

17.10.08**AS - G - V****Verordnung**
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales

Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)**A. Problem und Ziel**

Aus § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes ergibt sich die Notwendigkeit für den Erlass einer Rechtsverordnung, durch die die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes aufgestellt werden. Nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) gelten die Maßstäbe auch für die Feststellung des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Ferner sind auch die Grundsätze für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes und die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes mit aufzustellen sowie das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung zu regeln. Die gesetzliche Ermächtigung und die Verordnung knüpfen an verbindliche Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hinsichtlich gesetzlicher Legitimation und demokratischer Kontrolle der versorgungsmedizinischen Grundsätze und Kriterien an.

B. Lösung

Erlass einer Verordnung, die die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umsetzt und Organisation und Zusammensetzung des für die weitere Ausgestaltung der maßgebenden Grundsätze zuständigen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin regelt. Die vorliegende Verordnung

beruht auf der gesetzlichen Ermächtigung des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes und ergeht im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Durch die Verordnung ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

E. Sonstige Kosten

Keine.

F. Bürokratiekosten

Es wird eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt und zwar dergestalt, dass ein Beiratsmitglied, das aus dem Beirat auszusteiden gedenkt, einen Antrag an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales stellen muss. Dem Antrag ist stattzugeben. Kosten entstehen bei diesem Verfahren nicht. Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Prüfauftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

17.10.08

AS - G - V

Verordnung
des Bundesministeriums
für Arbeit und Soziales

Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 15. Oktober 2008

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ersten Bürgermeister
Ole von Beust

Sehr geehrter Herr Präsident,

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

Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV)

mit Begründung und Vorblatt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Thomas de Maizière

Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes

(Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV)

Vom ...

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

§ 1

Zweck der Verordnung

Diese Verordnung regelt die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung.

§ 2

Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“

Die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien sind in der Anlage zu dieser Verordnung¹⁾ als deren Bestandteil festgelegt. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt.

§ 3

Beirat

(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.

(2) Der Beirat hat 17 Mitglieder und zwar

¹⁾ Die Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts ausgegeben; Abonnenten des Bundesgesetzblatts Teil I wird der Anlageband auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt.

1. acht versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,
2. eine Ärztin oder ein Arzt aus dem versorgungsärztlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr,
3. acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.

(3) Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden.

(4) Die Mitglieder des Beirats werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von vier Jahren berufen. Wiederwahl ist möglich. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist berechtigt, Beiratsmitglieder jederzeit ohne Angabe von Gründen abzurufen. Ein Beiratsmitglied kann jederzeit seine Abberufung beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben. Nach Ausscheiden eines Mitglieds erfolgt eine Neuberufung für den restlichen Zeitraum der Berufsperiode. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und bestimmt durch Wahl aus seiner Mitte den Vorsitz und die Stellvertretung. Die Geschäftsführung des Beirats liegt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, welches zu den Sitzungen einlädt und im Einvernehmen mit dem vorsitzenden Mitglied die Tagesordnung festlegt.

(5) Die Beratungen des Beirats sind nicht öffentlich. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein persönliches Ehrenamt, das keine Vertretung zulässt. Die Mitglieder des Beirats unterliegen keinerlei Weisungen, üben ihre Tätigkeit unabhängig und unparteilich aus und sind nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt auch für die in Absatz 3 genannten Personen.

§ 4

Beschlüsse

Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder gefasst. Zur Beschlussfassung ist die Anwesenheit von mindestens zwölf Mitgliedern erforderlich.

§ 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Das Ausmaß einer nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) auszugleichenden Schädigungsfolge wurde bisher nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ - AHP - festgestellt. Die AHP wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf der Grundlage von Beschlüssen und Empfehlungen des bisherigen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim BMAS herausgegeben. Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei den AHP um antizipierte Sachverständigengutachten. Ihre Beachtlichkeit ergibt sich zum einen daraus, dass sie eine dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz entsprechende Rechtsanwendung gewährleisten und zum anderen daraus, dass sie ein geeignetes und auf jahrzehntelanger Erfahrung der Verwaltung und der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge darstellen.

Allerdings hat die Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht, Bundessozialgericht) wiederholt gerügt, dass die AHP nicht demokratisch legitimiert sind. Weder für die AHP selbst noch für die Organisation, das Verfahren und die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums gab es bislang eine Rechtsgrundlage im Sinne eines materiellen Gesetzes. Die AHP wirken daher nur normähnlich.

Durch das Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) wurde § 30 Absatz 17 BVG eingefügt und damit die geforderte Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die nunmehr durch eine Rechtsverordnung zu konkretisieren ist. Diese Verordnung setzt die Vorgaben der Rechtsprechung um, ohne dass die in den AHP niedergelegten Grundsätze und Kriterien inhaltlich geändert werden. Vielmehr wird an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. Dadurch ist gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist. Die Anlage zur Verordnung entspricht weitgehend den AHP Ausgabe 2008.

Nach § 69 SGB IX gelten die Maßstäbe auch für die Feststellung des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind.

Darüber hinaus werden in der Verordnung die Bildung, die Regularien und die Aufgaben des neuen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin (Beirat) im Einzelnen geregelt.

B. Besonderer Teil

Zu § 1

Die Vorschrift bestimmt Sinn und Zweck der Verordnung.

Zu § 2

Die konkreten Ausführungen zur künftig rechtsverbindlichen Beschreibung und Definition der in § 30 Abs. 17 BVG und in § 1 dieser Verordnung genannten Grundsätze und Kriterien werden in der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu dieser Verordnung zusammengefasst. Die Anlage entspricht - lediglich redaktionell angepasst - den in der Ausgabe 2008 der AHP niedergelegten Texten und Tabellen mit den unten genannten Ausnahmen. Dadurch soll zum einen die von den Gerichten und Ländern gewünschte

Kontinuität bis zur Konstitution des gemäß dieser Verordnung zu berufenden Beirats und zum anderen die Einheitlichkeit und Qualität der versorgungsärztlichen Begutachtung gewahrt bleiben.

Die Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ umfasst die vom bisherigen Beirat gefassten und veröffentlichten Beschlüsse und Empfehlungen und spiegelt somit den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Versorgungsmedizin wider. Konkret handelt es sich dabei um

- Grundsätze zur versorgungsmedizinischen Bewertung von Schädigungsfolgen,
- Grundsätze zur Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) sowie um Kriterien zur Ermittlung eines Gesamt-GdS,
- die Übernahme der „GdS/GdB-Tabelle“,
- Grundsätze für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 BVG,
- Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG.

Die Kapitel eins bis fünfzehn der Ausgabe 2008 der AHP waren entbehrlich, da dort nur allgemeine Grundsätze zur Durchführung einer sozialmedizinischen Begutachtung innerhalb des Verwaltungsverfahrens beschrieben wurden.

Herausgenommen wurden die Kapitel 33 und 34, da hierzu für eine Regelung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales keine Rechtsgrundlage besteht. Rechtsgrundlagen aus anderen Rechtsgebieten sind in einer Verordnung des Bundesministeriums nicht zu wiederholen, weshalb Kapitel 27 und 35 entfallen.

Der Abschnitt „Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern“ (AHP 53 - 143) war als Arbeitshilfe für Versorgungsärzte gedacht. Es handelt sich jedoch um medizinisches Lehrbuchwissen, das nicht durch ein Bundesministerium verordnet werden kann. Soweit die Kannversorgung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes betroffen ist, bleibt das Rundschreiben des BMA vom 12. Dezember 1996 - Az. VI 5 - 55470 - 2 wirksam. Zudem behalten die Nr. 53 bis Nr. 143 der Ausgabe 2008 der AHP auch nach Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung Gültigkeit als antizipiertes Sachverständigengutachten.

Um weiterhin eine einheitliche Anwendung des wissenschaftlich allgemein anerkannten Lehrbuchwissens zu gewährleisten, sollte durch die Länder - mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales - eine Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsverwaltung gebildet werden.

Im Übrigen wird sichergestellt, dass eine Fortentwicklung und Anpassung dieser Grundsätze ausschließlich aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen erfolgt. Änderungen der Anlage zur Verordnung erfolgen ausschließlich durch eine Änderungsverordnung.

Zu §§ 3 und 4

Diese Vorschriften beschreiben die Bildung, die üblichen Regularien und die Aufgaben des neuen Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin. Die Anzahl der Beiratsmitglieder wird vergleichbar mit dem amtierenden Beirat auf sieben festgelegt, um eine effektive und ergebnisorientierte Arbeitssituation zu gewährleisten.

Während der Beirat bisher aus erfahrenen Versorgungsärzten und -ärztinnen bestand, deren Fachwissen vorwiegend auf Erfahrung in der Anwendung der AHP beruht, wird der neue Sachverständigenbeirat zur Hälfte von wissenschaftlich besonders ausgewiesenen

Fachärzten und -ärztinnen aus Hochschule und Kliniken gebildet. Dies ist dringend erforderlich, um insbesondere bei der grundlegenden Überarbeitung der AHP kontinuierlich und zeitnah den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen zu können. Die weiteren Mitglieder sind versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Dadurch wird die Berücksichtigung einer sachgerechten und praxisnahen Gestaltung und Anwendung gewährleistet.

Aus dem gleichen Grund wird auch das bisher erprobte Verfahren der Fortentwicklung beibehalten: Änderungsvorschläge von Bürgerinnen und Bürgern, von Verbänden, von Gutachterinnen und Gutachtern sowie Vorschläge aus den Ländern und aus der Wissenschaft werden dem Beirat vorgelegt, der bei Bedarf andere Sachverständige hinzuzieht oder Arbeitsgruppen bildet.

Es hat sich bewährt, zu speziellen Themen das Fachwissen der Verbände mit einzubeziehen. Daher wird in § 3 Abs. 3 bestimmt, dass durch Beschluss des Beirats sachkundige ärztliche Vertreter der Verbände zu einzelnen Beiratssitzungen eingeladen werden können. Bei der Vielzahl der im Beirat zu behandelnden Themen ist so eine effektive Beteiligung der Verbände möglich.

Generell ist hervorzuheben, dass der neue Beirat - wie bisher - unabhängig, weisungsfrei und unparteiisch seine Tätigkeit auszuüben hat. Für eine sachorientierte Arbeit des Beirats sind die Nichtöffentlichkeit der Beratungen und die Pflicht zur Verschwiegenheit unerlässlich.

Zu § 5

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Anlage 1 zu § 2

"Versorgungsmedizinische Grundsätze"

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Gemeinsame Grundsätze

1. Schädigungsfolge	8
2. Grad der Schädigungsfolge/Behinderung.....	8
3. Gesamt-GdB bzw. GdS	10
4. Hilflosigkeit.....	11
5. Besonderheiten bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern.....	12
6. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung.....	14
7. Wesentliche Änderung der Verhältnisse.....	15

Teil B: GdS-Tabelle

1. Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle	20
2. Kopf und Gesicht	20
3. Nervensystem und Psyche	22
4. Sehorgan	31
5. Hör- und Gleichgewichtsorgan	35
6. Nase	40
7. Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege.....	40
8. Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen	45
9. Herz und Kreislauf	48
10. Verdauungsorgane	54
11. Brüche (Hernien)	64
12. Harnorgane.....	65
13. Männliche Geschlechtsorgane	70

14. Weibliche Geschlechtsorgane	72
15. Stoffwechsel, innere Sekretion	76
16. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem.....	78
17. Haut	83
18. Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten.....	88

Teil C: Begutachtungen im Sozialen Entschädigungsrecht

1. Ursachenbegriff	108
2. Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs	108
3. Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs	109
4. Kannversorgung	110
5. Mittelbare Schädigungsfolge	111
6. Absichtlich herbeigeführte Schädigung	111
7. Anerkennung im Sinne der Entstehung und Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung	112
8. Arten der Verschlimmerung	112
9. Fehlen einer fachgerechten Behandlung	112
10. Folgen von diagnostischen Eingriffen, vorbeugenden und therapeutischen Maßnahmen	113
11. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod.....	113
12. Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden	114
13. Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen	115

Teil D: Merkzeichen

1. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr	120
2. Berechtigung für eine ständige Begleitung	121
3. Außergewöhnliche Gehbehinderung	121
4. Gehörlosigkeit.....	122

Teil A: Allgemeine Grundsätze

Vorbemerkung:

Wenn mit dem Grad der Behinderung und dem Grad der Schädigung das Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemeint ist, wird einheitlich die Abkürzung GdS benutzt.

1. Schädigungsfolgen

- a) Als Schädigungsfolge wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist.
- b) Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen.
- c) Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Abweichungen vom Gesundheitszustand, die keinen GdS bedingen (z. B. funktionell bedeutungslose Narben, Verlust von Zähnen).

2. Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB)

- a) GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.
- b) Aus dem GdB und aus dem GdS ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. GdB und GdS sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss.
- c) GdB und GdS setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB und GdS nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d.h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d.h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB und GdS zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z. B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden.
- d) Die in der GdS-Tabelle aufgeführten Werte sind aus langer Erfahrung gewonnen und stellen altersunabhängige (auch trainingsunabhängige) Mittelwerte dar. Je nach Einzelfall kann von den Tabellenwerten mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden
- e) Da der GdS seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdS nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschließlich

Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz- Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf. Die sehr wenigen in der GdS- Tabelle noch enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng umschriebene Gesundheitsstörungen bezogen, die selten allein und sehr selten genau in dieser Form und Ausprägung vorliegen.

- f) Der GdS setzt eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen – oder voraussichtlich verbleibenden – Schaden entspricht. Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), können die zeitweiligen Verschlechterungen – aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB- und GdS- Beurteilung von dem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.
- g) Stirbt ein Antragsteller oder eine Antragstellerin innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdS anzusetzen, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Fallen Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod jedoch zusammen, kann ein GdS nicht angenommen werden. Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod fallen nicht nur zusammen, wenn beide Ereignisse im selben Augenblick eintreten. Dies ist vielmehr auch dann der Fall, wenn die Gesundheitsstörung in so rascher Entwicklung zum Tode führt, dass der Eintritt der Gesundheitsstörung und des Todes einen untrennbaren Vorgang darstellen.
- h) Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind beim GdS nicht zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung stellt eine andere Situation dar; während der Zeit dieser Heilungsbewährung ist ein höherer GdS gerechtfertigt, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt.
- i) Bei der Beurteilung des GdS sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten. Die in der GdS- Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS gerechtfertigt. Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen – z. B. eine Psychotherapie – erforderlich ist.
- j) Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdS- Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärzt-

liche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.

3. Gesamt-GdS

- a) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar Einzel- GdS anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt- GdS durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt- GdS ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.
- b) Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdS- Werte angegeben sind.
- c) Bei der Beurteilung des Gesamt- GdS ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel- GdS bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdS 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.
- d) Um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander unterschiedlich sein können:
 - aa) Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.
 - bb) Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken. Dies ist vor allem der Fall, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen – also z. B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen – vorliegen.
 - cc) Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden.
 - dd) Die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung nicht verstärkt.
 - ee) Von Ausnahmefällen (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdS von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdS von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

4. Hilflosigkeit

- a) Für die Gewährung einer Pflegezulage im sozialen Entschädigungsrecht ist Grundvoraussetzung, dass Beschädigte (infolge der Schädigung) „hilflos“ sind.
- b) Hilflos sind diejenigen, die infolge von Gesundheitsstörungen – nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Teil 2 und dem Einkommensteuergesetz „nicht nur vorübergehend“- für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.
- c) Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen. Hilflosigkeit liegt im oben genannten Sinne auch dann vor, wenn ein psychisch oder geistig behinderter Mensch zwar bei zahlreichen Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe nicht unmittelbar bedarf, er diese Verrichtungen aber infolge einer Antriebsschwäche ohne ständige Überwachung nicht vornähme. Die ständige Bereitschaft ist z.B. anzunehmen, wenn Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist.
- d) Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht (z. B. Hilfe beim Anziehen einzelner Bekleidungsstücke, notwendige Begleitung bei Reisen und Spaziergängen, Hilfe im Straßenverkehr, einfache Wund- oder Heilbehandlung, Hilfe bei Heimdialyse ohne Notwendigkeit weiterer Hilfeleistung). Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen (z. B. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung) müssen außer Betracht bleiben.
- e) Bei einer Reihe schwerer Behinderungen, die aufgrund ihrer Art und besonderen Auswirkungen regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem Umfang erfordern, kann im Allgemeinen ohne nähere Prüfung angenommen werden, dass die Voraussetzungen für das Vorliegen von Hilflosigkeit erfüllt sind. Dies gilt stets
 - aa) bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung,
 - bb) Querschnittslähmung und anderen Behinderungen, die auf Dauer und ständig – auch innerhalb des Wohnraums – die Benutzung eines Rollstuhls erfordern,
- f) in der Regel auch
 - aa) bei Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderungen allein einen GdS von 100 bedingen,

- bb) Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen, ausgenommen Unterschenkel- oder Fußamputation beiderseits. (Als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mindestens der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).
- g) Führt eine Behinderung zu dauerndem Krankenlager, so sind stets auch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der behinderte Mensch das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
- h) Stirbt ein behinderter Mensch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist die Frage der Hilflosigkeit analog Nr. 2 g zu beurteilen.

5. Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen

- a) Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur die bei der Hilflosigkeit genannten „Verrichtungen“ zu beachten. Auch die Anleitung zu diesen „Verrichtungen“, die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung (z. B. durch Anleitung im Gebrauch der Gliedmaßen oder durch Hilfen zum Erfassen der Umwelt und zum Erlernen der Sprache) sowie die notwendige Überwachung gehören zu den Hilfeleistungen, die für die Frage der Hilflosigkeit von Bedeutung sind.
- b) Stets ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet. Der Umfang der wegen der Behinderungen notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen muss erheblich sein. Bereits im ersten Lebensjahr können infolge der Behinderung Hilfeleistungen in solchem Umfang erforderlich sein, dass dadurch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt sind.
- c) Die Besonderheiten des Kindesalters führen dazu, dass zwischen dem Ausmaß der Behinderung und dem Umfang der wegen der Behinderung erforderlichen Hilfeleistungen nicht immer eine Korrelation besteht, so dass – anders als bei Erwachsenen – auch schon bei niedrigerem GdS Hilflosigkeit vorliegen kann.
- d) Bei angeborenen oder im Kindesalter aufgetretenen Behinderungen ist im Einzelnen folgendes zu beachten:
 - aa) Bei geistiger Behinderung kommt häufig auch bei einem GdS unter 100 – und dann in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – Hilflosigkeit in Betracht, insbesondere wenn das Kind wegen gestörten Verhaltens ständiger Überwachung bedarf. Hilflosigkeit kann auch schon im Säuglingsalter angenommen werden, z.B. durch Nachweis eines schweren Hirnschadens.
 - bb) Bei autistischen Syndromen sowie anderen emotionalen und psychosozialen Störungen mit langdauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist in der Regel Hilflosigkeit bis zum 16. Lebensjahr – in manchen Fällen auch darüber hinaus – anzunehmen.
 - cc) Bei hirnorganischen Anfallsleiden ist häufiger als bei Erwachsenen auch bei einem GdS unter 100 unter Berücksichtigung der Anfallsart, Anfallsfrequenz und eventueller Verhaltensauffälligkeiten die Annahme von Hilflosigkeit gerechtfertigt.

- dd) Bei sehbehinderten Kindern mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, ist bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte Hilflosigkeit anzunehmen.
- ee) Bei Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ist Hilflosigkeit ab Beginn der Frühförderung und dann – insbesondere wegen des in dieser Zeit erhöhten Kommunikationsbedarfs – in der Regel bis zur Beendigung der Ausbildung anzunehmen. Zur Ausbildung zählen in diesem Zusammenhang: der Schul-, Fachschul- und Hochschulbesuch, eine berufliche Erstausbildung und Weiterbildung sowie vergleichbare Maßnahmen der beruflichen Bildung.
- ff) Bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumensegelspalte ist bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) Hilflosigkeit anzunehmen. Die Kinder benötigen während dieser Zeit in hohem Maße Hilfeleistungen, die weit über diejenigen eines gesunden gleichaltrigen Kindes hinausgehen, vor allem bei der Nahrungsaufnahme (gestörte Atmung, Gefahr des Verschluckens), bei der Reinigung der Mundhöhle und des Nasen-Rachenraumes, beim Spracherwerb sowie bei der Überwachung beim Spielen.
- gg) Beim Bronchialasthma schweren Grades ist Hilflosigkeit in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.
- hh) Bei angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden ist bei einer schweren Leistungsbeeinträchtigung entsprechend den in Teil B Nummer 9.1.1 angegebenen Gruppen 3 und 4 Hilflosigkeit anzunehmen, und zwar bis zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit (z.B. durch Operation), längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.
- ii) Bei Behandlung mit künstlicher Niere ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen. Bei einer Niereninsuffizienz, die für sich allein einen GdS von 100 bedingt, sind Hilfeleistungen in ähnlichem Umfang erforderlich, sodass auch hier bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres die Annahme von Hilflosigkeit begründet ist.
- jj) Beim Diabetes mellitus ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, bei fortbestehender instabiler Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzunehmen.
- kk) Bei Phenylketonurie ist Hilflosigkeit ab Diagnosestellung – in der Regel bis zum 14. Lebensjahr – anzunehmen. Über das 14. Lebensjahr hinaus kommt Hilflosigkeit in der Regel nur noch dann in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.
- ll) Bei der Mukoviszidose ist bei der Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen - im Allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres – Hilflosigkeit anzunehmen. Das ist immer der Fall bei Mukoviszidose, die für sich allein einen GdS von wenigstens 50 bedingt (siehe Teil B Nummer 15.5). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kommt Hilflosigkeit bei schweren und schwersten Einschränkungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Betracht.
- mm) Bei malignen Erkrankungen (z.B. akute Leukämie) ist Hilflosigkeit für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie anzunehmen.

- nn) Bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten schweren Immundefekten ist Hilflosigkeit für die Dauer des Immundefizits, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich macht, anzunehmen.
- oo) Bei der Hämophilie ist bei Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung – und damit schon bei einer Restaktivität von antihäophilem Globulin von 5% und darunter – stets bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, darüber hinaus häufig je nach Blutungsneigung (zwei oder mehr ausgeprägte Gelenkblutungen pro Jahr) und Reifegrad auch noch weitere Jahre, Hilflosigkeit anzunehmen.
- pp) Bei der juvenilen chronischen Polyarthritis ist Hilflosigkeit anzunehmen, solange die Gelenksituation eine ständige Überwachung oder andauernd Hilfestellungen beim Gebrauch der betroffenen Gliedmaßen sowie Anleitungen zu Bewegungsübungen erfordert, in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Bei der systemischen Verlaufsform (Still-Syndrom) und anderen systemischen Bindegewebskrankheiten (z.B. Lupus erythematoses, Sharp-Syndrom, Dermatomyositis) ist für die Dauer des aktiven Stadiums Hilflosigkeit anzunehmen.
- qq) Bei der Osteogenesis imperfecta ist die Hilflosigkeit nicht nur von den Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen sondern auch von der Häufigkeit der Knochenbrüche abhängig. In der Regel bedingen zwei oder mehr Knochenbrüche pro Jahr Hilflosigkeit. Hilflosigkeit aufgrund einer solchen Bruchneigung ist solange anzunehmen, bis ein Zeitraum von zwei Jahren ohne Auftreten von Knochenbrüchen abgelaufen ist, längstens jedoch bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.
- rr) Bei klinisch gesicherter Typ-I-Allergie gegen schwer vermeidbare Allergene (z.B. bestimmte Nahrungsmittel), bei der aus dem bisherigen Verlauf auf die Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks zu schließen ist, ist Hilflosigkeit – in der Regel bis zum Ende des 12. Lebensjahres – anzunehmen.
- ss) Bei der Zöliakie kommt Hilflosigkeit nur ausnahmsweise in Betracht. Der Umfang der notwendigen Hilfeleistungen bei der Zöliakie ist regelmäßig wesentlich geringer als etwa bei Kindern mit Phenylketonurie oder mit Diabetes mellitus.
- e) Wenn bei Kindern und Jugendlichen Hilflosigkeit festgestellt worden ist, muss bei der Beurteilung der Frage einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse Folgendes beachtet werden: Die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit können nicht nur infolge einer Besserung der Gesundheitsstörungen entfallen, sondern auch dadurch, dass behinderte Jugendliche infolge des Reifungsprozesses – etwa nach Abschluss der Pubertät – ausreichend gelernt haben, die wegen der Behinderung erforderlichen Maßnahmen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen, die vorher von Hilfspersonen geleistet oder überwacht werden mussten.

6. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung

- a) Blind ist ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch ein behinderter Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.

- b) Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 (1/50) oder weniger gleichzusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft bei folgenden Fallgruppen vor:
- aa) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - bb) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - cc) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - dd) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - ee) bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist,
 - ff) bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt,
 - gg) bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
- c) Blind ist auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen.
- d) Für die Feststellung von Hilflosigkeit ist im Übrigen zu prüfen, ob eine hochgradige Sehbehinderung vorliegt. Hochgradig in seiner Sehfähigkeit behindert ist ein Mensch, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,05 (1/20) beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleichzusetzende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdS von 100 bedingt und noch keine Blindheit vorliegt.

7. Wesentliche Änderung der Verhältnisse

- a) Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Schädigungsfolgen oder der Behinderung liegt nur vor, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdS wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist auch gegeben, wenn die entscheidenden Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht (z. B. Pflegezulage) oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind.

- b) Nach Ablauf der Heilungsbewährung ist auch bei gleichbleibenden Symptomen eine Neubewertung des GdS zulässig, weil der Ablauf der Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt.

- c) Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht ist bei einer Zunahme des Leidensumfangs zusätzlich zu prüfen, ob die Weiterentwicklung noch Folge einer Schädigung ist. Auch bei gleichbleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidenbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist („Verschiebung der Wesensgrundlage“).

Teil B: GdS-Tabelle

1. Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle

- a) Die nachstehend genannten GdS sind Anhaltswerte. Es ist unerlässlich, alle die Teilhabe beeinträchtigenden körperlichen, geistigen und seelischen Störungen im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung.
- b) Bei Gesundheitsstörungen, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, ist der GdS in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen.
- c) Eine Heilungsbewährung ist abzuwarten nach Transplantationen innerer Organe und nach der Behandlung von Krankheiten, bei denen dies in der Tabelle vorgegeben ist. Dazu gehören vor allen bösartige Geschwulstkrankheiten. Für die häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten sind im Folgenden Anhaltswerte für den GdS angegeben. Sie sind auf den Zustand nach operativer oder anderweitiger Beseitigung der Geschwulst bezogen. Der Zeitraum des Abwartens einer Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre; kürzere Zeiträume werden in der Tabelle vermerkt. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann; eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Der aufgeführte GdS bezieht den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung – z. B. lang dauernde schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie – sind zu berücksichtigen. Bei den im Folgenden nicht genannten malignen Geschwulstkrankheiten ist von folgenden Grundsätzen auszugehen: Bis zum Ablauf der Heilungsbewährung – in der Regel bis zum Ablauf des fünften Jahres nach der Geschwulstbeseitigung – ist in den Fällen, in denen der verbliebene Organ- oder Gliedmaßenschaden für sich allein keinen GdS von wenigstens 50 bedingt, im allgemeinen nach Geschwulstbeseitigung im Frühstadium ein GdS von 50 und nach Geschwulstbeseitigung in höheren Stadien ein GdS von 80 angemessen. Bedingen der verbliebene Körperschaden oder die Therapiefolgen einen GdS von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.
- d) Ein Carcinoma in situ (Cis) rechtfertigt grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung. Ausgenommen hiervon sind das Carcinoma in situ der Harnblase und das Carcinoma in situ der Brustdrüse (intraduktales und lobuläres Carcinoma in situ), bei denen wegen klinischer Besonderheiten bei Vorliegen o. g. Voraussetzungen das Abwarten einer Heilungsbewährung begründet ist.

2. Kopf und Gesicht

<u>2.1</u> Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung	0
Einfache Schädelbrüche ohne Komplikationen im Heilverlauf	0
 Kleinere Knochenlücken, Substanzverluste (auch größere gedeckte) am knöchernen Schädel.....	0-10
 Schädelnarben am Hirnschädel mit erheblichem Verlust von Knochenmasse ohne Funktionsstörung des Gehirns (einschließlich entstellender Wirkung)	30

Hierzu gehören insbesondere alle traumatisch entstandenen erheblichen (nicht gedeckten) Substanzverluste am Hirnschädel, die auch das innere Knochenblatt betreffen.

Einfache Gesichtsentstellung

nur wenig störend 10
sonst 20-30

Hochgradige Entstellung des Gesichts..... 50

2.2 Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich

leicht 0-10
ausgeprägt, den oralen Bereich einschließend 20-30

Gesichtsneuralgien (z. B. Trigeminusneuralgie)

leicht (seltene, leichte Schmerzen)..... 0-10

mittelgradig

(häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen,
schon durch geringe Reize auslösbar) 20-40

schwer

(häufige, mehrmals im Monat auftretende starke
Schmerzen bzw. Schmerzattacken) 50-60

besonders schwer

(starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehr-
mals wöchentlich) 70-80

2.3 Echte Migräne

je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen.

Leichte Verlaufsform

(Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)..... 0-10

mittelgradige Verlaufsform

(häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage

anhaltend).....20-40

schwere Verlaufsform

(lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen,
Anfallspausen von nur wenigen Tagen) 50-60

2.4 Periphere Fazialisparese

einseitig

kosmetisch nur wenig störende Restparese 0-10

ausgeprägtere Restparese oder Kontrakturen 20-30

komplette Lähmung oder ausgeprägte Kontraktur 40

beidseitig komplette Lähmung..... 50

3. Nervensystem und Psyche

3.1 Hirnschäden

- a) Ein Hirnschaden ist nachgewiesen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns – nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase – festgestellt worden sind. Wenn bei späteren Untersuchungen keine hinorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind beträgt der GdS dann – auch unter Einschluss geringer z. B. vegetativer Beschwerden – 20; nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30.
- b) Bestimmend für die Beurteilung des GdS ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommt ein GdS zwischen 20 und 100 in Betracht.
- c) Bei Kindern ist zu berücksichtigen, dass sich die Auswirkungen eines Hirnschadens abhängig vom Reifungsprozess sehr verschieden (Besserung oder Verschlechterung) entwickeln können, so dass in der Regel Nachprüfungen in Abständen von wenigen Jahren angezeigt sind.
- d) Bei einem mit Ventil versorgten Hydrozephalus ist ein GdS von wenigstens 30 anzusetzen.
- e) Nicht nur vorübergehende vegetative Störungen nach Gehirnerschütterung (reversible und morphologisch nicht nachweisbare Funktionsstörung des Gesamthirns) rechtfertigen im ersten Jahr nach dem Unfall einen GdS von 10 bis 20.

Bei der folgenden GdS-Tabelle der Hirnschäden soll die unter 3.1.1 genannte Gesamtbewertung im Vordergrund stehen. Die unter 3.1.2 angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

3.1.1 Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung.....	30-40
Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung.....	50-60
Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung	70-100

3.1.2 Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen

(bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht auch zur Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage)

Hirnschäden mit psychischen Störungen

leicht (im Alltag sich gering auswirkend.....)	30–40
mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend).....	50–60
schwer	70–100

Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (z. B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, der Vasomotorenregulation oder der Schweißregulation)

Leicht.....	30
mittelgradig, auch mit vereinzelt synkopalen Anfällen	40
mit häufigeren Anfällen oder erheblichen Auswirkungen auf den Allgemeinzustand	50

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (spino-) zerebellarer

Ursache je nach dem Ausmaß der Störung der Ziel- und Feinmotorik einschließlich der Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen

(siehe hierzu auch bei Hör- und Gleichgewichtsorgan)30–100

Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen (z. B. Aphasie, Apraxie, Agnosie)

leicht (z. B. Restaphasie).....	30–40
mittelgradig (z. B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung).....	50–80
schwer (z. B. globale Aphasie)	90–100

Zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen

leichte Restlähmungen und Tonusstörungen der Gliedmaßen30

bei ausgeprägteren Teillähmungen und vollständigen Lähmungen ist der GdS aus Vergleichen mit dem GdS bei Gliedmaßenverlusten, peripheren Lähmungen und anderen Funktionseinbußen der Gliedmaßen abzuleiten.

vollständige Lähmung von Arm und Bein (Hemiplegie).....100

Parkinson-Syndrom

ein- oder beidseitig, geringe Störung der Bewegungsabläufe,
keine Gleichgewichtsstörung, geringe Verlangsamung.....30–40

deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere Verlangsamung50–70

schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität80–100

Andere extrapyramidale Syndrome – auch mit Hyperkinesen – sind analog nach Art und Umfang der gestörten Bewegungsabläufe und der Möglichkeit ihrer Unterdrückung zu bewerten; bei lokalisierten Störungen (z. B. Torticollis spasmodicus) sind niedrigere GdS als bei generalisierten (z. B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

Epileptische Anfälle

je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung

sehr selten (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten).....40

selten

(generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen).....50–60

mittlere Häufigkeit

(generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Tagen)60–80

häufig (generalisierte [große] oder komplex-fokale Anfälle wöchentlich oder Serien von generalisierten Krampfanfällen, von fokal betonten oder von multifokalen Anfällen; kleine und einfach-fokale Anfälle täglich).....	90–100
nach drei Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer Notwendigkeit antikonvulsiver Behandlung.....	30

Ein Anfallsleiden gilt als abgeklungen, wenn ohne Medikation drei Jahre Anfallsfreiheit besteht. Ohne nachgewiesenen Hirnschaden ist dann kein GdS mehr anzunehmen.

3.2 Narkolepsie

Je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tagesschläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungsercheinungen, Schlaf lähmungen – häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) ist im Allgemeinen ein GdS von 50 bis 80 anzusetzen.

3.3 Hirntumoren

Der GdS von Hirntumoren ist vor allem von der Art und Dignität und von der Ausdehnung und Lokalisation mit ihren Auswirkungen abhängig.

Nach der Entfernung gutartiger Tumoren (z. B. Meningeom, Neurinom) richtet sich der GdS allein nach dem verbliebenen Schaden.

Bei Tumoren wie Oligodendrogliom, Ependymom, Astrozytom II, ist der GdS, wenn eine vollständige Tumorentfernung nicht gesichert ist, nicht niedriger als 50 anzusetzen.

Bei malignen Tumoren (z. B. Astrozytom III, Glioblastom, Medulloblastom) ist der GdS mit wenigstens 80 zu bewerten.

Das Abwarten einer Heilungsbewährung (von fünf Jahren) kommt in der Regel nur nach der Entfernung eines malignen Kleinhirntumors des Kindesalters (z. B. Medulloblastom) in Betracht. Der GdS beträgt während dieser Zeit (im Frühstadium) bei geringer Leistungsbeeinträchtigung 50.

3.4 Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter

Die GdS-Beurteilung der Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung darf nicht allein vom Ausmaß der Intelligenzminderung und von diesbezüglichen Testergebnissen ausgehen, die immer nur Teile der Behinderung zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen können. Daneben muss stets auch die Persönlichkeitsentwicklung auf affektivem und emotionalem Gebiet, wie auch im Bereich des Antriebs und der Prägung durch die Umwelt mit allen Auswirkungen auf die sozialen Einordnungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

3.4.1 Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter

Die Beurteilung setzt eine standardisierte Befunderhebung mit Durchführung geeigneter Testverfahren voraus (Nachuntersuchung mit Beginn der Schulpflicht).

Umschriebene Entwicklungsstörungen in den Bereichen Motorik, Sprache oder Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung	0-10
sonst – bis zum Ausgleich – je nach Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung.....	20–40
bei besonders schwerer Ausprägung	50

Globale Entwicklungsstörungen (Einschränkungen in den Bereichen Sprache und Kommunikation, Wahrnehmung und Spielverhalten, Motorik, Selbständigkeit, soziale Integration)

je nach Ausmaß der sozialen Einordnungsstörung und der Verhaltensstörung (z. B. Hyperaktivität, Aggressivität)

geringe Auswirkungen	30–40
starke Auswirkungen (z. B. Entwicklungsquotient [EQ] von 70 bis über 50).....	50–70
schwere Auswirkungen (z. B. EQ 50 und weniger)	80–100

3.4.2 Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter

Kognitive Teilleistungsschwächen (z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche [Legasthenie], isolierte Rechenstörung)

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Schulleistungen	0–10
sonst – auch unter Berücksichtigung von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen – bis zum Ausgleich	20–40
bei besonders schwerer Ausprägung (selten)	50

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Intelligenzrückstand entsprechend einem Intelligenz-Alter (IA) von etwa 10 bis 12 Jahren bei Erwachsenen (Intelligenzquotient [IQ] von etwa 70 bis 60)

wenn während des Schulbesuchs nur geringe Störungen, insbesondere der Auffassung, der Merkfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit, der sozialen Einordnung, des Sprechens, der Sprache, oder anderer kognitiver Teilleistungen vorliegen	30-40
--	-------

wenn sich nach Abschluss der Schule noch eine weitere
Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die

soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen
bestehen 30-40

wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen
für behinderte Menschen erreicht werden kann 30-40

wenn während des Schulbesuchs die oben genannten
Störungen stark ausgeprägt sind oder mit einem Schulversagen
zu rechnen ist 50-70

wenn nach Abschluss der Schule auf eine Beeinträchtigung
der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung oder sozialer
Einordnung geschlossen werden kann 50-70

wenn der behinderte Mensch wegen seiner Behinderung
trotz beruflicher Fördermöglichkeiten (z. B. in besonderen
Rehabilitationseinrichtungen) nicht in der Lage ist, sich
auch unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte
Menschen beruflich zu qualifizieren 50-70

Intelligenzmangel mit stark eingengter Bildungsfähigkeit, erheblichen Mängeln im
Spracherwerb, Intelligenzrückstand entsprechend einem I.A. unter 10 Jahren bei Erwach-
senen (IQ unter 60)

bei relativ günstiger Persönlichkeitsentwicklung und sozialer
Anpassungsmöglichkeit (Teilerfolg in einer Sonderschule,
selbständige Lebensführung in einigen Teilbereichen und
Einordnung im allgemeinen Erwerbsleben mit einfachen
motorischen Fertigkeiten noch möglich) 80-90

bei stärkerer Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten
mit hochgradigem Mangel an Selbständigkeit und Bildungsfähigkeit,
fehlender Sprachentwicklung, unabhängig von der
Arbeitsmarktlage und auf Dauer Beschäftigungsmöglichkeit
nur in einer Werkstatt für Behinderte 100

3.5 Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen

Autistische Syndrome

leichte Formen (z. B. Typ Asperger).....	50–80
sonst.....	100

Andere emotionale und psychosoziale Störungen („Verhaltensstörungen“)

mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten

(z. B. Integration in der Normalschule nicht möglich)50–80

3.6 Schizophrene und affektive Psychosen

Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden

Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer

Anpassungsmöglichkeiten.....50–100

Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung)

mit geringen und einzelnen Restsymptomen

ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten10–20

mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten30–40

mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten.....50–70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten80–100

Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig

wiederkehrenden Phasen

bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach

Art und Ausprägung.....30 – 50

bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer.....60–100

Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.

GdS während dieser Zeit, wenn bereits mehrere manische oder manische

und depressive Phasen vorangegangen sind.....50

sonst30

Eine Heilungsbewährung braucht nicht abgewartet zu werden, wenn eine monopolar verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als zehn Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

3.7 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen.....0–20

Stärker behindernde Störungen

mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit

(z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische,

asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit

Krankheitswert, somatoforme Störungen)30–40

Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit)

mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten50–70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten80–100

3.8 Alkoholkrankheit, -abhängigkeit

Eine Alkoholkrankheit liegt vor, wenn ein chronischer Alkoholkonsum zu körperlichen und/oder psychischen Schäden geführt hat.

Die GdS-Bewertung wird vom Ausmaß des Organschadens und seiner Folgen (z. B. Leberschaden, Polyneuropathie, Organisch-psychische Veränderung, hirnorganische Anfälle) und/oder vom Ausmaß der Abhängigkeit und der suchtspezifischen Persönlichkeitsänderung bestimmt. Bei nachgewiesener Abhängigkeit mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit ist der Gesamt-GdS aufgrund der Folgen des chronischen Alkoholkonsums nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine Heilungsbewährung abgewartet werden (im Allgemeinen zwei Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdS von 30 anzunehmen, es sei denn der Organschaden bedingt noch einen höheren GdS.

Drogenabhängigkeit

Eine Drogenabhängigkeit liegt vor, wenn ein chronischer Gebrauch von Rauschmitteln zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit mit entsprechender psychischer Veränderung und sozialen Einordnungsschwierigkeiten geführt hat.

Der GdS ist je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten auf mindestens 50 einzuschätzen.

Ist bei nachgewiesener Abhängigkeit eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine Heilungsbewährung abgewartet werden (im Allgemeinen zwei Jahre). Während dieser Zeit ist in der Regel ein GdS von 30 anzunehmen.

3.9 Rückenmarkschäden

Unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion30 – 60

Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion30 – 60

Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion60 – 80

Unvollständige Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion100

Vollständige Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion100

Vollständige Brustmark-, Lendenmark-, oder Kaudaschädigung mit vollständiger Lähmung der Beine und Störungen der Blasen und/oder Mastdarmfunktion100

3.10 Multiple Sklerose

Der GdS richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen. Zusätzlich ist die aus dem klinischen Verlauf sich ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen.

3.11 Polyneuropathien

Bei den Polyneuropathien ergeben sich die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund motorischer Ausfälle (mit Muskelatrophien), sensibler Störungen oder Kombinationen von beiden. Der GdS motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen – z. B. bei Feinbewegungen – führen können.

4. Sehorgan

Die Sehbehinderung umfasst alle Störungen des Sehvermögens. Für die Beurteilung ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe maßgebend; daneben sind u. a. Ausfälle des Gesichtsfeldes und des Blickfeldes zu berücksichtigen.

Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu prüfen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen zulässig (z. B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern). Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben. Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.

Hinsichtlich der Gesichtsfeldbestimmung bedeutet dies, dass nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4 verwertet werden dürfen.

Bei der Beurteilung von Störungen des Sehvermögens ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.

Die Grundlage für die GdS-Beurteilung bei Herabsetzung der Sehschärfe bildet die „MdE-Tabelle der DOG“.

4.1 Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht

zugänglichen Eiterung der Augenhöhle.....40

4.2 Linsenverlust

eines Auges

(korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse)

Sehschärfe 0,4 und mehr10

Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4.....20

Sehschärfe weniger als 0,125 – 30

beider Augen

der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdS ist um 10 zu erhöhen.

Die GdS-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus.

Maßgebend ist der objektive Befund.

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdS nach der Restsehschärfe.

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

4.3 Die augenärztliche Untersuchung umfasst die Prüfung der einäugigen und beidäugigen Sehschärfe. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.

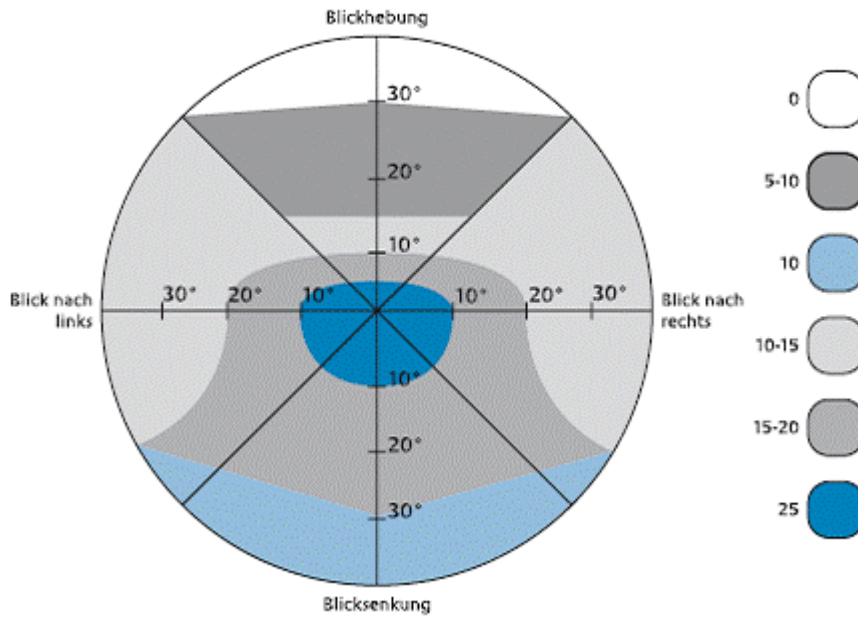
MdE-Tabelle der DOG

RA		1,0	0,8	0,63	0,5	0,4	0,32	0,25	0,2	0,16	0,1	0,08	0,05	0,02	0
Sehschärfe															
LA		5/5	5/6	5/8	5/10	5/12	5/15	5/20	5/25	5/30	5/50	1/12	1/20	1/50	0
1,0	5/5	0	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	25	*25
0,8	5/6	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30
0,63	5/8	0	5	10	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30	40
0,5	5/10	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	35	40	40
0,4	5/12	5	10	10	10	20	20	25	25	30	30	35	40	50	50
0,32	5/15	10	10	10	15	20	30	30	30	40	40	40	50	50	50
0,25	5/20	10	10	15	20	25	30	40	40	40	50	50	50	60	60
0,2	5/25	10	15	20	20	25	30	40	50	50	50	60	60	70	70
0,16	5/30	15	20	20	25	30	40	40	50	60	60	60	70	80	80
0,1	5/50	20	20	25	30	30	40	50	50	60	70	70	80	90	90
0,08	1/12	20	25	30	30	35	40	50	60	60	70	80	90	90	90
0,05	1/20	25	30	30	35	40	50	50	60	70	80	90	100	100	100
0,02	1/50	25	30	30	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100
0	0	*25	30	40	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100

4.4 Augenmuskellähmungen, Strabismus

wenn ein Auge wegen der Doppelbilder vom Sehen ausgeschlossen werden muss.....30

bei Doppelbildern nur in einigen Blickfeldbereichen bei sonst normalem Binokularsehen ergibt sich der GdS aus dem nachstehenden Schema von Haase und Steinhorst:



bei einseitiger Bildunterdrückung durch Gewöhnung
(Exklusion) und entsprechendem Verschwinden der
Doppelbilder.....10

Einschränkungen der Sehschärfe (z. B. Amblyopie) oder eine
erheblich entstellende Wirkung sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Lähmung des Oberlides mit nicht korrigierbarem, vollständigem
Verschluss des Auges30
sonst.....10-20

Fehlstellungen der Lider, Verlegung der Tränenwege mit Tränenträufeln
einseitig.....0 – 10
beidseitig.....10 – 20

4.5 Gesichtsfeldausfälle

Vollständige Halbseiten- und Quadrantenausfälle

Homonyme Hemianopsie40
Bitemporale Hemianopsie30

Binasale Hemianopsie
bei beidäugigem Sehen.....10

bei Verlust des beidäugigen Sehens	30
Homonymer Quadrant oben	20
Homonymer Quadrant unten	30
Vollständiger Ausfall beider unterer Gesichtsfeldhälften	60

Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte bei Verlust oder Blindheit
des anderen Auges

nasal	60
temporal.....	70

Bei unvollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen ist der
GdS entsprechend niedriger anzusetzen.

Gesichtsfeldeinengungen

Allseitige Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen
Auges

auf 10° Abstand vom Zentrum.....	10
auf 5° Abstand vom Zentrum.....	25

Allseitige Einengung binokular

auf 50° Abstand vom Zentrum.....	10
auf 30° Abstand vom Zentrum.....	30
auf 10° Abstand vom Zentrum.....	70
auf 5° Abstand vom Zentrum.....	100

Allseitige Einengung bei Fehlen des anderen Auges

auf 50° Abstand vom Zentrum.....	40
auf 30° Abstand vom Zentrum.....	60
auf 10° Abstand vom Zentrum.....	90
auf 5° Abstand vom Zentrum.....	100

Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb
des horizontalen Meridians, binokular

mindestens 2/3 ausgefallene Fläche	50
--	----

Bei Fehlen eines Auges sind die Skotome entsprechend höher
zu bewerten.

4.6 Ausfall des Farbensinns0

Einschränkung der Dunkeladaptation (Nachtblindheit) oder des
Dämmerungssehens.....0–10

4.7 Nach Hornhauttransplantationen richtet sich der GdS allein nach dem Sehvermögen.

4.8 Nach Entfernung eines malignen Augentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Tumorbegrenzung auf den Augapfel
(auch bei Augapfelentfernung)50
sonstwenigstens 80

5 Hör- und Gleichgewichtsorgan

Maßgebend für die Bewertung des GdS bei Hörstörungen ist die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist. Der Beurteilung ist die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie empfohlene Tabelle (siehe 5.2.4, Tabelle D) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes aus entsprechenden Tabellen abzuleiten.

Die in der GdS-Tabelle enthaltenen Werte zur Schwerhörigkeit berücksichtigen die Möglichkeit eines Teilausgleichs durch Hörhilfen mit.

Sind mit der Hörstörung andere Erscheinungen verbunden, z. B. Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, Artikulationsstörungen oder außergewöhnliche psychoreaktive Störungen, so kann der GdS entsprechend höher bewertet werden.

5.1 Angeborene oder in der Kindheit erworbene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen

angeboren oder bis zum 7. Lebensjahr erworben
(schwere Störung des Spracherwerbs, in der Regel lebenslang).....100

später erworben (im 8. bis 18. Lebensjahr) mit schweren
Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache,
geringer Sprachschatz).....100

sonst je nach Sprachstörung80–90

5.2 Hörverlust

5.2.1 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus den Werten der sprachaudiometrischen Untersuchung (nach Boenninghaus u. Röser 1973):

Tabelle A

		Hörverlust für Zahlen in dB											
		< 20	ab 20	ab 25	ab 30	ab 35	ab 40	ab 45	ab 50	ab 55	ab 60	ab 65	ab 70
Gesamtwortverstehen	< 20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	ab 20	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	100
	ab 35	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	95	100
	ab 50	80	80	80	80	80	80	80	80	80	90	95	100
	ab 75	70	70	70	70	70	70	70	70	80	90	95	100
	ab 100	60	60	60	60	60	60	60	70	80	90	95	
	ab 125	50	50	50	50	50	50	60	70	80	90		
	ab 150	40	40	40	40	40	50	60	70	80			
	ab 175	30	30	30	30	40	50	60	70				
	ab 200	20	20	20	30	40	50	60					
	ab 225	10	10	20	30	40	50						
	ab 250	0	10	20	30	40							

Das Gesamtwortverstehen wird aus der Wortverständniskurve errechnet. Es entsteht durch Addition der Verständnisquoten bei 60, 80 und 100 dB Lautstärke (einfaches Gesamtwortverstehen).

Bei der Ermittlung von Schwerhörigkeiten bis zu einem Hörverlust von 40% ist das gewichtete Gesamtwortverstehen (Feldmann 1988) anzuwenden: 3 x Verständnisquote bei 60 dB + 2 x Verständnisquote bei 80 dB + 1 x Verständnisquote bei 100 dB, Summe dividiert durch 2.

5.2.2 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörkurve. Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztabelle nach Röser 1973):

Tabelle B

Tonhörverlust dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
10	0	0	0	0
15	2	3	2	1
20	3	5	5	2
25	4	8	7	4
30	6	10	9	5
35	8	13	11	6
40	9	16	13	7
45	11	18	16	8
50	12	21	18	9
55	14	24	20	10
60	15	26	23	11
65	17	29	25	12
70	18	32	27	13
75	19	32	28	14
80	19	33	29	14
ab 85	20	35	30	15

5.2.3 3-Frequenztafel nach Röser 1980

für die Beurteilung bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit:

Tabelle C

		Tonverlust bei 1 kHz											
		0	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95	
dB von bis		5	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Summe bei 2 und 3 kHz	0 - 15	0	0	0	0	5	5	Hörverlust in %					
	20 - 35	0	0	0	5	10	20	30					
	40 - 55	0	0	0	10	20	25	35 45					
	60 - 75	0	0	10	15	25	35	40	50	60			
	80 - 95	0	5	15	25	30	40	50	60	70	80		
	100 - 115	5	15	20	30	40	45	55	70	80	90	100	
	120 - 135	10	20	30	35	45	55	65	75	90	100	100	
	140 - 155	20	25	35	45	50	60	75	85	95	100	100	
	160 - 175	25	35	40	50	60	70	80	95	100	100	100	
	80 - 195	30	40	50	55	70	80	90	100	100	100	100	
ab 200	40	45	55	65	75	90	100	100	100	100	100		

5.2.4 Zur Ermittlung des GdS aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren:

Tabelle D

Rechtes Ohr	Normalhörigkeit	0-20	0	0	10	10	15	20		
	Geringgradige Schwerhörigkeit	20-40	10		0	15	20	20	30	30
			20			10	20	30	30	40
	Mittelgradige Schwerhörigkeit	40-60	10		10	20	30	30	40	40
			40			10	20	30	50	50
	Hochgradige Schwerhörigkeit	60-80	10		10	20	30	50	50	50
			60			15	30	40	50	70
An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	80-95	15		30	40	50	70	70		
Taubheit	100	20		30	40	50	70	80		
	Hörverlust in Prozent	0-20	20-40	40-60	60-80	80-95	100			
		Normalhörigkeit	Geringgradige Schwerhörigkeit	Mittelgradige Schwerhörigkeit	Hochgradige Schwerhörigkeit	An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Taubheit			
		Linkes Ohr								

5.3 Gleichgewichtsstörungen

(Normabweichungen in den apparativ erhobenen neurootologischen Untersuchungsbefunden bedingen für sich allein noch keinen GdS)

ohne wesentliche Folgen

beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen (z. B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung)

leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen

(Schwanken) bei höheren Belastungen (z. B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen)

stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen

Belastungen (z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen)

keine nennenswerten Abweichungen bei den Geh- und

Stehversuchen.....0–10

mit leichten Folgen

leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie

Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen,

stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei

höheren Belastungen

leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst

auf höherer Belastungsstufe.....20

mit mittelgradigen Folgen

stärkere Unsicherheit, Schwindelerscheinungen mit Fallneigung

bereits bei alltäglichen Belastungen,

heftiger Schwindel (mit vegetativen Erscheinungen, gelegentlich

Übelkeit, Erbrechen) bei höheren und außergewöhnlichen

Belastungen

deutliche Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen

bereits auf niedriger Belastungsstufe30–40

mit schweren Folgen

heftiger Schwindel, erhebliche Unsicherheit und Schwierigkeiten
bereits beim Gehen und Stehen im Hellen und bei anderen
alltäglichen Belastungen, teilweise Gehhilfe erforderlich50–70

bei Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder zu
stehen.....80

Ohrgeräusche (Tinnitus)

ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen.....0–10
mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen20
mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungs-
fähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive Störungen).....30–40
mit schweren psychischen Störungen und sozialen
Anpassungsschwierigkeiten mindestens 50

Menière-Krankheit

ein bis zwei Anfälle im Jahr0–10
häufigere Anfälle, je nach Schweregrad20–40
mehrmals monatlich schwere Anfälle50
Bleibende Hörstörungen und Ohrgeräusche (Tinnitus) sind zusätzlich zu bewerten.

5.4 Chronische Mittelohrentzündung

ohne Sekretion oder einseitige zeitweise Sekretion0
einseitige andauernde Sekretion oder zeitweise beidseitige
Sekretion.....10
andauernd beidseitige Sekretion20

Radikaloperationshöhle

reizlos0
bei unvollständiger Überhäutung und ständiger Sekretion
einseitig10
beidseitig20

5.5 Verlust einer Ohrmuschel20

6 Nase

6.1 Völliger Verlust der Nase50

Teilverlust der Nase, Sattelnase

wenig störend10

sonst20–30

6.2 Stinknase (Ozaena), je nach Ausmaß der Borkenbildung und
des Foetors.....20–40

Verengung der Nasengänge

einseitig je nach Atembehinderung.....0–10

doppelseitig mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung10

doppelseitig mit starker Atembehinderung20

Chronische Nebenhöhlenentzündung

leichteren Grades

(ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen)0–10

schweren Grades

(ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen,
Polypenbildung)20–40

6.3 Völliger Verlust des Riechvermögens mit der damit verbundenen
Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung15
Völliger Verlust des Geschmackssinns.....10

7 Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege

Verletzungs- und Erkrankungsfolgen an den Kiefern, Kiefergelenken und Weichteilen der Mundhöhle, einschließlich der Zunge und der Speicheldrüsen, sind nach dem Grad ihrer Auswirkung auf Sprech-, Kau- und Schluckvermögen zu beurteilen. Eine Gesichtsentstellung ist gesondert zu berücksichtigen.

7.1 Lippendefekt mit ständigem Speichelfluss.....20–30

Äußere Speichelfistel, Frey-Syndrom

geringe Sekretion.....10

sonst20

Störung der Speichelsekretion
(vermehrter Speichelfluss, Mundtrockenheit)0–20

7.2 Schwere Funktionsstörung der Zunge durch Gewebsverlust,
narbige Fixierung oder Lähmung je nach Umfang und
Artikulationsstörung30–50

Behinderung der Mundöffnung
(Schneidekantendistanz zwischen 5 und 25 mm) mit deutlicher
Auswirkung auf die Nahrungsaufnahme20–40

Kieferklemme mit Notwendigkeit der Aufnahme flüssiger oder
passierter Nahrung und entsprechenden Sprechstörungen50

7.3 Verlust eines Teiles des Unterkiefers mit schlaffer Pseudarthrose
ohne wesentliche Beeinträchtigung der Kaufunktion und
Artikulation0–10
mit erheblicher Beeinträchtigung der Kaufunktion und
Artikulation20–50

Verlust eines Teiles des Oberkiefers
ohne wesentliche kosmetische und funktionelle
Beeinträchtigung0–10
mit entstellender Wirkung, wesentlicher Beeinträchtigung
der Nasen- und Nebenhöhlen (Borkenbildung, ständige
Sekretion)20–40

7.4 Umfassender Zahnverlust
über ½ Jahr hinaus prothetisch nur unzureichend zu versorgen10–20

Verlust erheblicher Teile des Alveolarfortsatzes mit wesentlicher,
prothetisch nicht voll ausgleichbarer Funktionsbehinderung20

7.5 Ausgedehnter Defekt des Gaumens mit gut sitzender

Defektprothese	30
Verlust des Gaumens ohne Korrekturmöglichkeit durch geeignete Prothese (Störung der Nahrungsaufnahme).....	50
7.6 Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern, bis zum Abschluss der Behandlung	
Isolierte voll ausgebildete Lippenspalte (ein- oder beidseitig) bis zum Abschluss der Behandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) je nach Trinkstörung, Beeinträchtigung der mimischen Muskulatur und Störung der Lautbildung	30–50
Lippen-Kieferspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation).....	60-70
bis zum Verschluss der Kieferspalte	50
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) unter Mitberücksichtigung der regelhaft damit verbundenen Hörstörung (Tubenfehlbelüftung) und der Störung der Nasenatmung	100
bis zum Verschluss der Kieferspalte	50
Komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte wegen der bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) bestehenden mit der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vergleichbaren Auswirkungen	100
Isolierte Segelspalte, submuköse Gaumenspalte bis zum Abschluss der Behandlung je nach Ausmaß der Artikulationsstörung.....	0–30

Ausgeprägte Hörstörungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach Abschluss der Behandlung richtet sich der GdS immer nach der verbliebenen Gesundheitsstörung.

7.7 Schluckstörungen

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Beschwerden0–10

mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer)20–40

mit häufiger Aspiration und erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes50–70

7.8 Verlust des Kehlkopfes

bei guter Ersatzstimme und ohne Begleiterscheinungen, unter Mitberücksichtigung der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (fehlende Bauchpresse)70

in allen anderen Fällen80

Anhaltende schwere Bronchitiden und Beeinträchtigungen durch Nervenlähmungen im Hals- und Schulterbereich sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei Verlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB bzw. GdS während dieser Zeit100

Teilverlust des Kehlkopfes

je nach Sprechfähigkeit und Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit20–50

Bei Teilverlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Geschwulstentfernung im Frühstadium (T1 N0 M0).....	50–60
sonst.....	80

7.9 Tracheostoma

reizlos oder mit geringen Reizerscheinungen (Tracheitis, Bronchitis), gute Sprechstimme.....	40
---	----

mit erheblichen Reizerscheinungen und/oder erheblicher Beeinträchtigung der Sprechstimme bis zum Verlust der Sprechfähigkeit (z. B. bei schweren Kehlkopfveränderungen)	50–80
---	-------

Einschränkungen der Atemfunktion sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Trachealstenose ohne Tracheostoma

Der GdS ist je nach Atembehinderung analog der dauernden
Einschränkung der Lungenfunktion zu beurteilen.

7.10 Funktionelle und organische Stimmstörungen (z. B. Stimmbandlähmung)

mit geringer belastungsabhängiger Heiserkeit	0–10
mit dauernder Heiserkeit.....	20–30
nur Flüsterstimme	40
mit völliger Stimmlosigkeit	50

Atembehinderungen sind ggf. zusätzlich zu bewerten analog der
dauernden Einschränkung der Lungenfunktion.

7.11 Artikulationsstörungen

durch Lähmungen oder Veränderungen in Mundhöhle oder Rachen

mit verständlicher Sprache	10
mit schwer verständlicher Sprache.....	20–40
mit unverständlicher Sprache	50

Stottern

leicht	0–10
mittelgradig, situationsunabhängig	20

schwer, auffällige Mitbewegungen.....30–40
mit unverständlicher Sprache50

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen einschließlich somatoformer Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen

8. Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdS vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen.

8.1 Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs (Rippen, Brustbein, Schlüsselbein)
ohne Funktionsstörungen verheilt, je nach Ausdehnung des
Defektes.....0–10

Rippendefekte mit Brustfellschwarten
ohne wesentliche Funktionsstörung0–10
bei sehr ausgedehnten Defekten einschließlich entstellender
Wirkung.....20

Brustfellverwachsungen und -schwarten
ohne wesentliche Funktionsstörung0–10

Fremdkörper im Lungengewebe oder in der Brustkorbbwand
reaktionslos eingeheilt0

8.2 Chronische Bronchitis, Bronchiektasen
als eigenständige Krankheiten – ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,
leichte Form
(symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten,
geringer Auswurf)0–10

schwere Form

(fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf,
häufige akute Schübe).....20–30

Pneumokoniosen (z. B. Silikose, Asbestose)
ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion0–10

8.3 Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion

geringen Grades
das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer
Belastung (z. B. forsches Gehen [5–6 km/h],
mittelschwere körperliche Arbeit); statische und dynamische
Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3
niedriger als die Sollwerte,
Blutgaswerte im Normbereich.....20–40

mittleren Grades
das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher
leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3–4 km/h],
Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche
Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung
bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte,
respiratorische Partialinsuffizienz50–70

schweren Grades
Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe;
statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung
um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte,
respiratorische Globalinsuffizienz80–100

8.4 Nach einer Lungentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Lungentumors oder eines Bronchialtumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während dieser Zeitwenigstens 80
bei Einschränkung der Lungenfunktion
mittleren bis schweren Grades90–100

8.5 Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,

Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder
leichten Anfällen0–20
Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat)
und/oder schweren Anfällen30–40
Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle50

Eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätzlich zu berücksichtigen.

8.6 Bronchialasthma bei Kindern

geringen Grades
(Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten
Anfällen, keine dauernde Einschränkung der Atemfunktion,
nicht mehr als sechs Wochen Bronchitis im Jahr)20–40

mittleren Grades
(Hyperreagibilität mit häufigeren und/oder schweren Anfällen,
leichte bis mittelgradige ständige Einschränkung der Atemfunktion,
etwa 2 bis 3 Monate kontinuierliche Bronchitis
im Jahr).....50–70

schweren Grades
(Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle, schwere
Beeinträchtigung der Atemfunktion, mehr als 3 Monate
kontinuierliche Bronchitis im Jahr)80–100

8.7 Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor)

ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung0–10
mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung20

bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung50

Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

8.8 Tuberkulose

Tuberkulöse Pleuritis

Der GdS richtet sich nach den Folgeerscheinungen.

Lungentuberkulose

ansteckungsfähig (mehr als 6 Monate andauernd)100

nicht ansteckungsfähig

ohne Einschränkung der Lungenfunktion0

sonst je nach Einschränkung der Lungenfunktion.

8.9 Sarkoidose

Der GdS richtet sich nach der Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und nach den Auswirkungen an den verschiedenen Organen.

Bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ist ohne Funktionseinschränkung von betroffenen Organen ein GdS von 30 anzunehmen.

9 Herz und Kreislauf

Für die Bemessung des GdS ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdS ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

9.1 Krankheiten des Herzens

9.1.1 Einschränkung der Herzleistung:

1. keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles

Gehen [7–8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung; bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln, Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen.....0–10

2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5–6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten); bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht20–40

3. Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spaziergehen [3–4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten); bei Kindern und Säuglingen deutliche Trinkschwierigkeiten, deutliches Schwitzen, deutliche Tachy- und Dyspnoe, deutliche Zyanose, rezidivierende pulmonale Infekte, kardial bedingte Gedeihstörungen, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 0,75 Watt/kg Körpergewicht.....50–70

mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen80

4. Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z. B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie); bei Kindern und Säuglingen auch hypoxämische Anfälle, deutliche Stauungsorgane, kardiale Dystrophie90–100

(Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.)

Liegen weitere objektive Parameter zur Leistungsbeurteilung vor, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Notwendige körperliche Leistungsbeschränkungen (z. B. bei höhergradiger Aortenklappenstenose, hypertrophischer obstruktiver Kardiomyopathie) sind wie Leistungsbeeinträchtigungen zu bewerten.

9.1.2 Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen ist der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei Herzklappenprothesen ist der GdS nicht niedriger als 30 zu bewerten; dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien ein.

9.1.3 Nach einem Herzinfarkt ist der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

9.1.4 Nach Herztransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

9.1.5 Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel

reaktionslos eingeheilt0
mit Beeinträchtigung der Herzleistung..... siehe oben

9.1.6 Rhythmusstörungen

Die Beurteilung des GdS richtet sich vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens.

Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmusstörungen (z. B. paroxysmale Tachykardien) je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung

bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung
des Herzens.....10–30

bei bestehender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens sind sie entsprechend zusätzlich zu bewerten.

nach Implantation eines Herzschrittmachers.....10
 nach Implantation eines Kardioverter-Defibrillatorswenigstens 50

bei ventrikulären tachykarden Rhythmusstörungen im Kindesalter ohne
 Implantation eines Kardioverter- Defibrillators.....wenigstens 60

9.2 Gefäßkrankheiten

9.2.1 Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen

(auch nach rekanalisierenden Maßnahmen)

mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne
 Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen
 in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder
 beidseitig.....0–10

mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens)

Stadium II

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke
 in der Ebene von mehr als 500 m.....20

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke
 in der Ebene von 100 bis 500 m.....30–40

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke
 in der Ebene von 50 bis 100 m.....50–60

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene
 Von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz.....70–80

Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III)
 einschl. trophischer Störungen (Stadium IV)

einseitig80

beidseitig90–100

Apparative Messmethoden (z. B. Dopplerdruck) können nur eine allgemeine Orientierung über

den Schweregrad abgeben.

Bei Arterienverschlüssen an den Armen wird der GdS ebenfalls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen – im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen – bestimmt.

9.2.2 Nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen (z. B. Prothesenimplantation)

mit vollständiger Kompensation einschließlich

Dauerbehandlung mit Antikoagulantien.....20

Arteriovenöse Fisteln

Der GdS richtet sich nach den hämodynamischen Auswirkungen am Herzen und/oder in der Peripherie.

Aneurysmen (je nach Sitz und Größe)

ohne lokale Funktionsstörung und ohne Einschränkung der Belastbarkeit.....0–10

ohne oder mit nur geringer lokaler Funktionsstörung mit Einschränkung der Belastbarkeit.....20–40

große Aneurysmenwenigstens 50

Hierzu gehören immer die dissezierenden Aneurysmen der Aorta und die großen Aneurysmen der Aorta abdominalis und der großen Beckenarterien.

9.2.3 Unkomplizierte Krampfadern0

Chronisch-venöse Insuffizienz (z. B. bei Krampfadern), postthrombotisches Syndrom ein- oder beidseitig

mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen, ohne wesentliche Stauungsbeschwerden.....0–10

mit erheblicher Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen20–30

mit chronischen rezidivierenden Geschwüren, je nach Ausdehnung und Häufigkeit (einschließlich arthrogenes Stauungssyndrom).....30–50

Lymphödem

an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage	0–10
mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm) je nach Funktionseinschränkung.....	20–40
mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß	50–70
bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße	80

Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

9.3 Hypertonie (Bluthochdruck)

leichte Form keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen)	0–10
mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I-II – und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung	20–40
schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrund- veränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung.....	50–100
maligne Form	

diastolischer Blutdruck konstant über 130 mm Hg;
 Fundus hypertonicus III-IV (Papillenödem, Venenstauung,
 Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen);
 unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz,
 Nieren, Gehirn)100

Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome, (z. B. orthostatische Fehlregulation)

mit leichten Beschwerden.....0
 mit stärkeren Beschwerden und Kollapsneigung.....10–20

10 Verdauungsorgane

10.1 Speiseröhrenkrankheiten

Traktionsdivertikel je nach Größe und Beschwerden0–10

Pulsionsdivertikel

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je
 nach Größe und Beschwerden0–10
 mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je
 nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand20–40

Funktionelle Stenosen der Speiseröhre (Ösophagospasmus, Achalasie)

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme0–10
 mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme20–40

mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und
 Ernährungszustandes, häufige Aspiration50–70

Auswirkungen auf Nachbarorgane (z. B. durch Aspiration) sind
 zusätzlich zu bewerten.

Organische Stenose der Speiseröhre (z. B. angeboren, nach Laugenverätzung,
 Narbenstenose, peptische Striktur)

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je

nach Größe und Beschwerden0–10

mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung
(Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer)20–40

mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und
Ernährungszustandes50–70

Refluxkrankheit der Speiseröhre

mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß10–30

Auswirkungen auf Nachbarorgane sind zusätzlich zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Speiseröhrentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewahrung abzuwarten. GdS während dieser Zeit

je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes80–100

Speiseröhrenersatz

Der GdS ist nach den Auswirkungen (z. B. Schluckstörungen, Reflux, Narben) jedoch nicht unter 20 zu bewerten.

10.2 Magen- und Darmkrankheiten

Bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darmkanals ist der GdS nach dem Grad der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, der Schwere der Organstörung und nach der Notwendigkeit besonderer Diätkost zu beurteilen. Bei allergisch bedingten Krankheiten ist auch die Vermeidbarkeit der Allergene von Bedeutung.

10.2.1 Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden (chronisch rezidivierende Geschwüre, Intervallbeschwerden)

mit Rezidiven in Abständen von zwei bis drei Jahren0–10

mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des
Ernährungs- und Kräftezustandes20–30

mit erheblichen Komplikationen (z. B. Magenausgangsstenose)

und andauernder erheblicher Minderung des Ernährungs- und
Kräftezustandes.....40–50

Nach einer selektiven proximalen Vagotomie kommt ein GdS nur in Betracht, wenn postoperative
Darmstörungen oder noch Auswirkungen des Grundleidens vorliegen.

Chronische Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung
der Magenschleimhaut)0–10

Reizmagen (funktionelle Dyspepsie)0–10

Teilentfernung des Magens, Gastroenterostomie

mit guter Funktion, je nach Beschwerden.....0–10

mit anhaltenden Beschwerden (z. B. Dumping-Syndrom,
rezidivierendes Ulcus jejuni pepticum)20–40

Totalentfernung des Magens

ohne Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes
je nach Beschwerden20–30

bei Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes
und/oder Komplikationen (z. B. Dumping-Syndrom)40–50

Nach Entfernung eines malignen Magentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren
nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren
nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je
nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand.....80–100

10.2.2 Chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis,
Darmteilresektion)

ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen.....0–10

mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden
Symptomen (z. B. Durchfälle, Spasmen).....20–30

mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes.....40–50

Angeborene Motilitätsstörungen des Darmes (z. B. Hirschsprung-
Krankheit, neuronale Dysplasie)

ohne wesentliche Gedeih- und Entwicklungsstörung10–20

mit geringer Gedeih- und Entwicklungsstörung30–40

mit mittelgradiger Gedeih- und Entwicklungsstörung50

mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung.....60–70

Kurzdarmsyndrom im Kindesalter

mit mittelschwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung50–60

mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung
(z. B. Notwendigkeit künstlicher Ernährung).....70–100

Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)

mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder
geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes,
selten Durchfälle).....10–20

mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder
länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere
Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes,
häufiger Durchfälle)30–40

mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende
erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung
des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche,
auch nächtliche Durchfälle)50–60

mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie).....70–80

Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände (z. B. Kurzdarmsyndrom, Stomakomplikationen), extraintestinale Manifestationen (z. B. Arthritiden), bei Kindern auch Wachstums- und Entwicklungsstörungen, sind zusätzlich zu bewerten.

Zöliakie, Sprue

ohne wesentliche Folgeerscheinungen unter diätetischer Therapie.....20
bei andauerndem, ungenügendem Ansprechen auf glutenfreie Kost (selten) sind – je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands – höhere Werte angemessen.

Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden.....50

mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt).....70–80

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung anderer maligner Darmtumorenwenigstens 80
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)100

10.2.3 Bauchfellverwachsungen

ohne wesentliche Auswirkung0–10
mit erheblichen Passagestörungen20–30
mit häufiger rezidivierenden Ileuserscheinungen40–50

10.2.4 Hämorrhoiden

ohne erhebliche Beschwerden, geringe Blutungsneigung.....0–10

mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen
oder stärkeren Blutungen20

Mastdarmvorfall

klein, reponierbar0–10

sonst20–40

Afterschließmuskelschwäche

mit seltenem, nur unter besonderen Belastungen
auftretendem, unwillkürlichem Stuhlabgang10

sonst20–40

Funktionsverlust des Afterschließmuskels.....wenigstens 50

Fistel in der Umgebung des Afters

geringe, nicht ständige Sekretion10

sonst20–30

Künstlicher After

mit guter Versorgungsmöglichkeit50

sonst (z. B. bei Bauchwandhernie, Stenose, Retraktion, Prolaps,
Narben, ungünstige Position)60–80

Bei ausgedehntem Mastdarmvorfall, künstlichem After oder stark sezernierenden Kotfisteln, die zu starker Verschmutzung führen, sind ggf. außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen zusätzlich zu berücksichtigen.

10.3 Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

Der GdS für Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse wird bestimmt durch die Art und Schwere der Organveränderungen sowie der Funktionseinbußen, durch das Ausmaß der Beschwerden, die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und die Notwendigkeit einer besonderen Kostform. Der serologische Nachweis von Antikörpern als Nachweis einer durchgemachten Infektion (Seronarbe) rechtfertigt allein noch keinen GdS.

10.3.1 Chronische Hepatitis

Unter dem Begriff „chronische Hepatitis“ werden alle chronischen Verlaufsformen von Hepatitiden zusammengefasst (früher: „chronische Hepatitis ohne Progression“ <chronisch-persistierende Hepatitis> und „chronische Hepatitis mit Progression“ <chronisch aktive Hepatitis>). Dazu gehören insbesondere die Virus-, die Autoimmun-, die Arzneimittel- und die kryptogene Hepatitis.

Die gutachtliche Beurteilung einer chronischen Hepatitis beruht auf dem klinischen Befund einschließlich funktionsrelevanter Laborparameter, auf der Ätiologie sowie auf dem histopathologischen Nachweis des Grades der nekro-inflammatorischen Aktivität (Grading) und des Stadiums der Fibrose (Staging). Zusätzlich sind engmaschige Verlaufskontrollen und die Beachtung der Differentialdiagnose erforderlich. Dies gilt auch für geltend gemachte Verschlimmerungen im Leidensverlauf. Der GdS und die Leidensbezeichnung ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei bereits übliche Befindlichkeitsstörungen – nicht aber extrahepatische Manifestationen – berücksichtigt sind.

Chronische Hepatitis

ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität.....20

ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression

mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität30

ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität

mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität40

ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität

mit starker (klinisch-) entzündlicher Aktivität

ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, stark entzündliche Aktivität

je nach Funktionsstörung..... 50-70

Alleinige Virus-Replikation („gesunder Virusträger“).....10

bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis.

Bei Vorliegen eines histologischen Befundes gelten für die Virus-Hepatitisen folgende Besonderheiten:

Die histopathologische Bewertung der chronischen Virushepatitis umfasst die nekroinflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Der GdS ergibt sich aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdS-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

nekro-inflammatorische Aktivität	Fibrose		
	null – gering	mäßig	stark
gering	20	20	30
mäßig	30	40	40
stark	50	60	70

Anmerkung:

Die Auswertung des histologischen Befundes soll sich an dem modifizierten histologischen Aktivitätsindex (HAI) ausrichten. Eine geringe nekro-inflammatorische Aktivität entspricht einer Punktzahl von 1 bis 5, eine mäßige nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 6 bis 10 und eine starke nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 11 bis 18. Eine fehlende bzw. geringe Fibrose entspricht einer Punktzahl 0 bis 2, eine mäßige Fibrose der Punktzahl 3 und eine starke Fibrose einer Punktzahl von 4 bis 5.

Für die Virushepatitis C gelten bei fehlender Histologie im Hinblick auf die chemischen Laborparameter folgende Besonderheiten:

ALAT-/GPT-Werte im Referenzbereich entsprechen bei nachgewiesener Hepatitis-C-Virus-Replikation einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität.

ALAT-/GPT-Werte bis zum 3-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer geringen (klinisch-) entzündlichen Aktivität

ALAT-/GPT-Werte vom 3-fachen bis zum 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer mäßigen (klinisch-) entzündlichen Aktivität

ALAT-/GPT-Werte von mehr als dem 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer starken (klinisch-) entzündlichen Aktivität

Diese Bewertungen sind nur zulässig, wenn sie sich in das klinische Gesamtbild des bisherigen Verlaufs einfügen.

10.3.2 Fibrose der Leber ohne Komplikationen.....0–10

Leberzirrhose

kompensiert

inaktiv30

gering aktiv40

stärker aktiv50

dekompensiert (Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie).....60–100

10.3.3 Fettleber (auch nutritiv-toxisch) ohne Mesenchymreaktion0–10

Toxischer Leberschaden

Der GdS ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Zirkulatorische Störungen der Leber (z. B. Pfortaderthrombose)

Der GdS ist analog zur dekompensierten Leberzirrhose zu beurteilen.

Nach Leberteileresektion ist der GdS allein davon abhängig, ob und wieweit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind.

10.3.4 Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit 100

Nach Lebertransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); GdS während dieser Zeit 100. Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression wenigstens 60

10.3.5 Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis

GdS ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Gallenblasen- und Gallenwegskrankheiten (Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen)

mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten,
Entzündungen in Abständen von Jahren.....0–10

mit häufigeren Koliken und Entzündungen sowie mit
Intervallbeschwerden.....20–30

mit langanhaltenden Entzündungen oder mit
Komplikationen40–50

Angeborene intra- und extrahepatische Transportstörungen der Galle (z. B. intra-, extrahepatische Gallengangsatresie), metabolische Defekte (z. B. Meulengracht-Krankheit)

ohne Funktionsstörungen, ohne Beschwerden0–10

mit Beschwerden (Koliken, Fettunverträglichkeit, Juckreiz),
ohne Leberzirrhose.....20–40

mit Leberzirrhose.....50

mit dekompensierter Leberzirrhose60–100

Folgezustände sind zusätzlich zu bewerten.

Verlust der Gallenblase ohne wesentliche Störungen0

bei fortbestehenden Beschwerden wie bei Gallenwegskrankheiten

Nach Entfernung eines malignen Gallenblasen-, Gallenwegs- oder Papillentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor100

bei Papillentumor80

10.3.6 Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische Funktion)

je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen

ohne wesentlichen Beschwerden, keine Beeinträchtigung

des Kräfte- und Ernährungszustandes	0–10
geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	20–40
starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes.....	50–80

Nach teilweiser oder vollständiger Entfernung der Bauchspeicheldrüse sind ggf. weitere Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. bei Diabetes mellitus, Osteopathie, oder infolge chronischer Entzündungen der Gallenwege, Magenteilentfernung und Milzverlust) zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach Entfernung eines malignen Bauchspeicheldrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit 100.

11 Brüche (Hernien)

11.1 Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit

ein- oder beidseitig	0–10
bei erheblicher Einschränkung der Belastungsfähigkeit	20

11.2 Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie.....

Bauchnarbenbruch, angeborene Bauchwandbrüche und -defekte

ohne wesentliche Beeinträchtigung, je nach Größe	0–10
--	------

mit ausgedehnter Bauchwandschwäche und fehlender oder stark eingeschränkter Bauchpresse	20
--	----

mit Beeinträchtigung der Bauchorgane bei Passagestörungen ohne erhebliche Komplikationen.....	20–30
--	-------

bei häufigen rezidivierenden Ileuserscheinungen.....	40–50
--	-------

Bei schweren angeborenen Bauchwanddefekten mit entsprechender Beeinträchtigung der Bauch- und Brustorgane kommt auch ein höherer

GdS in Betracht.

11.3 Zwerchfellbrüche (einschl. Zwerchfellrelaxation)

Speiseröhrengleithernie.....0–10

andere kleine Zwerchfellbrüche ohne wesentliche Funktions-
störung.....0–10

größere Zwerchfellbrüche je nach Funktionsstörung.....20–30

Komplikationen sind zusätzlich zu bewerten.

Angeborene Zwerchfeldefekte mit Verlagerung von inneren Organen in den
Brustkorb und Minderentwicklung von Lungengewebe

mit geringer Einschränkung der Lungenfunktion40

sonst je nach Funktionsbeeinträchtigung der betroffenen Organe50–100

12 Harnorgane

Die Beurteilung des GdS bei Schäden der Harnorgane richtet sich nach dem Ausmaß der Störungen der inkretorischen und exkretorischen Nierenfunktion und/oder des Harntransportes, das durch spezielle Untersuchungen zu erfassen ist.

Daneben sind die Beteiligung anderer Organe (z. B. Herz/Kreislauf, Zentralnervensystem, Skelettsystem), die Aktivität eines Entzündungsprozesses, die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die notwendige Beschränkung in der Lebensführung zu berücksichtigen.

Unter dem im Folgenden verwendeten Begriff „Funktionseinschränkung der Nieren“ ist die Retention harnpflichtiger Substanzen zu verstehen.

12.1 Nierenschäden

12.1.1 Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Gesundheit der
anderen Niere.....25

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Schaden der anderen
Niere, ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit krankhaftem
Harnbefund.....30

Nierenfehlbildung (z. B. Erweiterung des Nierenhohlsystems bei
Ureterabgangsstenose, Nierenhypoplasie, Zystennieren, Nierenzysten,

Beckenniere), Nephroptose

ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung0–10

mit wesentlichen Beschwerden und ohne Funktions-

einschränkung20–30

Nierensteinleiden ohne Funktionseinschränkung der Niere

mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten0–10

mit häufigeren Koliken, Intervallbeschwerden und

wiederholten Harnwegsinfekten.....20–30

Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion (z. B. Glomerulopathien, tubulointerstitielle Nephropathien, vaskuläre Nephropathien), ohne Beschwerden, mit krankhaftem Harnbefund (Eiweiß und/oder Erythrozyten- bzw.

Leukozytenuausscheidung)0–10

12.1.2 Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit Beschwerden

rezidivierende Makrohämaturie, je nach Häufigkeit.....10–30

Nephrotisches Syndrom

kompensiert (keine Ödeme)20–30

dekompensiert (mit Ödemen)40–50

bei Systemerkrankungen mit Notwendigkeit einer

immunsuppressiven Behandlung.....50

12.1.3 Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion

Eine geringfügige Einschränkung der Kreatininclearance auf 50–80 ml/min bei im Normbereich liegenden Serumkreatininwerten bedingt keinen messbaren GdS.

Nierenfunktionseinschränkung

leichten Grades

(Serumkreatininwerte unter 2 mg/dl [Kreatininclearance ca.

35–50 ml/min], Allgemeinbefinden nicht oder nicht

wesentlich reduziert, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit).20–30

(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 2 und 4 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden wenig reduziert, leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit).....40

mittleren Grades

(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 4 und 8 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigt, mäßige Einschränkung der Leistungsfähigkeit).....50–70

schweren Grades

(Serumkreatininwerte dauernd über 8 mg/dl, Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normalen Schulleistungen mehr)80–100

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere mit Funktionseinschränkung der anderen Niere

leichten Grades.....40–50

mittleren Grades60–80

schweren Grades.....90–100

Notwendigkeit der Dauerbehandlung mit Blutreinigungsverfahren

(z. B. Hämodialyse, Peritonealdialyse)100

Bei allen Nierenschäden mit Funktionseinschränkungen sind Sekundärleiden

(z. B. Hypertonie, ausgeprägte Anämie [Hb-Wert unter 8 g/dl], Polyneuropathie, Osteopathie) zusätzlich zu bewerten.

12.1.4 Nach Nierentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS entscheidend abhängig von der verbliebenen Funktionsstörung; unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist jedoch der GdS nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Nierentumors oder Nierenbeckentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom)

im Stadium T1 N0 M0 (Grading G1)50

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors im Stadium

Ta N0 M0 (Grading G1)50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom)

mit Entfernung der Niere

im Stadium (T1 [Grading ab G2], T2) N0 M0.....60

in höheren Stadienwenigstens 80

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors einschließlich

Niere und Harnleiter

im Stadium (T1 bis T2) N0 M0.....60

in höheren Stadienwenigstens 80

nach Entfernung eines Nephroblastoms

im Stadium I und II.....60

in höheren Stadienwenigstens 80

12.2 Schäden der Harnwege

12.2.1 Chronische Harnwegsentzündungen (insbesondere chronische Harnblasenentzündung)

leichten Grades (ohne wesentliche Miktionsstörungen)0–10

stärkeren Grades

(mit erheblichen und häufigen Miktionsstörungen)20–40

chronische Harnblasenentzündung mit Schrumpfblase

(Fassungsvermögen unter 100 ml, Blasenstenosen)50–70

12.2.2 Bei Entleerungsstörungen der Blase (auch durch Harnröhrenverengung) sind Begleitscheinungen (z. B. Hautschäden, Harnwegsentzündungen) ggf. zusätzlich zu bewerten.

Entleerungsstörungen der Blase

leichten Grades

(z. B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln)10

stärkeren Grades
 (z. B. Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines
 Blasenschrittmachers, erhebliche Restharnbildung,
 schmerzhaftes Harnlassen)20–40

mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines
 Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters
 oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne wesentliche Begleit-
 erscheinungen50

12.2.3 Nach Entfernung eines malignen Blasentumors ist eine Heilungsbewährung
 abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren
 nach Entfernung des Tumors im Frühstadium unter
 Belassung der Harnblase (Ta bis T1) N0 M0, Grading G150

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren
 nach Entfernung im Stadium Tis oder T1 (Grading ab G2)50

nach Entfernung in den Stadien (T2 bis T3a) N0 M060

mit Blasenentfernung einschließlich künstlicher
 Harnableitung80

nach Entfernung in höheren Stadien100

12.2.4 Harninkontinenz

relative

leichter Harnabgang bei Belastung (z. B. Stressinkontinenz
 Grad I)0–10

Harnabgang tags und nachts (z. B. Stressinkontinenz
 Grad II-III)20–40

völlige Harninkontinenz.....50

bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit.....60–70

nach Implantation einer Sphinkterprothese mit guter

Funktion	20
Harnröhren-Hautfistel der vorderen Harnröhre bei Harnkontinenz	10
Harnweg-Darmfistel bei Analkontinenz, je nach Luft- und Stuhlentleerung über die Harnröhre	30–50
Künstliche Harnableitung (ohne Nierenfunktionsstörung)	
in den Darm	30
nach außen	
mit guter Versorgungsmöglichkeit	50
sonst (z. B. bei Stenose, Retraktion, Abdichtungs- problemen)	60–80
Darmneoblase mit ausreichendem Fassungsvermögen, ohne Harnstau, ohne wesentliche Entleerungsstörungen	30

13 Männliche Geschlechtsorgane

<u>13.1</u> Verlust des Penis	50
Teilverlust des Penis	
Teilverlust der Eichel	10
Verlust der Eichel	20
Sonst	30–40
Nach Entfernung eines malignen Penistumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit nach Entfernung im Frühstadium (T1 bis T2) N0 M0	
bei Teilverlust des Penis	50
bei Verlust des Penis	60
mit vollständiger Entfernung der Corpora cavernosa	80
nach Entfernung in höheren Stadien	90–100
<u>13.2</u> Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens bei intaktem anderen Hoden	0

Unterentwicklung, Verlust oder vollständiger Schwund beider Hoden

- in höherem Lebensalter (etwa ab 8. Lebensjahrzehnt)10
- sonst je nach Ausgleichbarkeit des Hormonhaushalts durch Substitution20–30
- vor Abschluss der körperlichen Entwicklung20–40

Verlust oder Schwund eines Nebenhodens.....0

Verlust oder vollständiger Schwund beider Nebenhoden und/oder

Zeugungsunfähigkeit (Impotentia generandi)0

in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch20

Impotentia coeundi bei nachgewiesener erfolgloser Behandlung20

13.3 Hydrozele (sog. Wasserbruch)0–10

Varikozele (sog. Krampfaderbruch)0–10

13.4 Nach Entfernung eines malignen Hodentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

- nach Entfernung eines Seminoms oder nichtseminomatösen Tumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0.....50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

- nach Entfernung eines Seminoms im Stadium (T1 bis T2) N1 M0 bzw. T3 N0 M0.....50

nach Entfernung eines nichtseminomatösen Tumors im Stadium (T1 bis T2) N1 M0 bzw. T3 N0 M060

in höheren Stadien.....80

13.5 Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie

ohne wesentliche Miktionsstörung0–10

mit andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen20

Prostataadenom

Der GdS richtet sich nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion.

13.6 Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren
nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading G1).....50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren
nach Entfernung in den Stadien T1a N0 M0 (Grading ab G2) und
(T1b bis T2) N0 M0.....50
nach Entfernung in höheren Stadienwenigstens 80

Maligner Prostatatumor

ohne Notwendigkeit einer Behandlung50
auf Dauer hormonbehandeltwenigstens 60

14 Weibliche Geschlechtsorgane14.1 Verlust der Brust (Mastektomie)

Einseitig30
beidseitig.....40

Segment- oder Quadrantenresektion der Brust.....0–20

Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je
nach Ergebnis (z. B. Kapsel fibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)

nach Mastektomie

einseitig10–30

beidseitig20–40

nach subkutaner Mastektomie

einseitig10–20

beidseitig20–30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommt ein geringerer GdS in Betracht.

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während dieser Zeit

- bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M050
- bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M060
- in höheren Stadien.....wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der GdS beträgt während dieser Zeit 50.

14.2 Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität0
 in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch20

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren
 nach Entfernung eines Zervixtumors (Mikrokarzinom) im
 Stadium T1a N0 M0.....50

nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium
 (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des
 Myometrium).....50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren
 nach Entfernung eines Zervixtumors

- im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0.....50
- im Stadium T2b N0 M060
- in höheren Stadien.....80

nach Entfernung eines Korpustumors

im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
im Stadium T2 N0 M0	60
in höheren Stadien.....	80

14.3 Verlust eines Eierstockes0

Unterentwicklung, Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke, ohne Kinderwunsch und ohne wesentliche Auswirkung auf den Hormonhaushalt – immer in der Postmenopause10

im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution20–30

vor Abschluss der körperlichen Entwicklung je nach Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls20–40

Endokrin bedingte Funktionsstörungen der Eierstöcke sind gut behandelbar, so dass im Allgemeinen anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Komplikationen (z. B. Sterilität, abnormer Haarwuchs) sind gesondert zu beurteilen.

Nach Entfernung eines malignen Eierstocktumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0.....	50
in anderen Stadien.....	80

14.4 Chronischer oder chronisch-rezidivierender entzündlicher Prozess der Adnexe und/oder der Parametrien je nach Art, Umfang und Kombination der Auswirkungen (z. B. Adhäsionsbeschwerden, chronische Schmerzen, Kohabitationsbeschwerden)10–40

14.5 Endometriose

leichten Grades

(geringe Ausdehnung, keine oder nur geringe Beschwerden)	0–10
mittleren Grades	20–40
schweren Grades	
(z. B. Übergreifen auf die Nachbarorgane, starke Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Sterilität)	50–60

14.6 Scheidenfisteln

Harnweg-Scheidenfistel.....	50–60
Mastdarm-Scheidenfistel	60–70
Harnweg-Mastdarm-Scheidenfistel (Kloakenbildung).....	100
Fisteln mit geringer funktioneller Beeinträchtigung sind entsprechend niedriger zu bewerten.	

Senkung der Scheidenwand, Vorfall der Scheide und/oder der Gebärmutter

ohne Harninkontinenz oder mit geringer Stressinkontinenz (Grad I).....	0–10
mit stärkerer Harninkontinenz und/oder stärkeren Senkungsbeschwerden.	20–40
mit völliger Harninkontinenz.....	50–60
bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit.....	70
Ulzerationen sind ggf. zusätzlich zu bewerten.	

Isolierte Senkung der Scheidenhinterwand mit leichten Defäkationsstörungen0–10

Scheiden-Gebärmutteraplasie, ohne Plastik, nach Vollendung

des 14. Lebensjahres (einschließlich Sterilität)40

Kraurosis vulvae

geringen Grades (keine oder nur geringe Beschwerden).....	0–10
mäßigen Grades (erhebliche Beschwerden, keine Sekundärveränderungen)	20–30
stärkeren Grades (starke Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Sekundärveränderungen).....	40

Vollständige Entfernung der Vulva40

Nach Beseitigung eines malignen Scheidentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
in höheren Stadien.....	80

Nach Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0	50
sonst	80

15 Stoffwechsel, innere Sekretion

In diesem Abschnitt nicht erwähnte angeborene Stoffwechselstörungen sind analog und unter Berücksichtigung ihrer vielfältigen Auswirkungen zu beurteilen. Normabweichungen der Laborwerte bedingen für sich allein noch keinen GdS.

15.1 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente)	0
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen	10
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung erhöhen	20

Unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, je nach Stabilität der Stoffwechsellage (stabil oder mäßig schwankend).....	30-40
--	-------

Unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage einschließlich gelegentlicher schwerer Hypoglykämien	50
---	----

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

15.2 Gicht

Bei der Beurteilung des GdS sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke,

Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen.

15.3 Fettstoffwechselkrankheit

Der GdS ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese.....30

Alimentäre Fettsucht, Adipositas

Die Adipositas allein bedingt keinen GdS. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdS begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas per magna.

15.4 Phenylketonurie

ohne fassbare Folgeerscheinungen

im Kindesalter bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres30

danach bei Notwendigkeit weiterer Diäteeinnahme.....10

Beim Vorliegen eines Hirnschadens ist der GdS vor allem vom Ausmaß der geistigen Behinderung und weiterer Folgen (z. B. hirnorganische Anfälle) abhängig.

15.5 Mukoviszidose (zystische Fibrose)

unter Therapie Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung altersgemäß20

unter Therapie Aktivitäten und Lungenfunktion leicht eingeschränkt,
Gedeihen und Ernährung noch altersgemäß.....30–40

Aktivitäten und Lungenfunktion deutlich eingeschränkt,
häufig Gedeih- und Entwicklungsstörungen, Schulbesuch
und Erwerbstätigkeit in der Regel noch möglich.....50–70

schwere bis schwerste Einschränkung der Aktivitäten, der
Lungenfunktion und des Ernährungszustandes80–100

Folgekrankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Impotenz, Leberzirrhose)

sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

15.6 Schilddrüsenerkrankheiten

Schilddrüsenfunktionsstörungen sind gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Organkomplikationen (z. B. Exophthalmus, Trachealstenose) sind gesondert zu beurteilen. Bei der nicht operativ behandelten Struma richtet sich der GdS nach den funktionellen Auswirkungen.

Nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors ist in den ersten fünf

Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

nach Entfernung eines papillären oder follikulären Tumors,

ohne Lymphknotenbefall.....50

sonst80

Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

Tetanie

Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind.

15.7 Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)

Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Funktionsstörungen sind analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z. B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen.

Cushing-Syndrom

Der GdS wird bestimmt von der Muskelschwäche und den Auswirkungen an den verschiedenen Organsystemen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Osteoporose, psychische Veränderungen).

15.8 Porphyrrien

Erythropoetische Porphyrrie (Günther-Krankheit).....100

Hepatische Porphyrien

akut-intermittierende Porphyrie.....	30
Porphyria cutanea tarda ohne wesentliche Beschwerden.....	10

Organkomplikationen sind jeweils zusätzlich zu berücksichtigen.

16 Blut, blutbildende Organe, Immunsystem

Die Höhe des GdS bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems richtet sich nach der Schwere der hämatologischen Veränderungen, nach den Organfunktionsstörungen, nach den Rückwirkungen auf andere Organe, nach der Auswirkung auf den Allgemeinzustand und der Häufigkeit von Infektionen.

16.1 Verlust der Milz

bei Verlust im frühen Kindesalter, dann bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres	20
danach oder bei späterem Verlust.....	10

16.2 Hodgkin-Krankheit

im Stadium I bis IIIA

bei mehr als sechs Monate andauernder Therapie, bis zum Ende der Intensiv-Therapie je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand	60–100
nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	50

im Stadium IIIB und IV

bis zum Ende der Intensiv-Therapie.....	100
nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	60

16.3 Non-Hodgkin-Lymphome

16.3.1 Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte niedrigmaligne

Non-Hodgkin-Lymphome

mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden,

keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine
wesentliche Progredienz)30–40

mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)50–70

mit starken Auswirkungen, starke Progredienz
(z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie,
rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung).....80–100

Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von
drei Jahren (Heilungsbewährung).....50

16.3.2 Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

bis zum Ende der Intensiv-Therapie100
nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung).....80

16.4 Plasmozytom (Myelom)

mit geringen Auswirkungen (keine wesentliche Auswirkung auf den
Allgemeinzustand, keine Behandlungsbedürftigkeit, ohne
Beschwerden, keine wesentliche Progredienz)30–40

mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)50–70

mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie,
starke Schmerzen, Nierenfunktionseinschränkung)80–100

16.5 Chronische myeloische Leukämie

chronische Phase, je nach Auswirkung – auch der Behandlung –
auf den Allgemeinzustand, Ausmaß der Milzvergrößerung50–80

akute Phase (Akzeleration, Blastenschub)100

Andere chronische myeloproliferative Erkrankungen (z. B. Polycythaemia vera, essentielle Thrombozythämie, Osteomyelosklerose)

mit geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit)10–20

mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	30–40
mit stärkeren Auswirkungen (z. B. mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie).....	50–70
mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, starke Milzvergrößerung, Blutungs- und/oder Thromboseneigung)	80–100

16.6 Akute Leukämien

bis zum Ende der Intensiv-Therapie	100
danach für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	60

16.7 Myelodysplastische Syndrome

mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen)	10–20
mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen).....	30–40
mit stärkeren Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusions- bedürftigkeit, rezidivierende Infektionen)	50–80
mit starken Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, häufige Infektionen, Blutungsneigung,leukämische Transformation)	100

Aplastische Anämie (auch Panmyelopathie), Agranulozytose

Der GdS bei aplastischer Anämie oder Agranulozytose ist auch nach
Therapie analog zu den myelodysplastischen Syndromen zu bewerten.

16.8 Knochenmark- und Stammzelltransplantation

Nach autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist der
GdS entsprechend der Grundkrankheit zu beurteilen.

Nach allogener Knochenmarktransplantation für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung).....	100
---	-----

Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen und dem eventuellen Organschaden,
jedoch nicht niedriger als 30, zu bewerten.

16.9 Anämien

Symptomatische Anämien (z. B. Eisenmangelanämie, vitaminabhängige Anämien) sind in der Regel gut behandelbar und nur vorübergehender Natur.

Therapierefraktäre Anämien (z. B. bestimmte hämolytische Anämien, Thalassämie, Erythrozytenenzymdefekte)

mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen)0–10

mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen)20–40

mit starken Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit)50–70

16.10 Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten (je nach Blutungsneigung)

leichte Form

mit Restaktivität von antihämophilem Globulin (AHG) über 5%20

mittelschwere Form – mit 1–5 % AHG

mit seltenen Blutungen30–40

mit häufigen (mehrfach jährlich) ausgeprägten

Blutungen.....50–80

schwere Form – mit weniger als 1 % AHG80–100

Sonstige Blutungsleiden

ohne wesentliche Auswirkungen10

mit mäßigen Auswirkungen20–40

mit starken Auswirkungen (starke Blutungen bereits bei

leichten Traumen).....50–70

mit ständiger klinisch manifester Blutungsneigung (Spontanblutungen,

Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen)80–100

Eine Behandlung mit Antikoagulantien ist bei der Grundkrankheit (z. B. bei Herzklappen- und Gefäßprothesen, Thrombophilie) berücksichtigt. Wenn die Grundkrankheit nicht mehr besteht bzw. keinen GdS mehr bedingt, aber eine Weiterbehandlung mit Antikoagulantien erforderlich ist, kann – analog den sonstigen Blutungsleiden – in der Regel ein GdS von 10 angenommen werden.

16.11 Immundefekte

Angeborene Defekte der humoralen und zellulären Abwehr (z. B.

Adenosindesaminase-Defekt, DiGeorge-Syndrom, permanente

B-Zell-Defekte, septische Granulomatose)

ohne klinische Symptomatik0

trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit, aber keine außer-
gewöhnlichen Infektionen20–40

trotz Therapie neben erhöhter Infektanfälligkeit auch
außergewöhnliche Infektionen (ein bis zwei pro Jahr).....50

Bei schwereren Verlaufsformen kommt ein höherer GdS in Betracht.

Erworbenes Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion)

HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik10

HIV-Infektion mit klinischer Symptomatik

geringe Leistungsbeeinträchtigung (z. B. bei Lymphadenopathie
syndrom [LAS])30–40

stärkere Leistungsbeeinträchtigung (z. B. bei AIDS-related
complex [ARC])50–80

schwere Leistungsbeeinträchtigung (AIDS-Vollbild).....100

17 Haut

Bei der Beurteilung des GdS von Hautkrankheiten sind Art, Ausdehnung, Sitz, Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, Begleiterscheinungen (wie Jucken, Nässen, Brennen, unangenehme und

abstoßende Gerüche) und die Rezidivbereitschaft bzw. die Chronizität sowie die Notwendigkeit wiederholter stationärer Behandlung zu berücksichtigen. Bei Hautkrankheiten mit stark schwankendem Leidensverlauf kommt ein Durchschnitts-GdS in Betracht. Bei Kindern können sich Hautkrankheiten schwerer auswirken als bei Erwachsenen.

Narben können durch Ausdehnung, Beschaffenheit (z. B. Verhärtung, Verdünnung, Narbenzüge), Sitz oder Einwirkung auf ihre Umgebung zu Störungen führen. Bei flächenhaften Narben nach Verbrennungen, Verätzungen und ähnlichem muss außerdem die Beeinträchtigung der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan berücksichtigt werden. Diese Störungen bestimmen die Höhe des GdS.

Bei Entstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich Schwierigkeiten im Erwerbsleben, Unannehmlichkeiten im Verkehr mit fremden Menschen sowie seelische Konflikte ergeben können.

17.1 Ekzeme

Kontaktekzeme (z. B. irritatives und allergisches Kontaktekzem)

geringe Ausdehnung und bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0–10
Sonst.....	20–30

Atopisches Ekzem („Neurodermitis constitutionalis“, „endogenes Ekzem“)

geringe, auf die Prädilektionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend.....	0–10
bei länger dauerndem Bestehen.....	20–30
mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall	40
mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr	50

Seborrhoisches Ekzem

geringe Ausdehnung und Beschränkung auf die Prädilektionsstellen.....	0–10
sonst, je nach Ausdehnung	20–30

17.2 Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem

selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare
Noxen oder Allergene0–10

häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Noxen
oder Allergene20–30

schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf40–50

Eine systemische Beteiligung z. B. des Gastrointestinaltraktes oder des Kreislaufs ist ggf.
zusätzlich zu berücksichtigen.

17.3 Akne

Acne vulgaris

leichteren bis mittleren Grades0–10

schweren Grades mit vereinzelter Abszess- und Knotenbildung
und entsprechender erheblicher kosmetischer
Beeinträchtigung20–30

Acne conglobata

auf die Prädilektionsstellen begrenzte häufige Abszess- und
Fistelbildungen und lokalisationsbedingte Beeinträchtigungen30–40

schwerste Formen mit rezidivierenden eitrigen, vernarbenden
axilläringuinalen und nuchalen Abszessen (Acne triade)
und ggf. zusätzlicher Beteiligung des Pilonidalsinus
(Acne tetraade)wenigstens 50

17.4 Rosazea, Rhinophym

geringe Ausdehnung, kosmetisch nur wenig störend0–10

stärkere Ausdehnung, entstellende Wirkung20–30

17.5 Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes
(z. B. Lupus erythematosus, Dermatomyositis, progressive systemische
Sklerodermie)

auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei geringer
Ausdehnung.....0–10

auf die Prädilektionsstellen begrenzt bei stärkerer Ausdehnung,
je nach kosmetischer und funktioneller Auswirkung.....20–40

über die Prädilektionsstellen hinausgehend, ggf. Ulzerationen50–70

17.6 Blasenbildende Hautkrankheiten (z. B. Pemphigus, Pemphigoide)

bei begrenztem Haut- und Schleimhautbefall mit geringer Ausdehnung.....10

sonst20–40

bei generalisiertem Haut- und Schleimhautbefall50–80

in fortgeschrittenen Stadien bei schwerer Beeinträchtigung des
Allgemeinzustandes auch höher.

17.7 Psoriasis vulgaris

auf die Prädilektionsstellen beschränkt0–10

ausgedehnter, aber erscheinungsfreie Intervalle von Monaten.....20

bei andauerndem ausgedehnten Befall oder stark beeinträchtigendem
lokalen Befall (z. B. an den Händen)30–50

Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagelplatten) sowie
eine Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung sind zusätzlich zu bewerten.

17.8 Erythrodermien

bei leichter Intensität des Krankheitsprozesses.....40

bei mittlerer Intensität des Krankheitsprozesses ohne
wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand.....50–60

mit stärkerer Auswirkung auf den Allgemeinzustand.....70–80

17.9 Ichthyosis

leichte Form,

auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit
trockener Haut, mäßiger Schuppung, ohne wesentliche

Verfärbung.....0–10

mittlere Form

auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit
stärkerer Schuppung und Verfärbung.....20–40

schwere Form

mit ausgeprägter Schuppung und Verfärbung der gesamten
Haut, insbesondere der Gelenkbeugen und des Gesichts50–80

17.10 Mykosen

bei begrenztem Hautbefall.....0–10

bei Befall aller Finger- und Fußnägel, ggf. mit Zerstörung von
Nagelplatten.....20

Chronisch rezidivierendes Erysipel

ohne bleibendes Lymphödem.....10

sonst, je nach Ausprägung des Lymphödems.....20–40

Chronisch rezidivierender Herpes simplex

geringe Ausdehnung, bis zu dreimal im Jahr
rezidivierend0–10

größere Ausdehnung, häufiger rezidivierend.....20

17.11 Totaler Haarausfall

(mit Fehlen von Augenbrauen und Wimpern).....30

17.12 Naevus

Der GdS richtet sich allein nach dem Ausmaß einer eventuellen Entstellung.

Pigmentstörungen (z. B. Vitiligo)

an Händen und/oder Gesicht

gering.....10

ausgedehnter.....20

sonst0

17.13 Nach Entfernung eines malignen Tumors der Haut ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahmen: z. B. Basalzellkarzinome, Bowen-Krankheit, Melanoma in situ); GdS während dieser Zeit

nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I ([pT1 bis T2] pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien (pT1 bis T2) pN0 bis N2 M050

in anderen Stadien.....80

18 Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten

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.

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 Bild gebenden 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.

18.2 Entzündlich-rheumatische Krankheiten

(z. B. Bechterew-Krankheit)

ohne wesentliche Funktionseinschränkung	
mit leichten Beschwerden.....	10
mit geringen Auswirkungen	
(leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach	
Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität).....	20–40
mit mittelgradigen Auswirkungen	
(dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden,	
therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität)	50–70
mit schweren Auswirkungen	
(irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz)	80–100

Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen.

18.2.2 Kollagenosen (z. B. systemischer Lupus erythematodes, progressiv-systemische Sklerose, Polymyositis/Dermatomyositis),

18.2.3 Vaskulitiden (z. B. Panarteriitis nodosa, Polymyalgia rheumatica)

Die Beurteilung des GdS bei Kollagenosen und Vaskulitiden richtet sich nach Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie den Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, wobei auch eine Analogie zu den Muskelkrankheiten in Betracht kommen kann. Für die Dauer einer über sechs Monate anhaltenden aggressiven Therapie soll ein GdS von 50 nicht unterschritten werden.

18.3 Bei der Beurteilung nicht-entzündlicher Krankheiten der Weichteile kommt es auf Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie auf die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand an.

18.4 Fibromyalgie

Die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungs-Syndrome (z. B. CFS/MCS) sind jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

18.5 Chronische Osteomyelitis

Bei der Beurteilung des GdS sind die aus der Lokalisation und Ausdehnung des Prozesses sich ergebende Funktionsstörung, die dem Prozess innewohnende Aktivität und ihre Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und außerdem etwaige Folgekrankheiten (z. B. Anämie, Amyloidose) zu berücksichtigen. Bei ausgeprägt schubförmigem Verlauf ist ein Durchschnitts-GdS zu bilden.

Ruhende Osteomyelitis (Inaktivität wenigstens 5 Jahre)0–10

Chronische Osteomyelitis

geringen Grades

(eng begrenzt, mit geringer Aktivität, geringe Fisteleiterung) mindestens 20

mittleren Grades

(ausgedehnterer Prozess, häufige oder ständige Fisteleiterung, Aktivitätszeichen auch in Laborbefunden) mindestens 50

schweren Grades

(häufige schwere Schübe mit Fieber, ausgeprägter Infiltration der Weichteile, Eiterung und Sequesterabstoßung, erhebliche Aktivitätszeichen in den Laborbefunden) mindestens 70

Eine wesentliche Besserung wegen Beruhigung des Prozesses kann erst angenommen werden, wenn nach einem Leidensverlauf von mehreren Jahren seit wenigstens zwei Jahren – nach jahrzehntelangem Verlauf seit fünf Jahren – keine Fistel mehr bestanden hat und auch aus den weiteren Befunden (einschl. Röntgenbildern und Laborbefunden) keine Aktivitätszeichen mehr erkennbar gewesen sind. Dabei ist in der Regel der GdS nur um 20 bis 30 Punkte niedriger einzuschätzen und zwei bis vier Jahre lang noch eine weitere Heilungsbewährung abzuwarten, bis der GdS nur noch von dem verbliebenen Schaden bestimmt wird.

18.6 Muskelkrankheiten

Bei der Beurteilung des GdS ist von folgenden Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen:

Muskelschwäche

mit geringen Auswirkungen (vorzeitige Ermüdung, gebrauchtsabhängige Unsicherheiten).....20–40

mit mittelgradigen Auswirkungen (zunehmende Gelenkkontrakturen und Deformitäten, Aufrichten aus dem Liegen nicht mehr möglich, Unmöglichkeit des Treppensteigens)50–80

mit schweren Auswirkungen (bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit und Gebrauchsunsfähigkeit der Arme)90–100

Zusätzlich sind bei einzelnen Muskelkrankheiten Auswirkungen auf innere Organe (z. B. Einschränkung der Lungenfunktion und/oder der Herzleistung durch Brustkorbdeformierung) oder Augenmuskel-, Schluck- oder Sprechstörungen (z. B. bei der Myasthenie) zu berücksichtigen.

18.7 Kleinwuchs

Körpergröße nach Abschluss des Wachstums

über 130 bis 140 cm30–40
über 120 bis 130 cm50

Bei 120 cm und darunter kommen entsprechend höhere Werte in Betracht.

Dieser GdS ist auf harmonischen Körperbau bezogen.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind (z. B. bei Achondroplasie, bei Osteogenesis imperfecta) mit

dem Kleinwuchs verbundene Störungen wie

- mangelhafte Körperproportionen,
- Verbildungen der Gliedmaßen,
- Störungen der Gelenkfunktion, Muskelfunktion und Statik,
- neurologische Störungen,
- Einschränkungen der Sinnesorgane,
- endokrine Ausfälle und
- außergewöhnliche psychoreaktive Störungen.

18.8 Großwuchs

Großwuchs allein rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdS. Auf psychoreaktive Störungen ist besonders zu achten.

18.9 Wirbelsäulenschäden

Der GdS bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte.

Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte Wirbelsäulensyndrome (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie, sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten.

Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität0

mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung,
rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades,

auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome)	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome)	30
mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten	30–40
mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb])	50–70
bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehufähigkeit	80–100

Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen – oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose – sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z. B. Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdS über 30 in Betracht kommen.

Das neurogene Hinken ist etwas günstiger als vergleichbare Einschränkungen des Gehvermögens bei arteriellen Verschlusskrankheiten zu bewerten.

18.10 Beckenschäden

ohne funktionelle Auswirkungen	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (z. B. stabiler Beckenring, degenerative Veränderungen der Kreuz-Darmbeingelenke)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen (z. B. instabiler Beckenring einschl. Sekundärarthrose)	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen und Deformierung	30–40

18.11 Gliedmaßenschäden, Allgemeines

Der GdS bei Gliedmaßenschäden ergibt sich aus dem Vergleich mit dem GdS für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust.

Die aufgeführten GdS für Gliedmaßenverluste gehen – soweit nichts anderes erwähnt ist – von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht.

Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdS eine Änderung erfährt.

Bei der Bewertung des GdS von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe Pseudarthrosen günstiger sind als schlaffe.

Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdS außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

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

Folgende Mindest- GdS sind angemessen:

Hüftgelenk

Einseitig	20
Beidseitig	40

Kniegelenk

Einseitig	30
Beidseitig	50

Endoprothesen anderer großer Gelenke sind entsprechend den Kniegelenksendo-
prothesen zu bewerten.

Aseptische Nekrosen

Hüftkopfnekrosen (z. B. Perthes-Krankheit) während der notwendigen Entlastung	70
Lunatum-Malazie während der notwendigen Immobilisierung	30

18.13 Schäden der oberen Gliedmaßen

Extremitätenverlust

Verlust eines Armes und Beines.....	100
Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf.....	80

Unter einem sehr kurzen Oberarmstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche
Funktionseinbuße wie der Verlust des Armes im Schultergelenk zur Folge hat. Das ist
immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Collum chirurgicum liegt.

Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk	70
Verlust eines Armes im Unterarm.....	50
Verlust eines Armes im Unterarm mit einer Stumpflänge bis 7 cm	60
Verlust der ganzen Hand	50
Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung bei gut beweglichem Schultergürtel.....	30

Eine Versteifung im Schultergelenk in einem Abspreizwinkel um ca. 45° und leichter Vorhalte gilt als funktionell günstig.

Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung oder bei gestörter Beweglichkeit des Schultergürtels.....40–50

Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel)

Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit.....10

Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit.....20

Instabilität des Schultergelenks

geringen Grades, auch seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr).....10

mittleren Grades, auch häufigere Ausrenkung20–30

schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch ständige Ausrenkung.....40

Schlüsselbeinpseudarthrose

straff.....0–10

schlaff20

Verkürzung des Armes bis zu 4 cm bei freier Beweglichkeit der großen Armgelenke0

Oberarmpseudarthrose

straff.....20

schlaff40

Riss der langen Bizepssehne0–10

Versteifung des Ellenbogengelenks einschließlich Aufhebung der Unterarmdrehbewegung

in günstiger Stellung.....30

in ungünstiger Stellung.....40–50

Die Versteifung in einem Winkel zwischen 80° und 100° bei mittlerer Pronationsstellung des Unterarms ist als günstige Gebrauchsstellung aufzufassen.

Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk

geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0-30-120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit).....0-10

stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit).....20-30

Isolierte Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit

in günstiger Stellung (mittlere Pronationsstellung)10

in ungünstiger Stellung20

in extremer Supinationsstellung.....30

Ellenbogen-Schlottergelenk.....40

Unterarmpseudarthrose

straff.....20

schlaff40

Pseudarthrose der Elle oder Speiche10-20

Versteifung des Handgelenks

in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension).....20

in ungünstiger Stellung30

Bewegungseinschränkung des Handgelenks

geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30-0-40).....0-10

stärkeren Grades20-30

Nicht oder mit Deformierung verheilte Brüche oder Luxationen der Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhandknochen mit sekundärer Funktionsbeeinträchtigung.....10-30

Versteifung eines Daumengelenks in günstiger Stellung0-10

Versteifung beider Daumengelenke und des Mittelhand- Handwurzelgelenks in günstiger Stellung.....	20
Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung).....	0–10
Versteifungen der Finger in Streck- oder starker Beugstellung sind oft störender als ein glatter Verlust.	
Verlust des Daumenendgliedes.....	0
Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes.....	10
Verlust eines Daumens.....	25
Verlust beider Daumen.....	40
Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen.....	30
Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens.....	10
Verlust von zwei Fingern	
mit Einschluss des Daumens.....	30
II+III, II+IV.....	30
sonst.....	25
Verlust von drei Fingern	
mit Einschluss des Daumens.....	40
II+III+IV.....	40
sonst.....	30
Verlust von vier Fingern	
mit Einschluss des Daumens.....	50
sonst.....	40
Verlust der Finger II bis V an beiden Händen.....	80

Verlust aller fünf Finger einer Hand.....	50
Verlust aller zehn Finger.....	100

Obige Sätze gelten für den Gesamtverlust der Finger bei reizlosen Stumpfverhältnissen. Bei Verlust einzelner Fingerglieder sind sie herabzusetzen, bei schlechten Stumpfverhältnissen zu erhöhen.

Fingerstümpfe im Mittel- und Endgelenk können schmerzhaft Narbenbildung und ungünstige Weichteildeckung zeigen. Empfindungsstörungen an den Fingern, besonders an Daumen und Zeigefinger, können die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen.

Nervenausfälle (vollständig)

Armplexus.....	80
oberer Armplexus	50
unterer Armplexus	60
N. axillaris	30
N. thoracicus longus	20
N. musculocutaneus	20
N. radialis	
ganzer Nerv	30
mittlerer Bereich oder distal	20
N. ulnaris	
proximal oder distal.....	30
N. medianus	
proximal	40
distal	30
Nn. radialis und axillaris.....	50
Nn. radialis und ulnaris	50
Nn. radialis und medianus	50
Nn. ulnaris und medianus.....	50
Nn. radialis, ulnaris und medianus im Vorderarmbereich	60

Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen; Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.

18.14 Schäden der unteren Gliedmaßen

Verlust beider Beine im Oberschenkel	100
Verlust eines Beines im Oberschenkel und eines Beines im Unterschenkel.....	100
Verlust eines Beines und Armes.....	100
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf.....	80
Unter einem sehr kurzen Oberschenkelstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funk- tionseinbuße wie der Verlust des Beines im Hüftgelenk bedingt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Trochanter minor liegt.	
Verlust eines Beines im Oberschenkel (einschl. Absetzung nach Gritti)	70
Notwendigkeit der Entlastung des ganzen Beines (z. B. Sitzbeinabstützung).....	70
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	50
Notwendigkeit der Entlastung eines Unterschenkels (z. B. Schienbeinkopfabstützung)	50
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	60
Verlust beider Beine im Unterschenkel.....	80
bei einseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen.....	90
bei beidseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen.....	100
Teilverlust eines Fußes, Absetzung nach Pirogow	
einseitig, guter Stumpf.....	40
beidseitig	70

nach Chopart

einseitig, guter Stumpf.....	30
einseitig, mit Fußfehlstellung	30–50
beidseitig	60

nach Lisfranc oder im Bereich der Mittelfußknochen nach Sharp

einseitig, guter Stumpf.....	30
einseitig, mit Fußfehlstellung	30–40
beidseitig	50

Verlust einer Zehe0

Verlust einer Großzehe.....10

Verlust einer Großzehe mit Verlust des Köpfchens des I. Mittelfußknochens.....20

Verlust der Zehen II bis V oder I bis III10

Verlust aller Zehen an einem Fuß20

Verlust aller Zehen an beiden Füßen30

Versteifung beider Hüftgelenke je nach Stellung.....80–100

Versteifung eines Hüftgelenks

in günstiger Stellung40

Die Versteifung eines Hüftgelenks in leichter Abspreizstellung von ca. 10°, mittlerer Drehstellung und leichter Beugstellung gilt als günstig.

in ungünstiger Stellung50–60

Ungünstig sind Hüftgelenkversteifungen in stärkerer Adduktions-, Abduktions-oder Beugstellung.

Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke

geringen Grades

(z. B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)

einseitig10–20

beidseitig20–30

mittleren Grades

(z. B. Streckung/Beugung bis zu 0-30-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit)

einseitig30

beidseitig	50
stärkeren Grades	
einseitig	40
beidseitig	60–100
Hüftdysplasie (einschl. so genannte angeborene Hüftluxation)	
für die Dauer der vollständigen Immobilisierung.....	100
danach bis zum Abschluss der Spreizbehandlung.....	50
Anschließend und bei unbehandelten Fällen richtet sich der GdS nach der Instabilität und der Funktionsbeeinträchtigung.	
Hüftgelenksresektion je nach Funktionsstörung.....	50–80
Schnappende Hüfte.....	0–10
Beinverkürzung	
bis 2,5 cm	0
über 2,5 cm bis 4 cm	10
über 4 cm bis 6 cm	20
über 6 cm.....	wenigstens 30
Oberschenkel pseudarthrose	
straff.....	50
schlaff	70
Faszienlücke (Muskelhernie) am Oberschenkel.....	0–10
Versteifung beider Kniegelenke.....	80
Versteifung eines Kniegelenks	
in günstiger Stellung (Beugestellung von 10–15°).....	30
in ungünstiger Stellung	40–60
Lockerung des Kniebandapparates	
muskulär kompensierbar	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit.....	20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung	30–50

Kniescheibenbruch

nicht knöchern verheilt ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates.....	10
nicht knöchern verheilt mit Funktionseinschränkung des Streckapparates.....	20–40

Habituelle Kniescheibenverrenkung

seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr).....	0–10
häufiger.....	20

Bewegungseinschränkung im Kniegelenk

geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90)	
einseitig	0–10
beidseitig	10–20

mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90)	
einseitig	20
beidseitig	40

stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90)	
einseitig	30
beidseitig	50

Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II – IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig	
ohne Bewegungseinschränkung	10–30
mit Bewegungseinschränkung.....	20–40

Schienbeinpseudarthrose

straff.....	20–30
schlaff	40–50

Teilverlust oder Pseudarthrose des Wadenbeins	0–10
---	------

Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung (Plantarflexion um 5° bis 15°)	20
---	----

Versteifung des unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung (Mittelstellung)	10
Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks	
in günstiger Stellung	30
in ungünstiger Stellung	40
Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk	
geringen Grades	0
mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30).....	10
stärkeren Grades	20
Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk	0–10
Klumpfuß je nach Funktionsstörung	
einseitig.....	20–40
beidseitig.....	30–60
Andere Fußdeformitäten	
ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch).....	0
mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung	
geringen Grades.....	10
stärkeren Grades.....	20
Versteifung aller Zehen eines Fußes	
in günstiger Stellung	10
in ungünstiger Stellung	20
Versteifungen oder Verkrümmungen von Zehen außer der Großzehe.....	0
Versteifung der Großzehengelenke	
in günstiger Stellung	0–10
in ungünstiger Stellung (z. B. Plantarflexion im Grundgelenk	

über 10°)20

Narben nach größeren Substanzverlusten an Ferse und Fußsohle

mit geringer Funktionsbehinderung10

mit starker Funktionsbehinderung20–30

Nervenausfälle (vollständig)

Plexus lumbosacralis80

N. glutaesus superior.....20

N. glutaesus inferior.....20

N. cutaneus femoralis lat10

N. femoralis.....40

N. ischiadicus

 proximal60

 distal (Ausfall der Nn. peronaeus communis und tibialis)50

N. peronaeus communis oder profundus.....30

N. peronaeus superficialis20

N. tibialis30

Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen. Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.

Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines80

Teil C Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht

1. Ursachenbegriff

- a) Der versorgungsrechtliche Ursachenbegriff ist nicht identisch mit dem medizinischen.
- b) Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze ist die Bedingung im naturwissenschaftlich- philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, sind sie versorgungsrechtlich nur dann nebeneinander stehende Mitursachen (und wie Ursachen zu werten), wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind. Kommt einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, ist dieser Umstand allein Ursache im Sinne des Versorgungsrechts.
- c) Die Ursache braucht nicht zeitlich eng begrenzt zu sein. Es können auch dauernde oder wiederkehrende kleinere äußere Einwirkungen in ihrer Gesamtheit eine Gesundheitsstörung verursachen.
- d) "Gelegenheitsursachen", letzter Anstoß, Anlass sind begrifflich keine wesentlichen Bedingungen. Eine „Gelegenheitsursache“ kann nur dann angenommen werden, wenn der Gesundheitsschaden mit Wahrscheinlichkeit auch ohne das angeschuldigte Ereignis durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd derselben Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß eingetreten wäre. So wird bei konstitutionsbedingten Leiden oft ein unwesentlicher äußerer Anlass von der Antrag stellenden Person als Ursache verantwortlich gemacht, z. B. das Heben von leichten Gegenständen für das Auftreten von Hernien. In solchen Fällen hat die äußere Einwirkung bei der Entstehung der Krankheit nicht wesentlich mitgeholfen, sondern sie hat nur innerhalb einer bereits bestehenden Störung einem besonders charakteristischen Krankheitssymptom zum Durchbruch verholfen. Das Wort „Auslösung“ ist bei der Erörterung zu vermeiden, der Begriff ist zu unbestimmt. Bei der Beurteilung ist klarzustellen, welcher der zur Diskussion stehenden ätiologischen Faktoren die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Erfolges und damit Ursache im versorgungsrechtlichen Sinne ist.
- e) Der Ursachenbegriff spielt eine Rolle bei der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen schädigendem Vorgang und Gesundheitsstörung oder Tod, des besonderen beruflichen Betroffenseins, der Hilflosigkeit, der Voraussetzungen für den Pauschbetrag für den Kleider- oder Wäscheverschleiß sowie im Bereich der Kriegsopferversorge und der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen.

2. Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs

- a) Zu den Fakten, die vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs geklärt („voll bewiesen“) sein müssen, gehören der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung.
- b) Der schädigende Vorgang ist das Ereignis, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, wie z. B. die Detonation eines Sprengkörpers, ein Kraftfahrzeugunfall, die Übertragung von Krankheitserregern oder eine Vergewaltigung. Auch besondere Belastungen, wie sie z. B. im Fronteinsatz, in Kriegsgefangenschaft, bei Dienstverrichtungen in bestimmten Ausbildungsstufen der Bundeswehr oder in rechtsstaatswidriger Haft in der ehemaligen DDR gegeben sein können, zählen dazu. Relativ selten sind daneben Auswirkungen von außerhalb der Dienstverrichtungen liegenden diensteigentümlichen Verhältnissen in Betracht zu ziehen; diensteigentümliche Verhältnisse sind die besonderen, von den Verhältnissen des zivi-

len Lebens abweichenden und diesen in der Regel fremden Verhältnisse des Dienstes (z. B. das enge Zusammenleben in einer Kaserne). Unfall ist ein auf äußeren Einwirkungen beruhendes plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis.

- c) Die gesundheitliche Schädigung ist die primäre Beeinträchtigung der Gesundheit durch den schädigenden Vorgang, wie z. B. die Verwundung, die Verletzung durch Unfall, die Resistenzminderung durch Belastung. Die verbleibende Gesundheitsstörung ist die Schädigungsfolge (Wehrdienstbeschädigungsfolge [WDB-Folge], Zivildienstbeschädigungsfolge [ZDB-Folge] usw.).
- d) Zwischen dem schädigenden Vorgang und der Gesundheitsstörung muss eine nicht unterbrochene Kausalkette bestehen, die mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Erfahrungen im Einklang steht. Dabei sind Brückensymptome oft notwendige Bindeglieder. Fehlen Brückensymptome, so ist die Zusammenhangsfrage besonders sorgfältig zu prüfen und die Stellungnahme anhand eindeutiger objektiver Befunde überzeugend wissenschaftlich zu begründen.
- e) Für eine Reihe von Erkrankungen, für die eine traumatische Entstehung in Betracht kommt, muss auch eine lokale Beziehung zwischen dem Ort der traumatischen Einwirkung und dem Krankheitsherd vorliegen, z. B. bei Geschwülsten oder Osteomyelitis.
- f) Die Fakten, auf die sich die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs gründet, müssen voll bewiesen sein. Das bedeutet, dass sie belegt sein müssen oder dass – wenn Belege nicht zu beschaffen sind – zumindest nach den gegebenen Umständen (z. B. auch aufgrund einer Glaubhaftmachung) die Überzeugung zu gewinnen ist, dass es so und nicht anders gewesen ist.

3. Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs

- a) Für die Annahme, dass eine Gesundheitsstörung Folge einer Schädigung ist, genügt versorgungsrechtlich die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Sie ist gegeben, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Mit besonderer Sorgfalt ist das Für und Wider abzuwägen. Auch bei schwierigen Zusammenhangsfragen soll man bemüht sein, im Gutachten zu einer verwertbaren Beurteilung zu kommen.
- b) Grundlage für die medizinische Beurteilung sind die von der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung vertretenen Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese. Es genügt nicht, dass ein einzelner Wissenschaftler oder eine einzelne Wissenschaftlerin eine Arbeitshypothese aufgestellt oder einen Erklärungsversuch unternommen hat. Es kommt auch nicht allein auf die subjektive Auffassung der beurteilenden Person an.
- c) Vielfach lässt allein der große zeitliche Abstand ohne Brückensymptome den ursächlichen Zusammenhang unwahrscheinlich erscheinen. Die angemessene zeitliche Verbindung ist in der Regel eine Voraussetzung für die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Andererseits kann die zeitliche Verbindung zwischen einer Gesundheitsstörung und dem geleisteten Dienst für sich allein die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nicht begründen. Die Tatsache, dass z. B. ein Soldat beim Eintritt in den Dienst gesund war, dass er den Einflüssen des Dienstes ausgesetzt war und dass eine Krankheit während der Dienstzeit entstanden oder hervorgetreten ist, reicht für die Annahme einer Schädigungsfolge nicht aus. Es muss vielmehr der ungünstige Einfluss einer be-

stimmten Dienstverrichtung oder allgemeiner dienstlicher Verhältnisse auf die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit dargelegt werden, da Krankheiten aller Art, insbesondere innere Leiden, zu jeder Zeit auch ohne wesentliche Mitwirkung eines schädigenden Vorgangs entstehen können.

- d) Aus dem Umstand, dass der Zusammenhang der Gesundheitsstörung mit einem schädigenden Vorgang nach wissenschaftlicher Erkenntnis nicht ausgeschlossen werden kann, lässt sich nicht folgern, dass er darum wahrscheinlich sei. Ebenso wenig kann das Vorliegen einer Schädigungsfolge bejaht werden, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist.

4. Kannversorgung

- a) Abweichend von den oben erläuterten Grundsätzen kann nach § 1 Abs. 3 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) eine Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht (Kannversorgung). Eine gleichlautende Bestimmung enthalten auch alle weiteren Gesetze des sozialen Entschädigungsrechts.
- b) Folgende medizinische Voraussetzungen müssen erfüllt sein:
- aa) Über die Ätiologie und Pathogenese des Leidens darf keine durch Forschung und Erfahrung genügend gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Auffassung herrschen. Eine von der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung abweichende persönliche Ansicht einer sachverständigen Person erfüllt nicht den Tatbestand einer Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft.
- bb) Wegen mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen darf die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen oder Schädigungsfolgen für die Entstehung und den Verlauf des Leidens nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können. Ein ursächlicher Einfluss der im Einzelfall vorliegenden Umstände muss in den wissenschaftlichen Arbeitshypothesen als theoretisch begründet in Erwägung gezogen werden. Ist die ursächliche Bedeutung bestimmter Einflüsse trotz mangelnder Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese wissenschaftlich nicht umstritten, so muss gutachterlich beurteilt werden, ob der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist.
- cc) Zwischen der Einwirkung der wissenschaftlich in ihrer ursächlichen Bedeutung umstrittenen Umstände und der Manifestation des Leidens oder der Verschlimmerung des Krankheitsbildes muss eine zeitliche Verbindung gewahrt sein, die mit den allgemeinen Erfahrungen über biologische Verläufe und den in den wissenschaftlichen Theorien vertretenen Auffassungen über Art und Wesen des Leidens in Einklang steht.
- c) Ungewissheiten im Sachverhalt, die von der Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft über die Ursachen des Leidens unabhängig sind, rechtfertigen die Anwendung der Kannvorschrift nicht; dies ist insbesondere der Fall, wenn rechtserhebliche Zweifel über den Zeitpunkt des Leidensbeginns bestehen, weil die geltend gemachten Erstsymptome mehrdeutig sind, oder wenn das Leiden diagnostisch nicht ausreichend geklärt ist.
- d) Ist bei einem Leiden eine Kannversorgung generell in Betracht zu ziehen, muss trotzdem anhand des Sachverhaltes des Einzelfalles stets zuerst geprüft werden, ob der ursächliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit zu beurteilen ist.

Lässt sich dabei die Frage des ursächlichen Zusammenhangs bereits in ihrer Gesamtheit entscheiden, so entfällt eine Kannversorgung. Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nur für einen Teil des Gesamtleidens gegeben, so ist zu prüfen, ob für den verbleibenden Teil des Leidens die Voraussetzungen für eine Kannversorgung erfüllt sind.

- e) Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einem als Schädigungsfolge anerkannten Leiden und einem neuen Leiden nicht gegeben, weil über die Ursache des neuen Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, so ist eine Kannversorgung nur dann gerechtfertigt, wenn das als Ursache in Betracht kommende Leiden aus heutiger Sicht zu Recht anerkannt worden ist. Das heißt bei der Überprüfung der früheren Entscheidung müsste unter Berücksichtigung jeweils neuester medizinischer Erkenntnisse das anerkannte Leiden erneut als Schädigungsfolge anerkannt werden. Kommt bei einem Leiden, für das bereits teilweise eine Versorgung als Rechtsanspruch besteht, über diesen Anteil hinaus eine Kannversorgung in Betracht, so kann diese nur gewährt werden, wenn der als Schädigungsfolge anerkannte Teil des Leidens, der als mögliche Ursache für eine weitergehende Versorgung erörtert wird, zu Recht anerkannt worden ist, oder wenn für den als Schädigungsfolge anerkannten Teil des Leidens die Voraussetzungen für eine Kannversorgung erfüllt sind.
- f) Kann die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen oder von zu Recht als Schädigungsfolge anerkannten Leiden für die Verschlimmerung eines schädigungsunabhängig entstandenen Leidens wegen der insoweit in der medizinischen Wissenschaft bestehenden Ungewissheit nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, so sind bei der Bemessung des Verschlimmerungsanteils das Ausmaß des Vorschadens, die Art des Leidens, die ihm innewohnende Entwicklungstendenz und der weitere Leidensverlauf zu berücksichtigen. Bei klar abgrenzbaren Verschlimmerungsanteilen ist der GdS in der auch sonst üblichen Weise zu bilden; bei späteren, erneut abgrenzbaren (z. B. schubartigen) Verschlechterungen des Leidens ist dann zu prüfen, ob diese nun mehr mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können (z. B. nach langem, schubfreiem Intervall oder bei Einwirkung von neuen, in ihrer ursächlichen Bedeutung bekannten Faktoren). Bei nicht klar abgrenzbaren Verschlimmerungen – wenn also die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen auch für den weiteren Verlauf nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann (z. B. bei chronisch-progredienten Verlaufsformen) – kann je nach Ausmaß des Vorschadens und der hieraus ableitbaren Entwicklungstendenz des Leidens ein Bruchteil des jeweiligen Gesamtleidens oder auch der gesamte Leidenszustand in die Kannversorgung einbezogen werden.

5. Mittelbare Schädigungsfolgen

Mittelbare Schädigungsfolgen sind Gesundheitsstörungen, die durch ein äußeres Ereignis, das seine Ursache in einem schädigungsbedingten Leiden hat, herbeigeführt worden sind. Die mittelbaren Schädigungsfolgen werden versorgungsrechtlich wie unmittelbare Schädigungsfolgen behandelt. Ein in der Eigenart eines Leidens liegender Folgeschaden ist keine mittelbare, sondern eine unmittelbare Schädigungsfolge.

6. Absichtlich herbeigeführte Schädigungen

Eine von der beschädigten Person absichtlich herbeigeführte Schädigung gilt nicht als Schädigung im Sinne der Versorgungsgesetze. Absichtlich herbeigeführt ist sie dann, wenn sie von der beschädigten Person erstrebt war. Selbsttötung und die Folgen eines Selbsttötungsversuches oder einer Selbstverletzung sind nicht absichtlich

herbeigeführt, wenn eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch versorgungsrechtlich geschützte Tatbestände wahrscheinlich ist.

7. Anerkennung im Sinne der Entstehung und Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung

- a) Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung im Sinne der Entstehung setzt voraus, dass zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges noch kein dieser Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches physisches oder psychisches Geschehen vorhanden war. Dies gilt auch, wenn auf eine Disposition zu der Gesundheitsstörung geschlossen werden kann. Sofern zur Zeit der Einwirkung des schädigenden Vorganges bereits ein einer Gesundheitsstörung zugehöriges pathologisches physisches oder psychisches Geschehen, wenn auch noch nicht bemerkt, vorhanden war, kommt nur eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung in Frage, falls die äußere Einwirkung entweder den Zeitpunkt vorverlegt hat, an dem das Leiden sonst in Erscheinung getreten wäre, oder das Leiden in schwererer Form aufgetreten ist, als es sonst zu erwarten gewesen wäre. Von diesem Begriff der Verschlimmerung ist der Begriff der Verschlimmerung im Sinne einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse zu unterscheiden.
- b) Bei weiterer Verschlechterung sowohl im Sinne der Entstehung als auch im Sinne der Verschlimmerung anerkannter Gesundheitsstörungen ist jeweils zu prüfen, ob die Leidenszunahme noch auf eine Schädigung ursächlich zurückzuführen ist.
- c) Bei der ärztlichen Begutachtung muss abgewogen werden, ob nur die eigengesetzliche Entwicklung eines Leidens vorliegt oder ob dienstliche oder außerdienstliche Einwirkungen als wesentliche Bedingung einen Einfluss auf die Stärke der Krankheitserscheinungen und auf die Schnelligkeit des Fortschreitens hatten.

8. Arten der Verschlimmerung

Medizinisch gesehen unterscheidet man verschiedene Arten der Verschlimmerung. Ein schädigender Vorgang kann nur vorübergehend zu einer Zunahme des Krankheitswertes und damit zu keiner oder nicht zu einem bleibenden schädigungsbedingten GdS führen; er kann anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen und damit zu einem gleichbleibenden schädigungsbedingten GdS führen; er kann aber auch den weiteren Krankheitsverlauf richtungsgebend bestimmen und damit Anlass zu einem ansteigenden schädigungsbedingten GdS sein. Häufig wird erst nach längerer Beobachtung des Verlaufs zu beurteilen sein, wie weit der Einfluss des schädigenden Vorgangs reicht. Das Ausmaß der Verschlimmerung ist für die Festsetzung des GdS von wesentlicher Bedeutung. Hierbei müssen in jedem Fall die durch die Gesundheitsstörung bewirkte Gesamt-GdS sowie der GdS für den Verschlimmerungsanteil durch Schädigungsfolgen und das Ausmaß des Vorschadens angegeben werden. Unabhängig von der medizinischen Beurteilung der Art der Verschlimmerung muss bei jeder weiteren Zunahme des Krankheitswertes der ursächliche Zusammenhang dieser Weiterentwicklung neu beurteilt werden.

9. Fehlen einer fachgerechten Behandlung

Gesundheitsstörungen, bei deren Auftreten schädigende Einwirkungen nicht mitgewirkt haben, können in ihrem Verlauf in einen ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen kommen, wenn durch dienst- oder haftenrechtliche Verhältnisse oder Schädigungsfolgen eine fachgerechte und wahrscheinlich erfolgreiche Behandlung nicht oder zu spät durchgeführt wird.

10. Folgen von diagnostischen Eingriffen, vorbeugenden und therapeutischen Maßnahmen

- a) Die Folgen von diagnostischen Eingriffen, Operationen oder anderen Behandlungsmaßnahmen, die wegen Schädigungsfolgen durchgeführt werden, sind Schädigungsfolgen.
- b) Wenn derartige Maßnahmen wegen schädigungsunabhängiger Gesundheitsstörungen vorgenommen werden, kommt eine Annahme nachteiliger Folgen als Schädigungsfolge in Betracht, wenn
 - aa) eine Duldungspflicht von Maßnahmen zur Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bestand,
 - bb) die Behandlung auf den Dienst oder die dem Dienst (oder einer Haft) eigentümlichen Verhältnisse zurückzuführen war.

Für die Annahme nachteiliger gesundheitlicher Folgen einer Behandlung sind in jedem Fall ein Ursachenzusammenhang zwischen der Behandlung und einer gesundheitlichen Schädigung sowie die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen dieser Schädigung und ihren gesundheitlichen Folgen erforderlich. Der Dienst oder dienst-(bzw. haft-)eigentümliche Verhältnisse sind dann nicht wesentliche Bedingung für nachteilige gesundheitliche Folgen einer Behandlung, wenn andere Umstände eine überwiegende Bedeutung erlangt haben. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn eine Behandlung wegen eines tatsächlich oder vermeintlich lebensbedrohlichen Zustands durchgeführt wurde und nachteilige gesundheitliche Folgen nicht auf eine unsachgemäße Behandlung zurückzuführen sind. Der Umstand, dass eine Behandlung in einem Lazarett bzw. Bundeswehrkrankenhaus vorgenommen wurde, bietet allein noch keinen Grund, weitere Folgen der Krankheit als Schädigung bzw. Schädigungsfolgen anzusehen. Nachteilige gesundheitliche Folgen sind solche, die außerhalb des mit der Behandlung angestrebten Heilerfolges liegen. Die Unterlassung einer gebotenen Maßnahme steht hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen ihrer Vornahme gleich.

11. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod

- a) Der Tod ist die Folge einer Schädigung, wenn er durch sie verursacht worden ist.
- b) Wenn eine beschädigte Person an einem Leiden stirbt, das als Folge einer Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war, dass heißt, wenn die anerkannte Gesundheitsstörung den Tod verursacht hat, gilt der Tod stets als Schädigungsfolge (Rechtsvermutung). Diese Rechtsvermutung erlaubt es, im Gutachten die Stellungnahme auf die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tod und anerkannter Schädigungsfolge zu beschränken. Eine nochmalige Stellungnahme zur Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Dienst und anerkannter Schädigungsfolge erübrigt sich daher, es sei denn, dass Umstände bekannt werden, die auf eine zweifelsfreie Unrichtigkeit des bisherigen Anerkennnisses hinweisen.
- c) Stirbt eine beschädigte Person an einem im Sinne der Verschlimmerung anerkannten Leiden, so trifft die Rechtsvermutung zu, wenn die schädigungsbedingte Verschlimmerung für den Tod ursächlich gewesen ist. Ob dies der Fall war, bedarf einer Prüfung unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Ein-

zelfalles und unter Wertung der mitwirkenden, nicht schädigungsbedingten Umstände. Die Höhe des für den Verschlimmerungsanteil anerkannten GdS gibt dabei nicht den Ausschlag, vielmehr sind die tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Todes für die Beurteilung maßgebend.

- d) Haben zum Tod mehrere Leiden beigetragen, die nicht alle Schädigungsfolgen sind, dann ist unter Anwendung des versorgungsrechtlichen Ursachenbegriffs zu prüfen, ob die Schädigungsfolgen zumindest eine annähernd gleichwertige Bedeutung für den Eintritt des Todes hatten. In seltenen Fällen kann bei dieser Beurteilung auch der Zeitpunkt des Todes eine wichtige Rolle spielen, und zwar dann, wenn neben den Schädigungsfolgen ein schweres schädigungsunabhängiges Leiden vorgelegen hat, das nach ärztlicher Erfahrung ohne die Schädigungsfolgen noch nicht zu diesem Zeitpunkt, jedoch in einem späteren Stadium in absehbarer Zeit für sich allein zum Tode geführt hätte. In einem solchen Fall ist der Tod dann als Schädigungsfolge anzusehen, wenn die beschädigte Person ohne die Schädigungsfolgen wahrscheinlich mindestens ein Jahr länger gelebt hätte. Der ärztlichen Beurteilung sind hierbei Grenzen gesetzt; eine besonders sorgfältige Abwägung aller Umstände ist geboten.
- e) Eine aus dienstlichen Gründen oder wegen Schädigungsfolgen unterbliebene rechtzeitige oder richtige Behandlung kann Ursache des Todes sein.
- f) Häufig kann der ursächliche Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod ohne Leichenöffnung nicht zutreffend beurteilt werden.

12. Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden

- a) Ein Vorschaden ist eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei Eintritt der Schädigung bereits nachweisbar bestanden hat. Beim Vorliegen eines Vorschadens ist bei der Bemessung des schädigungsbedingten GdS Folgendes zu beachten:
 - aa) Wenn sich Vorschaden und Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen befinden und sich gegenseitig nicht beeinflussen, so ist der Vorschaden ohne Bedeutung.
 - bb) Hat die Schädigung eine vorgeschädigte Gliedmaße oder ein vorgeschädigtes Organ betroffen, muss der schädigungsbedingte GdS niedriger sein als der GdS, der sich aus dem nun bestehenden Gesamtschaden ergibt, es sei denn, dass der Vorschaden nach seinem Umfang oder nach seiner Art keine wesentliche Bedeutung für die gesamte Gesundheitsstörung hat. Der schädigungsbedingte GdS lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass der GdS des Vorschadens rein rechnerisch von dem GdS des Gesamtschadens abgezogen wird; maßgeblich ist, zu welchem zusätzlichen anatomischen und funktionellen Verlust die Schädigung geführt hat.
 - cc) Sind durch Vorschaden und Schädigungsfolge verschiedene Organe oder Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt der Vorschaden die schädigungsbedingte Funktionsstörung, so ist der schädigungsbedingte GdS unter Umständen höher zu bewerten, als es bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge zu geschehen hätte.
- b) Ein Nachschaden ist eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigung eingetreten ist und nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Schädigung steht. Eine solche Gesundheitsstörung kann bei der Feststellung des GdS nach § 30 Absatz 1 Bundesversorgungsgesetz nicht berücksichtigt werden, auch dann nicht, wenn sie zusammen mit Schädigungsfolgen zu besonderen Auswirkungen

führt, bei denen die Schädigungsfolgen eine gleichwertige oder überwiegende Bedeutung haben.

- c) Wenn demgegenüber nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung eintritt, bei der – vor allem nach ihrer Art – wahrscheinlich ist, dass die Schädigung oder deren Folgen bei der Entstehung dieser Gesundheitsstörung wesentlich mitgewirkt haben, so handelt es sich um einen Folgeschaden, der eine weitere Schädigungsfolge darstellt und daher mit seinem gesamtem GdS zu berücksichtigen ist. Wenn ein solcher Folgeschaden erst viele Jahre nach der Schädigung in Erscheinung tritt, spricht man auch von einem Spätschaden.

13. Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen

- a) Pflegezulage wird bewilligt, solange Beschädigte infolge der Schädigung so hilflos sind, dass sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.
- b) Die Hilflosigkeit muss durch die Folgen der Schädigung verursacht sein. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie ausschließlich oder überwiegend auf eine Schädigungsfolge zurückzuführen ist. Es genügt, dass für den Eintritt der Hilflosigkeit – oder auch für eine Erhöhung des Pflegebedürfnisses – die Schädigungsfolge eine annähernd gleichwertige Bedeutung gegenüber anderen Gesundheitsstörungen hat.
- c) Die Pflegezulage wird in sechs Stufen bewilligt. Für dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege sind die Stufen II bis VI vorgesehen.
- d) Ein dauerndes außergewöhnliches Pflegebedürfnis liegt vor, wenn der Aufwand an Pflege etwa in gleichem Umfang wie bei dauerndem Krankenlager einer beschädigten Person notwendig ist. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass man das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
- e) Bei Doppelamputierten ohne weitere Gesundheitsstörungen – ausgenommen Doppel-Unterschenkelamputierten – ist im allgemeinen eine Pflegezulage nach Stufe I angemessen, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um paarige oder nicht-paarige Gliedverluste (Oberarm, Unterarm, ganze Hand, Oberschenkel, Unterschenkel, ganzer Fuß) handelt. Sofern nicht besondere Umstände eine höhere Einstufung rechtfertigen sind folgende Stufen der Pflegezulage angemessen:
 - 1. Bei Verlust beider Beine im Oberschenkel: Stufe II
 - 2. Bei Verlust beider Hände oder Unterarme: Stufe III
 - 3. Bei Verlust beider Arme im Oberarm oder dreier Gliedmaßen: Stufe IV
- f) Die Pflegezulage nach Stufe V kommt in Betracht, wenn ein außergewöhnlicher Leidenszustand vorliegt und die Pflege besonders hohe Aufwendungen erfordert. Dies trifft immer zu bei
 - 1. Querschnittsgelähmten mit Blasen- und Mastdarmlähmung,
 - 2. Hirnbeschädigten mit schweren psychischen und physischen Störungen
 - 3. Ohnhändern mit Verlust beider Beine im Oberschenkel,

4. blinden Doppel-Oberschenkelamputierten,
 5. Blinden mit völligem Verlust einer oberen und einer unteren Gliedmaße.
- g) Besonders schwer betroffene Beschädigte erhalten eine Pflegezulage nach Stufe VI. Es handelt sich dabei um
1. Blinde mit völligem Hörverlust,
 2. blinde Ohnhänder,
 3. Beschädigte mit Verlust beider Arme im Oberarm und beider Beine im Oberschenkel,
 4. Beschädigte, bei denen neben einem Leidenszustand, der bereits die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe V rechtfertigt, noch eine weitere Gesundheitsstörung vorliegt, die das Pflegebedürfnis wesentlich erhöht (z. B. erhebliche Gebrauchsbehinderung beider Arme bei vollständiger Lähmung beider Beine mit Blasen- und Mastdarmlähmung), sowie
 5. andere Beschädigte, deren außergewöhnlicher Leidenszustand und deren Pflegebedürfnis denen der vorgenannten Beschädigten vergleichbar sind.
- h) Bei Säuglingen und Kleinkindern ist – auch hinsichtlich der Pflegezulagestufe – nur der Teil der Hilflosigkeit zu berücksichtigen, der den Umfang des Hilfsbedürfnisses eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet.
- i) Erwerbsunfähige Hirnbeschädigte erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I, wenn die Hirnbeschädigung allein die Erwerbsunfähigkeit bedingt. Ob bei erwerbsunfähigen Hirnbeschädigten eine höhere Pflegezulage als Stufe I in Betracht kommt, ist im Einzelfall nach den Auswirkungen der Krankheitserscheinungen zu entscheiden. Der Grad der psychischen Störungen und die Art und Häufigkeit von Anfällen sind dabei besonders zu berücksichtigen.
- j) Bei Beschädigten mit schweren geistigen oder seelischen Störungen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen (z. B. erethische Kinder), sind die Voraussetzungen für eine Pflegezulage mindestens nach Stufe III gegeben.
- k) Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Treten bei Blinden weitere Gesundheitsstörungen, vor allem Störungen der Ausgleichsfunktion hinzu, die unter Beachtung von Absatz 2 bei der gebotenen Gesamtbetrachtung das Pflegebedürfnis über den tatsächlichen Bedarf der Stufe III hinaus erhöhen, so ist die Pflegezulage nach Stufe IV zu bewilligen, wenn nicht nach Absätzen 6 oder 7 die Pflegezulage nach Stufe V oder VI zusteht. Hochgradig Sehbehinderte erfüllen grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe I.

Teil D Merkzeichen

1. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr

(Merkzeichen G)

- a) Nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist zu beurteilen, ob ein behinderter Mensch infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Hilflose und Gehörlose haben stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- b) In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein – d. h. altersunabhängig von nicht behinderten Menschen – noch zu Fuß zurückgelegt werden. Als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne gilt eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.
- c) Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- d) Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüftgelenks, Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen.
- e) Bei hirnganischen Anfällen ist die Beurteilung von der Art und Häufigkeit der Anfälle sowie von der Tageszeit des Auftretens abhängig. Im Allgemeinen ist auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit erst ab einer mittleren Anfallshäufigkeit zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten. Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks.
- f) Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60

bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen. Bei Hörbehinderungen ist die Annahme solcher Störungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt. Bei geistig behinderten Menschen sind entsprechende Störungen der Orientierungsfähigkeit vorauszusetzen, wenn die behinderten Menschen sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in den meisten Fällen zu bejahen. Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht.

2. Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B)

- a) Für die unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson ist nach dem SGB IX die Berechtigung für eine ständige Begleitung zu beurteilen. Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung der Berechtigung für eine ständige Begleitung erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- b) Eine Berechtigung für eine ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen (bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“, „Gl“ oder „H“ vorliegen) gegeben, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Dementsprechend ist zu beachten, ob sie bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf fremde Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels angewiesen sind oder ob Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z. B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) erforderlich sind.
- c) Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist anzunehmen bei
Querschnittsgelähmten,
Ohnhändern,
Blinden und
Sehbehinderten, Hörbehinderten, geistig behinderten Menschen und Anfallskranken, bei denen die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt ist.

3. Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

- a) Für die Gewährung von Parkerleichterungen für schwer behinderte Menschen nach dem Straßenverkehrsgesetz (StVG) ist die Frage zu beurteilen, ob eine außergewöhnliche Gehbehinderung vorliegt. Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsäch-

lich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.

- b) Als schwer behinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können.
- c) Die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung darf nur auf eine Einschränkung der Gehfähigkeit und nicht auf Bewegungsbehinderungen anderer Art bezogen werden. Bei der Frage der Gleichstellung von behinderten Menschen mit Schäden an den unteren Gliedmaßen ist zu beachten, dass das Gehvermögen auf das Schwerste eingeschränkt sein muss und deshalb als Vergleichsmaßstab am ehesten das Gehvermögen eines Doppeloberschenkelamputierten heranzuziehen ist. Dies gilt auch, wenn Gehbehinderte einen Rollstuhl benutzen: Es genügt nicht, dass ein solcher verordnet wurde; die Betroffenen müssen vielmehr ständig auf den Rollstuhl angewiesen sein, weil sie sich sonst nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen können. Als Erkrankungen der inneren Organe, die eine solche Gleichstellung rechtfertigen, sind beispielsweise Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades anzusehen.

4. Gehörlosigkeit (Merkzeichen GI)

Gehörlos sind nicht nur Hörbehinderte, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sondern auch Hörbehinderte mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen. Das sind in der Regel Hörbehinderte, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist.

Anlage

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz
NKR-Nr. 570: Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und Abs. 3, des § 30
Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes**

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

Mit dem vorliegenden Entwurf wird eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt.

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

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Kreibohm
Berichterstatler