátámasztásával. Erős gyógyszerezés, illetve gyakorta kórházba utalás szükséges. Verőtérfogat: < 20%	**55% +**
48-2. cikk: **Funkcionális korlátozottság jelentkezése kis erőfeszítés esetén,** miokardiális inkompetenciával (tüdőödémával) vagy perifériás vaszkuláris szövődményekkel, illetve komplex aritmiákkal párosulva. Komoly gyógyszeres kezelés és a beteg szigorú megfigyelése szükséges. Verőtérfogat: 20% és 25% között.	**45 – 55%**

48-3. cikk: **Ugyanaz jelentős gyógyszeres kezelés szükségességével** és/vagy társult aritmiákkal. Verőtérfogat: 25% és 30% között.	**40 – 45%**
48-4. cikk: **Funkcionális korlátozottság, amely a rendes tevékenységet akadályozza** (gyors járás), az echográfia vagy Doppler paraméterek egyértelmű romlása. Terhelési intolerancia, terheléses EKG-beli rendellenességgel, gyógyszeres kezelés szükséges. Verőtérfogat: 30% és 35% között.	**35 – 40%**

48-5. cikk: **Funkcionális korlátozottság jelentkezik átlagos erőkifejtés esetén a beteg elmondása szerint** (2 fokozat), amelyet megerősít a terheléses EKG, illetve a miokardiális diszfunkcióra utaló jelek megléte. Fizikai erőkifejtés ellenjavallt, gyógyszeres kezelés és szigorú kardiológiai megfigyelés szükséges. Verőtérfogat: 35% és 40% között.	**25 – 35%**
48-6. cikk: **Funkcionális korlátozottság** jelentkezik **nyilvánvaló** (jelentősebb) **erőkifejtésnél a beteg elmondása szerint**, miokardiális diszfunkció (szívizomműködés elégtelensége) jeleivel (Doppler, katéterezés, stb.), gyógyszeres kezelés és szigorú megfigyelés szükséges. Verőtérfogat: 40% és 50% között.	**15 – 25%**
48-7. cikk: **Funkcionális korlátozottság** jelentkezik **erőteljes erőkifejtésnél** (sport) **a beteg elmondása szerint**, miokardiális diszfunkció jelei vagy ischaemia nélkül, gyógyszeres kezelés és rendszeres megfigyelés szükséges. Verőtérfogat: 50% és 60% között.	**8 – 15%**
48-8. cikk: **Funkcionális korlátozottság nincs.** Erőkifejtés-tűrés jó; esettől függően gyógyszeres kezelés és/vagy rendszeres megfigyelés szükséges Verőtérfogat: > 60%.	**8%-ig**

49. cikk: Szervátültetés

Szervátültetés lehetősége esetén figyelembe kell venni azt a tényt, hogy ezen betegek jelentős mennyiségű gyógyszerezésre és különlegesen szigorú megfigyelésre utaltak.

A funkcionális kimeneteltől és az immunrendszert gátló gyógyszerek tolerálásától függően	**25 – 30 %**

II) TÜDŐ

A tüdő — bármilyen eredetű — sérülése esetén a krónikus légzési elégtelenség foka alapján történik az értékelés, a következő mérések szerint:

- légzési nehézség súlyossága, a Sadoul klinikai dyspnoea skála értékeinek megfelelően:

FOKOZAT VAGY OSZTÁLY	LEÍRÁS
1	Nehézlégzés a 2. fokozat eseténél jelentősebb erőkifejtés közben
2	Nehézlégzés enyhe emelkedőn felfelé sétálva, illetve gyors séta közben vagy 1. fokozat
3	Nehézlégzés normális, szintbeli járás közben
4	Nehézlégzés lassú séta közben
5	Nehézlégzés enyhe erőkifejtésnél is

- tüdőgyógyász szakorvos által végzett klinikai vizsgálat,

- már elvégzett vagy megkért kiegészítő vizsgálatok a biztosítási igénybejelentés céljára. Ezen vizsgálatok nem lehetnek invazív típusúak.

Példa erre — többek között — a tükrözés, endoszkópia, légzési gáz mérése, légzésfunkció mérése, tüdőfunkció-vizsgálatok és vérvizsgálatok, úgymint FEV_1/FVC, MMEF, SaO_2, TLC, FVC, TLCO/AV, PaO_2, $PaCO_2$.

FVC: erőltetett vitálkapacitás; ***TLC:*** teljes tüdőkapacitás; *FEV_1*: erőltetett kilégzés első másodpercében kilélegzett levegő mennyisége; ***MMEF***: maximális közép-kilégzési áramlás, *PaO_2*: *$PaCO_2$*: artériás oxigénnyomás; *$PaCO_2$*: artériás széndioxid-nyomás; *SaO_2*: az artériákban a hemoglobin oxigéntelítettsége; ***TLCO/AV:*** szénmonoxid átviteli tényező/alveoláris tömeg.

50. cikk: Az egyik tüdőfél teljes vagy részleges anatómiai elvesztése

Tüdőfél teljes elvesztés	**15%**
Egyik lebeny elvesztése	**5%**

Ezen értékek hozzáadhatók bármely társult légzőszervi elégtelenségre vonatkozó fogyatékossági értékhez.

51. cikk: Krónikus légzési elégtelenség

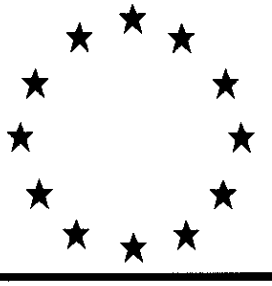
51-1. cikk: **Nehézlégzés egészen enyhe erőkifejtésnél (vetkőzés)** – FVC vagy TLC 50% alatt – vagy FEV_1 40% alatt – vagy a nyugalmi hipoxaemia (PaO_2) 60 Hgmm alatt — hipercapnoeaval vagy anélkül ($PaCo_2$), esetleges hosszadalmas oxigénterápia (> 16 h/nap) vagy tracheotómia, illetve szakaszos gépi lélegeztetés szükségességével	**50% +**
51-2. cikk: **Nehézlégzés szintbeli, saját tempójú járás közben** – FVC vagy TLC 50 és 60% között – vagy FEV_1 40 és 60% között – vagy a nyugalmi hipoxaemia (PaO_2) 60 és 70 Hgmm között	**30 – 50%**

51-3. cikk: **Nehézlégzés normális, szintbeli járás közben** FVC vagy TLC 60 és 70% között vagy FEV_1 60 és 70% között vagy TLCO/AV 60% alatt	**15 – 30%**
51-4. cikk: **Nehézlégzés gyors lépcsőzés közben vagy enyhe emelkedőre sétálva** FVC vagy TLC 70 és 80% között vagy FEV_1 70 és 80% között vagy TLCO/AV 60 és 70% között	**5 – 15%**
51-5. cikk: **Nehézlégzés nagyobb erőkifejtés során** a tüdőfunkció vizsgálati eredményeinek kisebb romlásával	**2 – 5%**

52. cikk: A thoracotomia tartós, fájdalmas másodlagos betegségei **5%-ig**

V.

ÉRRENDSZER



V. – ÉRRENDSZER

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

53. cikk: Az artériák, a vénák és a nyirokerek másodlagos betegségei

A besorolás számításba veszi a gyógyszeres kezelés és/vagy orvosi megfigyelés szükségességét, pl. protézis esetében, amely önmagában nem jogosít fel rokkantsági besorolásra.

53-1. cikk: Artériák

53-1-a. cikk: ***Alsó végtag*** ☐ Rossz közérzet megerőltetéskor (megállapított szakaszos bicegés) ☐ Rossz közérzet pihenőhelyzetben (megállapított spontán ischaemiás fájdalom) ☐ Ugyanez szövetelhalással, amely lehet olyan súlyossá válhat, hogy amputációt tehet indokolttá	**5 – 15%** **15 – 25%** **25% +**
53-1-b. cikk: ***Felső végtag*** *Funkcionális károsodástól függően (pl. erőtlenség, hypothermia, stb.)*	**5 – 10%**

53-2. cikk: Vénák

Megnyilvánuló visszérgyulladás másodlagos betegségei, amelyek megállapításánál minden megelőző állapot figyelembe veendő

53-2-a. cikk: Rossz közérzet bármilyen időtartamú járás során, tartós, diagnosztizálható ödéma, amely miatt a beteg kénytelen állandóan gyógyharisnyát hordani; kiújuló stasis	**10 – 15%**

dermatitis pangásos bőrgyulladás és fekélyek	
53-2-b. cikk: Rossz közérzet bármilyen időtartamú járás során, tartós, diagnosztizálható ödéma, amely miatt a beteg kénytelen állandóan gyógyharisnyát hordani; stasis dermatitis	**4 – 10%**
53-2-c. cikk „Nehéz láb" érzés, fizikális vizsgálattal kimutatható ödéma jelentkezése esténként	**4%-ig**

53-3. cikk: Nyirokerek (limfödéma)

53-3-a. cikk: Felső végtag	**10%-ig**
53-3-b. cikk: Alsó végtag	***lásd fent „Vénák"***

54. cikk: Teljes lépeltávolítás

54-1. cikk: Szigorú gyógyszeres kezelés szükségessége	**15%**
54-2. cikk: Tünetmentesség	**5%**

***

VI.
AZ EMÉSZTŐRENDSZER

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

55. cikk: TARTÓS BŐR-SZTÓMÁK ÉS TELJES INKONTINENCIA

55-1. cikk: Sztóma segédeszközzel

Kolosztóma, ileosztóma	**30%**

55-2. cikk: Széklet-inkontinencia

Akaratlagos szabályozás hiánya	**45%**

56. cikk: AZ EMÉSZTŐRENDSZER KÜLÖNFÉLE KÁROSODÁSAINAK KÖZÖS PROBLÉMÁI

A besorolás a szerv elvesztéséhez kapcsolódó problémákat is tartalmazza.

56-1. cikk: Kifejlett **malabszorpció** szindróma	**60%**
56-2. cikk: **Gyakori orvosi ellenőrzés** szükségessége, állandó kezelés és szigorú diéta betartása, a beteg általános egészségi állapotára történő kihatás	**30%**
56-3. cikk: **Rendszeres orvosi ellenőrzés** szükségessége, gyakorlatilag állandó kezelés és szigorú diéta betartása, a beteg társadalmi életére történő kihatás	**20%**
56-4. cikk: **Időszakos orvosi ellenőrzés** szükségessége, időnkénti kezelés és diéta tartása elővigyázatosságból, a beteg általános egészségi állapotára történő kihatás nincs	**10%**

57. cikk: MÁJGYULLADÁS

57-1. cikk: Májzsugor nélkül

A besorolás a Metavir fokozaton alapul, amelynek előnye, hogy kifejezetten májgyulladás esetére alakították ki.

Ennek két paraméter az alapja: a tevékenységi pontszám és a fibrózis pontszám:

Tevékenységi pontszám	Fibrózis pontszám
A0: nincs	F0: fibrózis nincs
A1: minimális	F1: fibrózis, a májkapu-traktus tágulása, septa-formáció nélkül
A2: enyhe	F2: a májkapu-traktus megnagyobbodása, kisebb septa-formációval

A3: markáns	F3: számos septa, májzsugor nélkül F4: májzsugor

A javasolt besorolási értékek tehát a következők:

57-1-a. cikk: Tartós (krónikus, aktív) májgyulladás	**20%**
57-1-b. cikk: A Metavir pontszám magasabb, mint A1 F1, illetve alacsonyabb, mint F4	**10%**
57-1-c. cikk A Metavir pontszám A1 F1, illetve alacsonyabb	**5%**

57-2. cikk: Májzsugorral *(azaz a Metavir pontszám magasabb, mint F4)*

A besorolási értékek a Child-Pugh pontrendszeren alapulnak:

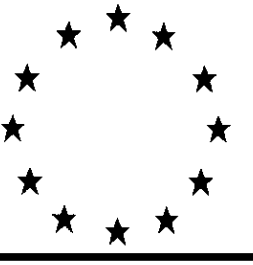
Csoport	*A*	*B*	*C*
Szérum bilirubin (µmol/l)	< 34.2	34,2-51,3	> 51.3
Szérum albumin (g/l)	> 35	30-35	< 30
Ascites (hasüregi folyadékgyülem)	nincs jelen	könnyen egyensúlyban tartott	gyengén egyensúlyban tartott
Neurológiai tünet	nincs jelen	átmeneti vagy enyhe	májkóma
Táplálkozási állapot	kitűnő	jó	közepes mértékű izomzat-veszteség

A javasolt besorolási értékek a következők:

57-2-a. cikk: 3. osztály: előrehaladott májelégtelenség, Child-Pugh C	**70% +**
57-2-b. cikk: 2. osztály: Child-Pugh B	**40%**
57-2-c. cikk 1. osztály: Child-Pugh A	**20%**

VII.

VIZELETRENDSZER



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

58. cikk: Fél vese elvesztése, annak pótlása nélkül, a vesefunkció normális vagy a korábbinak megfelelő

Egy belső szerv elvesztésének értéke, az eset meghatározott pszichológiai és kulturális hátterében	**15%**

59. cikk: Veseelégtelenség

59-1. cikk: Kreatinin-kiválasztás kevesebb, mint 10 ml/perc Dialízis szükségessége dialízis-központban vagy otthon; szövődményektől függően	**35 – 65%**
59-2. cikk: Kreatinin-kiválasztás: 10 és 30 ml/perc között Általános egészségi állapotban bekövetkező hanyatlás. Nagyon szigorú diéta és komoly gyógyszeres kezelés szükségessége	**25 – 35%**
59-3. cikk: Kreatinin-kiválasztás: 30 és 60 ml/perc között. A minimális BP kevesebb, mint 12. Aszténia (általános gyengeség), szigorú diéta és orvosi kezelés szükségessége	**15 – 25%**
59-4. cikk: Kreatinin-kiválasztás: 60 és 80 ml/perc között. A BP 16/9 vagy kevesebb, diétától függően, általános egészségi állapotban bekövetkező hanyatlás és kezelések	**5 – 15%**

Amennyiben félveséjű betegnél a vesefunkció rosszabbodik, az anatómiai veszteségre vonatkozó érték hozzáadására nem kerülhet sor, hanem a vesefunkció romlására minimálisan javasolt érték 15%.

60. cikk: Szervátültetés

A kortikoszteroid- és immundepresszáns-kezelések tolerálásától függően	**10 – 20%**
Ennek tulajdonítható veseelégtelenség kialakulása esetén a fenti táblázatot kell figyelembe venni.	

61. cikk: Inkontinencia

Akaratlagos szabályozás hiánya	**30%**

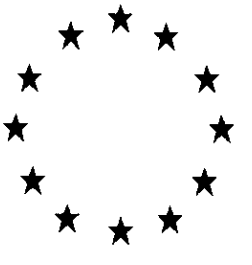
62. cikk: Sztóma

Segédeszközzel	**15%**

***

VIII.

REPRODUKTÍV RENDSZER



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

A besorolás endokrin hatásokat nem vesz figyelembe.

Nem tartalmaz kihatást a szexuális differenciálódásra, amennyiben a károsodás pubertás előtt következett be.

Egyes besorolási értékek az érintett szerv elvesztésére vonatkozó szocio-kulturális attitűdöket tükröznek.

I- NŐK

63. cikk: Szerv elvesztése

63-1. cikk: Hiszterektómia (méheltávolítás)	**6%**
63-2. cikk: Ovariektómia (petefészek-eltávolítás) • kétoldali • egyoldali	 **12%** **6%**
63-3. cikk: Masztektómia (emlőeltávolítás) • kétoldali • egyoldali	 **25%** **10%**

64. cikk: Sterilitás

Egy korábban fogamzóképes alanynál a fogamzást segítő minden orvosi beavatkozás végleges sikertelensége; a besorolás a szervek elvesztését is tartalmazza	**25%**

II- FÉRFIAK

65. cikk: Szerv elvesztése

65-1. cikk: Orchiektómia (here-eltávolítás) • kétoldali • egyoldali	 **15%** **6%**
65-2. cikk: A pénisz elvesztése	**40%**

66. cikk: Sterilitás

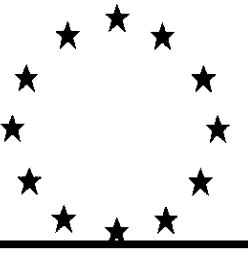
Egy korábban nemzőképes alany esetén a besorolás a herék elvesztését is tartalmazza	25%

Emellett pénisz elvesztésének esetében a szervvesztés és a sterilitás együttes értéke 45%.

***

IX.

ENDOKRIN RENDSZER



Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

E terület legbonyolultabb problémái közé tartoznak a beszámíthatósággal kapcsolatos kérdések. Az értékelés során — igen ritkán — előfordul, hogy kizárólag egy izolált belső elválasztású hiányosság jelenti a fizikai károsodást.

Ezen esetekben — a korábbi fejezetekben meghatározottakhoz képest fokozottabban igaz, hogy — a döntéseket klinikai vizsgálatok és szakorvos által végzett kiegészítő vizsgálatok alapján kell meghozni.

Az értékelés alapja a kezelésre való alkalmasság, a kezelés figyelemmel kísérése és hatékonysága.

67. cikk: Agyalapi mirigy

67-1. cikk: **Panhypopituitarizmus** (a hipofízis elülső és hátsó lebenyének teljes funkcionális hiányossága), pótlás-terápia, valamint rendszeres klinikai és biológiai megfigyelés szükségessége, a kezelés eredményességétől függően.	**20 – 45%**
67-2. cikk: **Diabétesz inszipidusz**, értékelése a túlzott vizeletbőség gyógyszeres kezelésének eredményessége alapján	**5 – 20%**

68. cikk: Pajzsmirigy

68-1. cikk: **Pajzsmirigy-túlműködés**, az állandó biológiai értékek romlásával, remegéssel, a látásra gyakorolt hatást nem gyakorló szemkidülledéssel Ugyanaz, kihatással más szervekre és/vagy funkciókra	**5 – 8%** **8 – 30%**
68-2. cikk: **Pajzsmirigy-alulműködés** (trauma után kivételesen)	**5%-ig**

69. cikk: Mellékpajzsmirigyek

Mellékpajzsmirigy-alulműködés, lényegében a mért rendellenes biológiai adatoktól (vérkalcium, vérfoszfor, mellékpajzsmirigy-hormon), valamint a tartós klinikai jelek okozta rossz közérzettől függ	**5 – 15%**

70. cikk: Hasnyálmirigy – diabétesz

70-1. cikk: **Nem inzulinfüggő diabétesz** Nem lehet trauma közvetlen eredménye. Amennyiben a beszámíthatóság megállapítást nyert, úgy a klinikai jelek jellegének, megfigyelésnek vagy kezelés szükségességének függvényében	**5 – 10%**

70-2. cikk: **Inzulin-függő diabétesz** *A diabétesz ezen típusának kialakulása folytán gyakran merülnek fel beszámíthatósági problémák, kivéve a súlyos hasnyálmirigy-sérülésből adódó eseteket.* *A besorolás az állapot stabilitása, a beteg társadalmi életére történő kihatása, valamint a gyógyszeres kezelés és a megfigyelés szükségessége szerint történik.*	
- **70-2-a. cikk:** **Nem megfelelően egyensúlyban tartott diabétesz**, gyengélkedéssel és az általános egészségi állapotra való kihatással, szigorú biológiai megfigyelés szükséges	**20 – 40%**
- **70-2-b. cikk:** **Jól egyensúlyban tartott diabétesz**, egyszerű inzulinkezeléssel, a megfigyelés szükségességétől függően	**15 – 20%**
Tartós másodlagos betegségeket okozó szövődmények esetén az érintett szakorvosi területet kell figyelembe venni.	

71. cikk: Mellékvesekéreg

A mellékvesekéreg elégtelensége: a gyógyszeres kezelés és megfigyelés szükségességének függvényében	**10 – 25%**

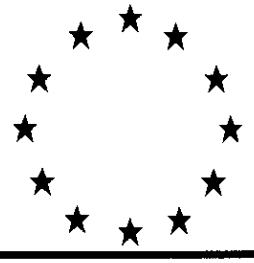
72. cikk: Ivarmirigyek

A pótlásterápia eredményének függvényében	**10 – 25%**

***

X.

BŐR



MÉLYÉGÉS VAGY PATOLÓGIÁS HEGESEDÉS

Az alábbiakban meg nem nevezett helyzetek megállapítására a leírt és számszerűsített klinikai helyzetekkel való összehasonlítást kell figyelembe venni.

73. cikk: A bőr másodlagos betegségei

(A besorolás esztétikai következményeket, illetve mozgáskorlátozottságot nem tartalmaz.)

A sérülés által érintett testfelület-százalék függvényében

73-1. cikk: 10% alatt	**5%**
73-2. cikk: 10 – 20%	**10%**
73-3. cikk: 20 – 60%	**10 – 25%**
73-4. cikk: 60% felett	**25 – 50%**

***