

EINLEITUNG

Neue Erkenntnisse und Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, Änderungen von Rechtsgrundlagen sowie Erfahrungen bei der Anwendung der „Anhaltspunkte“ standen bei der Neuauflage in den vergangenen Jahrzehnten im Vordergrund.

Die vorliegende Auflage 2004 wird dem Benutzerkreis den Zugang zu den Anhaltspunkten sowohl als Buchform als auch als Download aus dem Internet www.bmgs.bund.de eröffnen. Durch den zweifachen Zugang soll zukünftig sichergestellt werden, dass Interessierte durch eine vergriffene Auflage keine Nachteile erleiden. Zudem wurden in der vorliegenden Auflage folgende Aktualisierungen aufgenommen:

Berücksichtigt sind alle bis zum 1. Mai 2004 gefassten begutachtungsrelevanten Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (Sektion Versorgungsmedizin) beim BMGS sowie Sprachgebrauch und Inhalte aktueller Gesetze (z. B. IX. Buch Sozialgesetzbuch, Infektionsschutzgesetz). Missverständliche Formulierungen wurden geklärt, redaktionelle Änderungen vorgenommen und der Text in einigen Bereichen gestrafft.

Im Hinblick auf die bevorstehende Verrechtlichung der „Anhaltspunkte“ wurde von einer weitergehenden, systematischen Überarbeitung abgesehen. Bis zur Verrechtlichung gelten die „Anhaltspunkte“ weiter als antizipierte Sachverständigengutachten wie untergesetzliche Normen (s. zuletzt BSG: B 9 SB 3/02 R und B 9 SB 6/02 R vom 18.09.2003). Die von den Herausgebern seit über 30 Jahren definierte Zielsetzung bleibt bestehen: Dem ärztlichen Sachverständigen/Gutachter die Grundlagen für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Beurteilung an die Hand zu geben und zu gewährleisten, dass auch unterschiedliche Behinderungen/gesundheitliche Beeinträchtigungen angemessen und in sachgerechter Relation zueinander bewertet werden können.

Die „Anhaltspunkte“ können und sollen kein Lehrbuch ersetzen und alle medizinischen Sachverhalte aufführen, die sich im Einzelnen ergeben können. In den „Anhaltspunkten“ werden in der Begutachtung häufige sog. Regelfälle und/oder schwierige Sachverhalte dargestellt, die es den ärztlichen Gutachtern erlauben, nicht aufgeführte Konstellationen im Analogieschluss qualifiziert zu beurteilen. Sie können deshalb nicht Handbuch für Antragsteller/Versorgungsberechtigte sein. Sie können auch nicht von der Verwaltung der Versorgungsbehörden zur unmittelbaren Feststellung von Ansprüchen oder Leistungen herangezogen werden, da die Anwendung der Anhaltspunkte im allgemeinen versorgungsmedizinischen Sachverstand erfordert.

INHALT

Teil A Gemeinsame Grundsätze

DURCHFÜHRUNG DER BEGUTACHTUNG

1	Allgemeine Richtlinien für Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht (versorgungärztliche Gutachten)	3
2	Fachliche Anforderungen an den Gutachter	3
3	Aufgaben der Leitenden Ärzte	4
4	Ermittlungen und andere Vorbereitungen der Begutachtung	5
5	Gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage	7
6	Gutachtliche Untersuchung	7
7	Vorgeschichte	7
8	Befund	8
9	Besondere diagnostische Maßnahmen	14
10	Beurteilung und Bezeichnung der Gesundheitsstörungen	14
11	Vorschlag für eine Nachprüfung	17
12	Erteilung von Auskünften über den Gesundheitszustand	18
13	Beachtung gesetzlicher Melde- und Anzeigepflichten	18
14	Überprüfung von Gutachten	18
15	Entscheidung über die Anerkennung einer Schädigungsfolge oder Feststellung einer Behinderung durch die Versorgungs- verwaltung	19

GRUNDBEGRIFFE

16	Schädigungsfolge	20
17	Behinderung	20
18	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) Grad der Behinderung (GdB)	20

19	Gesamt-GdB/MdE-Grad	24
20	Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung	26
21	Hilflosigkeit	26
22	Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen	28
23	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung	33
24	Wesentliche Änderung der Verhältnisse	34
25	Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen	35

26 GDB/MdE-TABELLE

26.1	Allgemeine Hinweise zur GdB/MdE-Tabelle	37
26.2	Kopf und Gesicht	38
26.3	Nervensystem und Psyche	40
	Hirnschäden	40
	Narkolepsie	43
	Hirntumoren	44
	Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter	44
	Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter	44
	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter	45
	Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen ...	47
	Schizophrene und affektive Psychosen	47
	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata	48
	Alkoholkrankheit, -abhängigkeit	48
	Drogenabhängigkeit	48
	Rückenmarkschäden	49
	Multiple Sklerose	49
	Polyneuropathien	50
	Spina bifida	50

26.4	Sehorgan	50
26.5	Hör- und Gleichgewichtsorgan	56
26.6	Nase	62
26.7	Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege	62
26.8	Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen	67
	Tuberkulose	70
	Sarkoidose	70
26.9	Herz und Kreislauf	71
	Krankheiten des Herzens	71
	Gefäßkrankheiten	73
26.10	Verdauungsorgane	76
	Speiseröhrenkrankheiten	76
	Magen- und Darmkrankheiten	77
	Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse	81
26.11	Brüche (Hernien)	86
26.12	Harnorgane	87
	Nierenschäden	87
	Schäden der Harnwege	90
26.13	Männliche Geschlechtsorgane	92
26.14	Weibliche Geschlechtsorgane	94
26.15	Stoffwechsel, innere Sekretion	98
26.16	Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	101
26.17	Haut	106
26.18	Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten	111
	Allgemeines	111
	Gliedmaßenschäden, Allgemeines	117
	Schäden der oberen Gliedmaßen	118
	Schäden der unteren Gliedmaßen	123

Teil B

Begutachtungen nach Teil 2 SGB IX (Schwerbehindertenrecht)

RECHTSGRUNDLAGEN, BESONDERE BEGRIFFE, VORAUSSETZUNGEN FÜR NACHTEILSAUSGLEICHE

27	Rechtsgrundlagen zur Begutachtung nach Teil 2 SGB IX	131
28	Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit	136
29	Typische Berufskrankheit	136
30	Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“)	137
31	Außergewöhnliche Gehbehinderung	139
32	Notwendigkeit ständiger Begleitung	140
33	Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht	141
34	Gesundheitliche Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse	142

Teil C

Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht

RECHTSGRUNDLAGEN, BESONDERE BEGRIFFE

35	Rechtsgrundlagen und Voraussetzungen für den Anspruch auf Versorgung	145
36	Ursachenbegriff	147
37	Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs .	148
38	Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs	149
39	Kannversorgung	150
40	Mittelbare Schädigungsfolgen	154
41	Absichtlich herbeigeführte Schädigungen	155
42	Anerkennung im Sinne der Entstehung und Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung	155
43	Arten der Verschlimmerung	156
44	Fehlen einer fachgerechten Behandlung	156

45	Folgen von diagnostischen Eingriffen, vorbeugenden und therapeutischen Maßnahmen	157
46	Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod ..	158
47	Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden	159
48	Berücksichtigung eines besonderen beruflichen Betroffenseins	161
49	Schwerstbeschädigtenzulage	162
50	Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen	165
51	Kapitalabfindung	167
52	Betreuungsaufgaben des Versorgungsarztes	168

KAUSALITÄTSBEURTEILUNG BEI DEN EINZELNEN KRANKHEITSZUSTÄNDEN

Infektionskrankheiten

53	Allgemeines	171
54	Infektionskrankheiten im einzelnen	171
55	Tuberkulose	188

Impfeschäden

56	Allgemeines	190
57	Schutzimpfungen im einzelnen	191

Nervensystem und Psyche

58	Gehirnerschütterung	200
59	Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule	200
60	Hirnverletzungen	200
61	Hirnerkrankungen	203
62	Traumatische Rückenmarkschädigungen	204
63	Rückenmarkerkrankungen	206
64	Multiple Sklerose	209
65	Myopathien	209
66	Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshüllen	211
67	Schädigung peripherer Nerven	211
68	Neuralgie, Kausalgie, Stumpfbeschwerden	211
69	Schizophrene und affektive Psychosen	212
70	Neurosen	213

71	Folgen psychischer Traumen	213
72	Abnorme Persönlichkeiten	214
73	Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit	214
74	Selbsttötung, Selbsttötungsversuch	214

Augen

75	Lid- und Bindehauterkrankungen	215
76	Hornhauterkrankungen	215
77	Grüner Star (Glaukom)	216
78	Amblyopie	216
79	Brechungsfehler der Augen	216
80	Traumatische Schäden der Netz- und Gefäßhaut	217
81	Erkrankungen der Netz- und Gefäßhaut	217
82	Sehnervenerkrankungen	218
83	Störungen des Licht- und Farbensinns	218

Hals, Nase, Ohren

84	Schäden des äußeren Ohres	218
85	Mittelohrerkrankungen	218
86	Innenohrschäden	219
87	Schäden der Nase und Nebenhöhlen	221
88	Tonsillitis	221
89	Erkrankungen des Kehlkopfes	221

Tiefere Atemwege und Lungen

90	Nichttuberkulöse Erkrankungen von Bronchien, Lungen und Rippenfell	222
----	--	-----

Kreislaufsystem

91	Allgemeines	224
92	Arteriosklerose	224
93	Entzündliche Arterienerkrankungen	225
94	Aneurysmen, arteriovenöse Fisteln	226
95	Sonstige Gefäßsyndrome	227
96	Venenerkrankungen	227
97	Störungen des Blutdrucks (Hypertonie, Hypotonie)	228

98	Chronisches Cor pulmonale	229
99	Herzklappenfehler	229
100	Kardiomyopathien	230
101	Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt	230
102	Herzbeutelkrankungen	231

Verdauungsorgane

103	Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	231
104	Verlust oder Schädigung von Zähnen durch Gewalteinwirkung	232
105	Erkrankungen der Speiseröhre	232
106	Erkrankungen des Magens und des Zwölffingerdarms	232
107	Erkrankungen des Dün- und Dickdarms	234
108	Erkrankungen der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	235
109	Eingeweidebrüche	238

Nieren und Harnwege

110	Funktionelle Störungen und anatomische Anomalien der Nieren	239
111	Nierenerkrankungen	240
112	Harnsteinleiden	241
113	Erkrankungen der ableitenden Harnwege	242

Geschlechtsorgane

114	Schäden der männlichen Geschlechtsorgane	243
115	Schäden der weiblichen Geschlechtsorgane	244

Stoffwechsel

116	Fettsucht	245
117	Gicht	245
118	Eisenspeicherkrankheit	246

Innersekretorische Drüsen

119	Allgemeines	246
120	Diabetes mellitus	246
121	Innersekretorische Störungen der Schilddrüse	248

Blut und blutbildende Organe

122	Blutkrankheiten	248
-----	-----------------------	-----

Haut

123	Erkrankungen der Haut	251
-----	-----------------------------	-----

Haltungs- und Bewegungsorgane

124	Allgemeines	251
125	Knochenmarkentzündung	252
126	Deformierende Gelenkveränderungen an den Gliedmaßen	252
127	Freie Gelenkkörper	253
128	Schäden der Wirbelsäule	253
129	Gliedmaßenverluste	255
130	Luxationen	257
131	Sudeck-Syndrom	257
132	Aseptische Knochennekrosen	258
133	Schulter	258
134	Handgelenk, Handwurzel	258
135	Mittelhand	258
136	Hüftgelenk	259
137	Kniegelenk	259
138	Fuß	259

Sonstige Erkrankungen

139	Gefangenschafts-, Internierungs- und Haftschäden	259
140	Krankheiten des rheumatischen Formenkreises	261
141	Sarkoidose	265
142	Geschwülste	265
143	Erkrankungen durch physikalische und chemische Noxen	267

Abkürzungsverzeichnis	273
-----------------------------	-----

Stichwortverzeichnis	275
----------------------------	-----

Teil A

Gemeinsame Grundsätze

DURCHFÜHRUNG DER BEGUTACHTUNG

1 Allgemeine Richtlinien für Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht (versorgungsrärztliche Gutachten)

1

Im versorgungsrärztlichen Gutachten muss der einzelne Fall unter Beachtung aller Gegebenheiten möglichst erschöpfend behandelt werden. Die medizinischen Daten und Folgerungen sind unter Berücksichtigung der für die Begutachtung wichtigen gesetzlichen Vorschriften, Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften, Erlasse, Rundschreiben und Richtlinien klar, überzeugend und auch für den Nichtarzt verständlich zu der versorgungsrärztlichen Beurteilung zu formen. In der rein ärztlichen Beurteilung ist der Sachverständige frei und keinen Weisungen unterworfen. Abweichungen von der herrschenden medizinischen Lehrmeinung sind als solche zu kennzeichnen und ausführlich zu begründen. Aus der wissenschaftlichen Erkenntnis und der ärztlichen Erfahrung soll der Sachverständige die Sachlichkeit herleiten, die jede Begutachtung erfordert.

2 Fachliche Anforderungen an den Gutachter

2

Die Sachverständigentätigkeit verlangt eine besondere gutachtliche Ausbildung und Erfahrung, die nicht grundsätzlich bei jedem Arzt vorausgesetzt werden kann. Der versorgungsrärztliche Gutachter bedarf besonderer Kenntnisse über ursächliche Faktoren von Gesundheitsstörungen, über die Auswirkungen von Behinderungen und über die für die Begutachtung wichtigen rechtlichen und versorgungsmedizinischen Begriffe.

Dem Gutachter soll neben den Gesetzen, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften usw. sowie neben den wichtigsten Auslegungen und Entscheidungen ausreichendes Fachschrifttum zur Verfügung stehen.

Neben dem ständigen Studium der Fachliteratur sind für den Gutachter auch der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“, Fortbildungskurse im Versorgungswesen sowie die Abordnung zu Tagungen und Kongressen, besonders seines Fachgebietes, wichtig. Wesentlich zum gemeinsamen Verständnis können auch Diskussionen zwischen Versorgungsärzten, medizinischen Sachverständigen bei den Sozialgerichten, Versorgungsdezernenten und Richtern der Sozialgerichtsbarkeit beitragen.

Es ist wichtig, dass der Versorgungsarzt – vor allem bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – sich auch Kenntnisse über die Anforderungen in den verschiedenen Berufen aneignet. Dazu ist vor allem auf die Er-

fahrungen der mit Berufsfragen befassten Stellen (Arbeitsverwaltung, Hauptfürsorgestelle, staatl. Gewerbearzt, Betriebsarzt u.a.) zurückzugreifen. Daneben ist es erstrebenswert, dass der Gutachter sich, z.B. durch Betriebsbesichtigungen, eigene Kenntnisse erwirbt.

3

3 Aufgaben der Leitenden Ärzte

Der Leitende Arzt eines Versorgungsamtes oder der Leiter einer ärztlichen Dienststelle überwacht die Tätigkeit der ihm unterstellten Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals und trägt dem Versorgungsamt bzw. Landesversorgungsamt gegenüber die Verantwortung für den Ärztlichen Dienst des Amtes oder für seine Dienststelle.

Er sorgt für die Verteilung und den reibungslosen Ablauf der Arbeit sowie für den richtigen Einsatz der Ärzte innerhalb seines Bereiches. Wenn eine Begutachtung außerhalb der Versorgungsdienststelle notwendig erscheint, entscheidet im Allgemeinen über den Auftrag der Leitende Arzt. Er soll sich über die Sachkenntnis auf besonderen Arbeits- und Erfahrungsgebieten aller für seine Behörde tätigen Ärzte unterrichtet halten.

Wegen Überprüfung der Gutachten durch den Leitenden Arzt siehe Nr. 14.

Neben Einzelbesprechungen anhand von Gutachten sorgt der Leitende Arzt für die Weiterbildung der Versorgungsärzte durch regelmäßige Zusammenkünfte. Er unterrichtet die Versorgungsärzte über versorgungsrechtliche Fragen (grundsätzliche Urteile der Sozialgerichtsbarkeit) und über aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Probleme.

Die Beschlüsse der Tagungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats (Sektion Versorgungsmedizin), die sich auf die Anhaltspunkte beziehen (diese ändern, ergänzen oder erläutern) werden veröffentlicht (Bundesarbeitsblatt, Internet BMGS, Rundschreiben).

Zwischen den Leitenden Ärzten der Versorgungsämter und den Leitern der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen und der Orthopädischen Versorgungsstellen ist ein enger Kontakt erstrebenswert. Die Leitenden Ärzte sollen außerdem bemüht sein, mit den frei praktizierenden Ärzten ihres Bereiches, den Ärzten der Bundeswehr, der Sozialversicherungsträger, der Gesundheitsämter, Arbeits- und Sozialämter, mit den Kliniken und Krankenhäusern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Behindertenverbänden gute Verbindung zu halten mit dem Ziel einer erfolgreichen ärztlichen, beruflichen und sozialen Betreuung der Anspruchsberechtigten.

Der Leitende Arzt des Landesversorgungsamtes soll sicherstellen, dass in seinem Bereich die Begutachtung und die Überprüfung der Gutachten nach einheitlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden. Er trägt dafür Sorge, dass die ärztlichen Dienststellen und die Ärztlichen Dienste der Versorgungsämter mit medizinischem Gerät und hinsichtlich ihrer medizinischen Bücherei so ausgestattet sind, dass die Gutachter in den Stand gesetzt werden, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten.

In besonderem Maße obliegt dem Leitenden Arzt des Landesversorgungsamtes die Schulung der Versorgungsärzte. Berechtigte Wünsche auf fachliche Fortbildung sollen unterstützt und gefördert werden.

4 Ermittlungen und andere Vorbereitungen der Begutachtung

4

(1) Voraussetzung für jede ärztliche Begutachtung ist, dass die für sie notwendigen Ermittlungen durchgeführt sind. Das gilt nicht nur für die Bearbeitung von Erstanträgen, sondern auch für alle weiteren notwendigen Begutachtungen.

(2) Die verwaltungsseitigen Ermittlungen sollen vor Abgabe der Akten an den Ärztlichen Dienst abgeschlossen sein.

Hierzu gehört neben der Bereitstellung aller bei der Versorgungsverwaltung bereits vorliegenden Vorgänge u.a. die Beiziehung von

- ▶ Berichten von Ärzten, die den Antragsteller ambulant behandelt oder im Rahmen einer solchen Behandlung untersucht haben,
- ▶ Gutachten, die für Träger der Sozialversicherung, für die Arbeitsverwaltung oder für Gerichte erstellt worden sind,
- ▶ Unterlagen von Krankenhäusern, Kuranstalten oder speziellen Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Werkstätten für Behinderte, Gehörlosenschulen, Sonderschulen),
- ▶ Vorgängen, die bei Gesundheitsämtern, der Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“ (Contergan-Schäden) oder bei anderen ärztlichen Diensten (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, personal- oder betriebsärztliche Dienste) entstanden sind,
- ▶ sowie Krankenkassenauszügen.

Bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht sollen außerdem die speziellen, z.T. in Archiven liegenden Unterlagen (z.B. der Wehrmacht, der Bundeswehr oder des Zivildienstes) vorliegen.

Es ist daher wichtig, dass die Anträge, die die Grundlage für die weitere Bearbeitung bilden, sorgfältig ausgefüllt sind.

(3) Bei der – vor allem im Schwerbehindertenverfahren notwendigen – Anforderung von Befundberichten soll der zu befragende Arzt darauf hingewiesen werden, dass die Angabe von Diagnosen allein nicht ausreicht, sondern dass die jetzt bestehenden Funktionseinschränkungen und pathologischen Befunde ausführlich zu schildern und ggf. durch ihm vorliegende aktuelle Befundberichte anderer Ärzte zu ergänzen sind, soweit diese von der Einwilligungserklärung zur Beiziehung ärztlicher Unterlagen mitumfasst sind.

Es empfiehlt sich, für die Beurteilung wichtige Schriftstücke, die nur zur Einsichtnahme überlassen worden sind, in Abschrift oder Fotokopie zu den Akten zu nehmen.

(4) Die Zuschrift an den Ärztlichen Dienst soll ausreichende Hinweise auf den maßgeblichen Akteninhalt und eine der Rechtslage und dem Einzelfall angepasste Fragestellung enthalten.

Nach Eingang der so vorbereiteten Akten beim Ärztlichen Dienst erfolgt die Durchsicht der Akten, und etwa noch notwendig erscheinende ergänzende Ermittlungen werden in die Wege geleitet.

(5) Hinsichtlich der beigezogenen ärztlichen Unterlagen ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass das ärztliche Berufsgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachtet werden. Leihweise überlassene Unterlagen werden so schnell wie möglich zurückgesandt.

(6) In Fällen von besonderer Dringlichkeit (z.B. bei Schwerkranken, Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines behinderten Menschen) ist eine bevorzugte Begutachtung anzustreben.

Wenn sich schon aufgrund des Akteninhalts die Notwendigkeit einer Begutachtung in einem bestimmten Fachgebiet erkennen lässt, soll sofort die Fachbegutachtung angeordnet werden.

Für die sorgfältige Begutachtung ist Voraussetzung, dass dem Gutachter die dafür notwendige Zeit zur Verfügung steht. Arbeiten unter Zeitdruck führt zu einer Minderung der Qualität der Gutachten und damit auch zu einer verminderten Verwertbarkeit. Die Arbeit des Gutachters kann nicht vorrangig nach quantitativen Gesichtspunkten beurteilt werden.

5 Gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage

5

Auf eine Untersuchung kann – insbesondere bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht – zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen verzichtet werden, wenn die erforderliche Beurteilung durch Stellungnahme aufgrund der beigezogenen ärztlichen Unterlagen erfolgen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Unterlagen in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermitteln. Je mehr Unterlagen vorliegen, die sich gegenseitig ergänzen oder bestätigen, desto eher wird eine Beurteilung ohne Untersuchung möglich sein.

6 Gutachtliche Untersuchung

6

(1) Reichen die ermittelten Unterlagen für eine Beurteilung nicht aus, ist eine Untersuchung durchzuführen, deren Umfang und ggf. deren Fachgebiet davon bestimmt werden, welche geltend gemachten Gesundheitsstörungen oder welche gutachtlichen Fragen anhand der vorliegenden Unterlagen nicht beurteilt werden können.

(2) Die Untersuchung kann erleichtert und beschleunigt werden, wenn der zu Untersuchende mit der Einbestellung zur Untersuchung besondere Hinweise erhält, wie er sich – z.B. durch Enthalten von Essen, Trinken und Rauchen für... Stunden vor der Untersuchung – auf die Untersuchung vorbereiten soll. Bewährt hat sich folgender Vermerk auf den Benachrichtigungsformularen: „Alle vorhandenen Unterlagen, die Ihre Gesundheitsstörungen betreffen (z.B. Krankenblätter, Arztberichte, Röntgenbilder und EKG-Befunde), bitte mitbringen“.

7 Vorgeschichte

7

(1) Die Erhebung der Vorgeschichte muss der gutachtlichen Fragestellung angepasst sein. Sie muss Einzelheiten über durchgemachte Krankheiten, Operationen und Unfälle, über den Verlauf der geltend gemachten Gesundheitsstörungen und je nach Lage des Falles auch über den schulischen und beruflichen Werdegang und Arbeitseinsatz enthalten. Stets ist nach der Dauer der angegebenen Gesundheitsstörungen zu fragen, besonders auch danach, ob stationäre Behandlung durchgeführt worden ist, welche Behandlungsmaßnahmen ergriffen worden sind und ob und ggf. wie lange Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

(2) Den Schluss der Erhebung der Vorgeschichte bilden die Angaben über die jetzigen Beschwerden des zu Untersuchenden. Sie sind möglichst genau, manchmal wörtlich wiederzugeben. Es sollte zu erkennen sein, welche Beschwerden erst auf Befragen angegeben worden sind.

(3) Bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ist die Vorgeschichte im Hinblick auf die Kausalitätsfragen besonders ausführlich zu erheben.

Bei der Begutachtung ehemaliger Soldaten sind von besonderer Bedeutung die anamnestischen Erhebungen über den Wehrdienst, über Beginn und Ende, Ergebnisse der Musterung, der Einstellungs- und Entlassungsuntersuchungen, Gründe etwaiger Zurückstellung, Änderung des Tauglichkeitsgrades, Truppengattung, spezielle Verwendungsfähigkeiten (z.B. Flieger- oder Tropentauglichkeit), Art und Ort der Verwendung und der Einsätze. War der Beschädigte in Gefangenschaft, so ist nach Gewahrsamsmacht und -dauer, Art und Ort der Lager, Arbeitsgruppeneinteilung, Arbeitseinsätzen und ihrer Dauer zu fragen. Besonderheiten gewisser Lager sind zu beachten.

Verwundungen, Erkrankungen und Unfälle sind mit allen Einzelheiten (Symptomatik, Art der Behandlung, Dauer und Art der stationären Behandlung, Genesungszeit, Wechsel der Verwendung, Zeitpunkt des erneuten Einsatzes) chronologisch aufzuzeichnen. Es muss auch dargelegt werden, wo und wann die Erkrankung oder der Unfall aufgetreten ist, z.B. bei der Truppe, im Urlaub, in der Gefangenschaft.

(4) Die Befragung muss objektiv und frei von jeder Kritik sein. Suggestivfragen sind zu vermeiden. Bei widersprechenden Angaben ist eine Klarstellung vor Abschluss des Gutachtens anzustreben.

8

8 Befund

(1) Der Befund soll – gegebenenfalls unter Einbeziehung vorhandener Unterlagen – ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Untersuchten vermitteln.

(2) Die Befunderhebung soll den Allgemeinbefund (Alter, Größe, Gewicht, Allgemeinzustand, Puls, Blutdruck, Urinstatus) und einen ausführlichen Organbefund umfassen.

(3) Bei Kindern sind zur Feststellung der körperlichen und/oder geistigen Entwicklung entsprechende Untersuchungsverfahren anzuwenden; hierzu gehören insbesondere entwicklungsneurologische und -psychologische sowie endokrinologische Untersuchungen. Gegebenenfalls sind radiologische Befunde beizuziehen.

(4) Bei eingehenden Untersuchungen zu Krankheiten innerer Organe sollen eine Blutkörperchen-Senkungsreaktion, ein vollständiger Blutstatus und die spezifischen organbezogenen Laboruntersuchungen und Funktionsprüfungen nicht fehlen; bei Laborwerten sind Methode und Referenzbereich der untersuchenden Stelle anzugeben.

Daneben können – insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – apparative Untersuchungen erforderlich sein:

- ▶ Bei Lungenkrankheiten kommen in Betracht: Lungenfunktionsprüfungen in Ruhe, unter Belastung und unter Berücksichtigung des Medikamenten- und Hormonspiegels im Serum (z.B. Spirographie, Messung des Widerstandes der Atemwege, Blutgasanalyse, Provokations- und Reversibilitätsteste) sowie zusätzlich kardiopulmonale Untersuchungen (z.B. Druckmessung im kleinen Kreislauf in Ruhe und unter Belastung). Bei der Spirographie sind die unteren Sollwerte der EGKS (Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl) zugrunde zu legen, wobei in der Regel erst Abweichungen von den Sollwerten von über 20% klinisch relevant werden.
- ▶ Bei Herz- und Kreislaufschäden kommen in Betracht: Elektrokardiographie, Langzeitelektrokardiographie, Echokardiographie, Ergometrie, Blutdrucklangzeitmessung, Herzsintigraphie. Bei entsprechender Indikation auch Links- und/oder Rechtsherzkatheteruntersuchungen.
- ▶ Bei Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen darf nicht die Angabe über Hauttemperatur und -farbe, ob bläulich, rot oder blass, unterlassen werden. Puls und Blutdruck beiderseits sind stets zu vergleichen. Die schmerzfreie Strecke beim Gehen ist zu erfragen. Objektive Messmethoden sollen die klinische Untersuchung ergänzen (Ratschow-Lagerungsprobe, Doppler-Druckmessung, Belastungsdruckmessung, Laufbanduntersuchung, Phlebodynamometrie). Bei entsprechender Indikation auch Röntgenkontrastdarstellungen der Gefäße oder gleichwertige bildgebende Verfahren.
- ▶ Bei Krankheiten der Bauchorgane sind häufig sonographische, endoskopische und auch bioptische Untersuchungen notwendig; insbesondere bei Leberkrankheiten ist bei sonst nicht klärbaren Fällen eine Biopsie anzustreben. In Einzelfällen können zusätzliche Untersuchungen (z.B. spezielle bildgebende Verfahren oder Funktionsuntersuchungen) und bei entsprechender Indikation auch Röntgenuntersuchungen erforderlich sein.

- Bei Krankheiten der Harnorgane sind neben speziellen Nierenfunktionsprüfungen (z.B. Kreatininbestimmung, Clearance-Untersuchungen und weitere qualitative und quantitative Urinuntersuchungen) eine Sonographie, ggf. Urethrozystoskopie, urodynamische Untersuchungen, bei entsprechender Indikation nuklearmedizinische Methoden und Röntgenuntersuchungen angebracht; eine Nierenbiopsie soll nur besonderen Fällen vorbehalten bleiben.

(5) Bei gynäkologischen Krankheiten ist – insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – eine fachärztliche Untersuchung mit Sonographie erforderlich, in Einzelfällen auch eine Laparoskopie.

(6) Zur Ermittlung von Art und Ausmaß dermatologischer und allergologischer Krankheiten ist im allgemeinen – insbesondere bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – eine dermatologische Untersuchung erforderlich. Hierbei ist eine ausführliche Beschreibung des Erscheinungsbildes, der Lokalisation und der Ausdehnung der Hautveränderungen notwendig. Gegebenenfalls sollten die Hautbefunde durch photographische Aufnahmen, Figurenstempel oder Zeichnungen dokumentiert werden. Histologische, allergologische, immunologische, virologische, mykologische, bakteriologische und dermatoskopische Untersuchungen können zusätzlich erforderlich sein.

(7) Im sozialen Entschädigungsrecht sind bei Begutachtungen von Verletzungsfolgen alle Narben genau zu beschreiben. Stets ist hinzuzufügen, wodurch sie entstanden sind. Der Befund ist ggf. durch eine Skizze oder Fotodokumentation zu ergänzen. Immer ist zu prüfen, ob außer Weichteilen auch Knochen, Nerven, Gefäße oder innere Organe verletzt waren. Der Verlauf mancher Schusskanäle wird erst verständlich, wenn der Untersuchte die Körperhaltung angibt oder darstellt, welche er im Augenblick der Verletzung eingenommen hatte.

(8) Bei Entstellungen werden photographische Aufnahmen empfohlen.

(9) Bei Zahnschäden ist ein genauer Zahnstatus mit exakter Angabe der festgestellten Veränderungen in ein Schema einzuzeichnen:

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
R																	L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Zu achten ist auf Narbenbildungen oder andere Veränderungen in den Weichteilen des Mundes oder an den Kiefern, vor allem bei angeblich traumatischem Zahnverlust.

(10) Bei Verlust oder Teilverlust von Gliedern ist eine genaue Beschreibung der Stumpfverhältnisse erforderlich. Die Angabe der Körperseite und der Stumpflänge mit Angabe der Messbezugspunkte darf nie vergessen werden. Der Befund soll Auskunft geben, wie die Funktion mit und ohne Hilfsmittel ist, bzw. warum ein Hilfsmittel nicht getragen werden kann.

(11) Bei Schäden an den Fingern ist anzugeben, was der Untersuchte greifen und halten kann, wobei Sensibilitätsstörungen von Bedeutung sein können. Auf Gebrauchsspuren ist zu achten. Bei den Fingern ist nicht vom 1., 2. und 3. Glied oder Gelenk zu sprechen, sondern vom Grund-, Mittel- und Endglied oder -gelenk. Für die Messung wird die Neutral-0-Methode empfohlen.

(12) Bei Schäden an den Beinen ist der Gang mit und ohne Schuh oder orthopädische Hilfsmittel zu beachten und die Art der Beschwiellung der Fußsohlen zu untersuchen. Neben dem „normalen“ Gangbild sind auch differenzierte Stand- und Gangformen zu prüfen (z.B. Ballen- und Fersenstand, Hockversuch, Grätschstand, Einbeinstand, wechselseitiges Hüpfen, Beinhaltung im Sitzen und im Liegen).

(13) Die Bewegungsfähigkeit der Gelenke ist anzugeben. Dabei soll nicht von Versteifung gesprochen werden, wenn nur eine Bewegungseinschränkung besteht. Immer muss auf eigentätige und fremdtätige, auf schmerzfreie und schmerzhafte Bewegungsfähigkeit – auch unter Belastung – untersucht werden.

Die Messungen an den Gliedmaßen sind stets beiderseits vorzunehmen; die Messstellen müssen auf feste Skelettpunkte bezogen und im Gutachten genau bezeichnet werden. Für die Messung wird die Neutral-0-Methode empfohlen. Für die Dokumentation sind nach Möglichkeit die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegebenen Messblätter zu verwenden.

(14) Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule und ggf. die Art und Nutzung von Hilfsmitteln sind eingehend zu beschreiben. Zusätzlich werden die Anwendung von Messverfahren mit genauer Angabe der Messpunkte, z.B. Finger-Boden-Abstand, Kinn-Sternum-Abstand, Messbandstreckenverfahren nach Schober (Veränderung der im Stehen markierten Messstrecke vom ersten Sakralwirbel bis 10 cm oberhalb bei maximaler Beugung) und nach Ott (Veränderung der im Stehen markierten Messstrecke vom 7. Halswirbel bis 30 cm unterhalb bei maximaler Beugung) sowie segmentale Untersuchungen empfohlen.

(15) Für die Beurteilung der Sehbehinderung ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe (Prüfung mit Gläsern) maßgebend. Die Sehschärfe ist

grundsätzlich nach DIN 58220 zu prüfen, in Ausnahmefällen (z.B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) ist analog zu verfahren. Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) entsprechend eine einwandfreie gutachtliche Beurteilung erlauben. Bei der Gesichtsfeldbestimmung dürfen nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4 verwertet werden.

Die Feststellung von Blindheit setzt einen Befund voraus, der aufgrund einer speziellen augenärztlichen Untersuchung unter Begutachtungsgrundsätzen erhoben worden ist.

(16) Bei Hörschäden sind spezielle Hörprüfungen notwendig, insbesondere Prüfung der Hörschwelle im Tonaudiogramm und des Sprachhörverlustes nach dem Sprachaudiogramm. Der prozentuale Hörverlust ist in erster Linie nach dem Sprachaudiogramm, in Ausnahmefällen nach dem Tonaudiogramm zu ermitteln (4-Frequenztabelle nach Röser 1973, bei Hochtonverlusten [Typ Lärmschwerhörigkeit] 3-Frequenztabelle nach Röser 1980 [siehe auch Nummer 26.5]). Bei der Beurteilung von Zusammenhangsfragen können ergänzende Untersuchungen, z.B. überschwellige Messungen, impedanzaudiometrische Untersuchungen, ggf. auch Ableitung evozierter Potentiale und/oder otoakustischer Emissionen, erforderlich sein.

Bei Ohrgeräuschen (Tinnitus) sind audiometrische Analysen notwendig. Bestehen wesentliche psychovegetative Begleiterscheinungen, ist eine psychiatrische Zusatzuntersuchung angezeigt.

(17) Bei Gleichgewichtsstörungen ist eine vestibulometrische Prüfung erforderlich. Für die GdB/MdE-Bewertung sind neben einer ausführlichen Beschwerdeschilderung Geh- und Stehversuche in ansteigender Belastungsstufe (Romberg, Unterberger, Tandem-Romberg mit geschlossenen Augen, Seiltänzerengang mit geschlossenen Augen) von besonderer Bedeutung.

(18) Bei Geruchs- und Geschmacksstörungen sind entsprechende Funktionsprüfungen durchzuführen.

(19) Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen bedürfen oft einer speziellen phoniatischen, ggf. auch einer neurolinguistischen Untersuchung.

(20) Geistige und seelische Störungen erfordern häufig – bei Erstbegutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht in jedem Fall – eine spezielle psychiatrische, im Kindesalter eine entsprechende neuropädiatrische und/oder kinderpsychiatrische Untersuchung. Außer einer neurologischen

und psychiatrischen Untersuchung, die oft über die allgemeine Vorgeschichte hinaus eine zeitaufwendige biographische Anamneseerhebung einschließen muss, ist häufig zusätzlich eine gutachtenrelevante leistungspsychologische Untersuchung einschließlich Persönlichkeitsdiagnostik angezeigt. Bei der Begutachtung der psychischen Folgen von Hirnschäden gilt im Grundsatz das Gleiche.

Nach traumatischen oder anderen Hirnschädigungen wird in manchen Fällen eine stationäre Beobachtung erforderlich sein; dies gilt insbesondere, wenn Anfälle geltend gemacht werden, die nach ihrem Erscheinungsbild ätiologisch und differentialdiagnostisch keine eindeutige Zuordnung erlauben.

Als Zusatzuntersuchungen kommen Elektroenzephalographie, Dopplersonographie, Kernspintomographie (syn. Magnetresonanztomographie), Szintigraphie, und die Ableitung evozierter Potentiale in Betracht. Bei entsprechender Indikation können auch computertomographische und hirnarteriographische Untersuchungen erforderlich sein. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen, z.B. durch Hals-Nasen-Ohren- oder Augenärzte durchzuführen.

Folgen von Schädigungen des Stirnhirns, Schläfenhirns oder Scheitelhirns sind mitunter schwer zu erfassen. Sie bedürfen besonders eingehender Untersuchungen.

Ist nach Vorgeschichte und Befund ein Hirnschaden gesichert, so hat der Gutachter dies bei seiner Beurteilung nach dem sozialen Entschädigungsrecht ausdrücklich zu vermerken.

(21) Zur Ermittlung von Art und Ausmaß peripherer Nervenschädigungen und von Muskelkrankheiten ist im allgemeinen – insbesondere bei Erstbegutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht – eine neurologische Untersuchung notwendig, häufig unter Einbeziehung elektrophysiologischer Methoden, manchmal auch bildgebender Verfahren.

(22) Die Röntgenverordnung ist zu beachten. Das Röntgenverfahren soll zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung mit Kritik angewandt werden. Das bedeutet, dass zunächst Röntgenbefunde anderer Stellen beizuziehen und mitzuverwerten sind. Für die Durchführung jeder Röntgenuntersuchung ist eine ärztliche Indikation geboten; d.h. solche Untersuchungen kommen nur dann in Betracht, wenn mit anderen, weniger belastenden Untersuchungsmethoden (z.B. Ultraschall) die notwendige Klärung nicht erreicht werden kann.

9

9 Besondere diagnostische Maßnahmen

(1) In manchen Fällen werden zur Feststellung der Gesundheitsstörung besondere diagnostische Maßnahmen erforderlich sein. Teilweise können diese dem zu Untersuchenden ohne weiteres zugemutet werden, nämlich dann, wenn sie nicht mit erheblichen Schmerzen verbunden sind und das Risiko einer Komplikation außerordentlich gering ist (§ 65 Abs. 2 SGB I).

Teilweise bedürfen diese Maßnahmen nach vorheriger Aufklärung der ausdrücklichen Zustimmung; solche Maßnahmen werden aber meist nur im Rahmen der Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht in Betracht kommen.

(2) Einer ausdrücklichen Zustimmung nach vorheriger Aufklärung bedürfen u.a. Lumbal-, Zisternenpunktion, Endoskopien, Laparoskopie, Biopsien, Injektion von Kontrastmitteln oder von radioaktiven Substanzen, Ergometrie, Herzkatheterismus, spezifische Provokationsteste.

(3) Wenn die Erkennung des Krankheitsbildes nur unter Anwendung von Eingriffen möglich ist und wenn ein solcher Eingriff verweigert wird, so ist dies aktenkundig zu machen. Es muss trotzdem versucht werden, nach Aktenlage und nach den erhobenen Befunden eine Beurteilung abzugeben.

10

10 Beurteilung und Bezeichnung der Gesundheitsstörungen

(1) Nach Klarstellung der vorliegenden Gesundheitsstörungen kommt der Gutachter zur Beurteilung der Fragen, die für die Entscheidung über den vorliegenden Antrag wichtig sind.

(2) Ausgehend von den geltend gemachten Gesundheitsstörungen sind alle Unterlagen zur Vorgeschichte und zum Befund kritisch zu würdigen, wobei sich der Gutachter um eine neutrale Wertung aller Fakten bemühen muss. Die Pflichten eines Gutachters lassen eine wohlwollende Beurteilung ebenso wenig zu wie eine engherzig-strenge.

Der nicht selten angewandte Satz „in dubio pro aegroto“ ist dem Strafrecht (in dubio pro reo) entnommen und abgewandelt; er gilt weder im sozialen Entschädigungsrecht noch im Schwerbehindertenrecht.

(3) Die Beurteilung beginnt in der Regel mit der Bezeichnung der Schädigungsfolge oder Behinderung. Diese muss vollständig und dabei zuverlässige Grundlage für den Bescheid sein. Die Bezeichnung soll vor allem die funktionelle oder anatomische Veränderung, die die Auswirkungen erkennen lässt, zum Ausdruck bringen. Klinische Diagnosen sind häufig nicht als Bezeichnung geeignet.

Allgemeine Bezeichnungen wie „Zustand nach...“, „Folge von ...“ sind nicht zu verwenden. Ebenso sind wertende Eigenschaftswörter wie „gering“, „mäßig“, „belanglos“ u.a. in der Regel zu vermeiden; das Ausmaß der Gesundheitsstörung ergibt sich aus der Höhe des GdB/MdE-Grades.

(4) Liegen mehrere Schädigungsfolgen oder Behinderungen vor, sollen diese in der Reihenfolge ihres Schweregrades den Funktionssystemen entsprechend (siehe Nummer 18 Absatz 4) aufgeführt werden.

(5) Die Bezeichnung soll nach Bescheiderteilung nicht unnötig geändert werden.

(6) Bei der Bezeichnung von Gliedmaßenschäden muss u.a. zu erkennen sein, ob und ggf. in welchen Gelenken Versteifungen oder Bewegungseinschränkungen vorliegen. Stets muss auch die Seitenbezeichnung angegeben werden.

(7) Auch interne Leiden sind nach Möglichkeit so zu bezeichnen, dass die Art der Funktionseinschränkung erkennbar wird, z.B. Bronchialasthma mit Einschränkung der Lungenfunktion – nicht Lungenleiden –, Herzleistungsschwäche bei Herzklappenfehler – nicht Herzleiden –. Abzusehen ist von der isolierten Bezeichnung vieldeutiger Symptome wie „vegetative Dys-tonie“, „neurozirkulatorische Dysregulation“ u.ä., da diese nicht allein, sondern nur in Verbindung mit anderen Störungen (z.B. mit psychischen Störungen oder mit einer Hypotonie) oder auch als Ausdruck eines Hirnschadens von Bedeutung sein können.

(8) Wenn ein Leiden ohne Funktionseinschränkung abgeheilt ist, liegt insoweit keine Behinderung vor. Es ist also z.B. falsch, einen „folgenlos verheilten Knochenbruch“ aufzuführen.

(9) Die Bezeichnung der Gesundheitsstörung soll möglichst in deutscher Sprache erfolgen, damit sie auch für den medizinischen Laien verständlich ist. Es kann jedoch erforderlich sein, den medizinischen Fachausdruck in Klammern hinzuzufügen, insbesondere dann, wenn die Gesundheitsstörung im Antrag mit dem Fachausdruck bezeichnet ist.

(10) Da die vom Gutachter angegebene Bezeichnung in der Regel in den Bescheid übernommen wird und da der Antragsteller sowie Angehörige und manchmal auch andere Stellen davon Kenntnis erhalten, müssen Formulierungen, die seelisch belasten oder bloßstellen können, vermieden werden. So sind Bezeichnungen wie „Entstellung“, „alkoholische Fettleber“ oder „Raucherbronchitis“ nicht zu verwenden. In dem gleichen Sinne ist beispielsweise statt „Schwachsinn“ „geistige Behinderung“, statt „Schizophrenie“ „psychische Behinderung“ anzugeben. Ebenso sind bei bösartigen Geschwülsten Umschreibungen zu benutzen, besonders dann, wenn nach

dem Akteninhalt zu vermuten ist, dass der Antragsteller über die Art und Schwere seiner Gesundheitsstörung nicht informiert ist.

Bei solchen Umschreibungen ist es oft zweckmäßig, die Bezeichnung der Gesundheitsstörung näher zu erläutern, damit deutlich erkennbar wird, worauf sich die weitere Beurteilung, z.B. des GdB/MdE-Grades, stützt.

Bei einer Gesundheitsstörung, bei der eine Heilungsbewährung abzuwarten ist, soll die Bezeichnung der Gesundheitsstörung durch den Zusatz „im Stadium der Heilungsbewährung“ ergänzt werden.

(11) Der Gutachter wird auch erwägen müssen, ob eine Akteneinsicht hinsichtlich der gesundheitlichen Verhältnisse sich nachteilig auf den Antragsteller auswirken kann. Ist dies zu erwarten, so ist vorzuschlagen, bei Gewährung von Akteneinsicht einen Arzt zu beteiligen (§ 25 Abs. 2 SGB X).

Enthalten die Akten Angaben von Dritten oder über dritte Personen (z.B. aus der Anamneseerhebung), die nicht die gesundheitlichen Verhältnisse des Antragstellers betreffen und im berechtigten Interesse des Antragstellers oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen, ist darauf hinzuweisen, dass diese Teile der Akte von der Akteneinsicht auszuschließen sind (§ 25 Abs. 3 SGB X).

(12) Bei der GdB/MdE-Beurteilung der festgestellten Gesundheitsstörungen ist der GdB/MdE-Grad für jedes Funktionssystem gesondert anzugeben; abschließend ist dann der Gesamt-GdB/MdE-Grad zu beurteilen, der sich aus allen festgestellten Gesundheitsstörungen ergibt (siehe Nummer 18 Abs. 4 und Nummer 19).

(13) Wenn im Gutachten anderweitig erhobene Befunde verwendet werden, ist zu vermerken, auf welche Unterlagen (mit Angabe der Seitenzahl) sich die Beurteilung bezieht; damit wird dem überprüfenden Arzt und dem Dezernenten die Durchsicht der Akten erleichtert und außerdem für spätere Nachprüfungen (siehe Nummer 11) klargestellt, welches die maßgeblichen Vorbefunde sind.

(14) Auch nicht geltend gemachte Gesundheitsstörungen, die sich aus dem Akteninhalt oder aus der Untersuchung ergeben und eine Schädigungsfolge oder Behinderung darstellen, sollen – im Interesse des Antragstellers – berücksichtigt werden, es sei denn, dass aus der Art der Behinderung auf den gegenteiligen Willen des Antragstellers geschlossen werden kann (z.B. venerische Erkrankungen).

(15) Enthalten die Beurteilungsgrundlagen Lücken oder Widersprüche, die dazu führen, dass nicht alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen beurteilt werden können, ist ausdrücklich auf diese Mängel hinzuweisen.

(16) Kann der Gutachter einer Beurteilung, die früher von anderer Stelle erfolgt ist, nicht zustimmen, hat er die Gründe seiner Abweichung darzulegen.

(17) Ist bei einer Nachprüfung eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen der festgestellten Schädigungsfolgen oder der Behinderung nachzuweisen, ist deutlich zu machen, worin sie besteht.

(18) Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht müssen zur Beantwortung der Zusammenhangsfrage alle mitwirkenden Bedingungen aufgezeigt und die naturwissenschaftlichen Ursachen in einer Gesamtbetrachtung der pathogenetischen Faktoren erörtert werden. Dabei soll nicht mit Worten wie „konstitutionell“, „altersbedingt“, „schicksalhaft“ argumentiert werden.

Außerdem ist es geboten, die nicht auf einer Schädigung beruhenden Gesundheitsstörungen und die durch sie bewirkte Beeinträchtigung klar aufzuzeigen und gegenüber den Schädigungsfolgen abzugrenzen.

(19) Bei Beurteilungen nach dem Schwerbehindertenrecht ist zu beachten:

Wenn Abweichungen vom Gesundheitszustand geltend gemacht worden sind, die keine Behinderung darstellen, ist zwar auch auf diese in der Beurteilung einzugehen, aber nur im Anschluss an die Bezeichnung der Behinderung, etwa mit folgendem Satz: „Die geltend gemachte... bedingt keinen zusätzlichen GdB.“

11 Vorschlag für eine Nachprüfung

11

(1) Bei Abgabe seiner Beurteilung soll der Gutachter überlegen, ob und für welchen Zeitpunkt er eine Nachprüfung vorschlägt. Dabei ist für die spätere Beiziehung neuer Befunde anzugeben, auf welche Gesundheitsstörung sich die Nachprüfung beziehen soll.

(2) Der Gutachter muss sich ein Bild darüber machen, wie der Verlauf in den nächsten Jahren voraussichtlich sein wird. Dabei sind nicht nur die Auswirkungen einer wesentlichen Änderung auf den GdB/MdE-Grad, sondern auch auf die übrigen vom medizinischen Befund abhängigen Feststellungen zu bedenken (z.B. im sozialen Entschädigungsrecht Schwerstbeschädigtenzulage, Pflegezulage, Pauschbetrag für außergewöhnlichen Kleider- oder Wäscheverschleiß oder nach dem Schwerbehindertenrecht Merkmale für Nachteilsausgleiche).

Bei einigen Gesundheitsstörungen (z.B. bösartige Geschwülste) ist die erforderliche Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung zu beachten (siehe Nummer 18 Absatz 7 und Nummer 24 Absatz 3) und ausdrücklich zu vermerken.

(3) Von einer Nachprüfung ist abzusehen, wenn eine Änderung nicht mehr zu erwarten ist. Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht darf es im Hinblick auf die in § 62 Abs. 2 BVG angegebene Zweijahresfrist keinesfalls zu einer schematischen Empfehlung von Nachprüfungen in Abständen von zwei Jahren kommen. Häufig ist ein längerer Verlauf abzuwarten; andererseits ist aber auch zu beachten, dass schon vor Ablauf von zwei Jahren eine niedrigere Festsetzung einer MdE zulässig ist, wenn durch Heilbehandlung eine wesentliche Besserung erreicht worden ist.

12

12 Erteilung von Auskünften über den Gesundheitszustand

(1) Ergeben sich bei der Untersuchung Tatsachen, die besondere Maßnahmen oder ein besonderes Verhalten erfordern, muss der Gutachter den Untersuchten und mit seinem Einverständnis auch den behandelnden Arzt unterrichten. Die Mitteilungen sind aktenkundig zu machen.

(2) Wünscht der Untersuchte selbst Auskunft über seinen Gesundheitszustand, muss berücksichtigt werden, dass mündliche Mitteilungen missverstanden oder entstellt werden können; deshalb empfiehlt es sich, über Einzelbefunde nur den behandelnden Arzt (mit Einverständnis des Untersuchten) zu unterrichten. Der Gutachter darf keinesfalls in die Behandlung des Begutachteten durch dessen Arzt eingreifen. Jede abwertende Äußerung über Behandlungsmaßnahmen ist zu vermeiden.

13

13 Beachtung gesetzlicher Melde- und Anzeigepflichten

Der Gutachter hat sich über die gesetzlichen Bestimmungen der Meldepflicht bei ansteckenden Krankheiten und der Anzeigepflicht bei Berufskrankheiten zu unterrichten und entsprechend zu handeln. Die Meldung bzw. Anzeige ist aktenkundig zu machen.

14

14 Überprüfung von Gutachten

(1) Die Antragsteller haben ein Anrecht auf eine möglichst gleichmäßige und unterschiedslose Anwendung der maßgeblichen Vorschriften. Das setzt u.a. auch eine ärztliche Beurteilung nach einheitlichen Grundsätzen unter Würdigung der besonderen Lage des Einzelfalles voraus. Sie kann nur durch Objektivität und Vermeiden von Unter- und Überbewertungen erreicht werden. Diesem Ziel dient die Überprüfung der ärztlichen Gutachten durch den Leitenden Arzt oder durch von ihm bestimmte Versorgungsärzte, die die fachlichen Voraussetzungen dafür besitzen. Die Prüfung soll den Wert des

Gutachtens, z.B. den Beteiligten und den Sozialgerichten gegenüber, erhöhen. Der Gutachter soll sie als erwünschte Mitprüfung ansehen.

(2) Auf die Überprüfung von Gutachten besonders erfahrener Versorgungsärzte oder von Ärzten, die bereits seit langem für den versorgungsärztlichen Dienst als Außengutachter tätig sind, kann verzichtet werden. Es muss vermieden werden, dass dem prüfenden Arzt mehr Gutachten vorgelegt werden, als er in der ihm zur Verfügung stehenden Zeit mit der gebotenen Sorgfalt durcharbeiten kann.

(3) Bei der Prüfung von Gutachten wird der Prüfarzt darauf zu achten haben, ob alle von dem Antragsteller geltend gemachten Gesundheitsstörungen in dem Gutachten erfasst und im Hinblick auf alle gutachtlichen Fragestellungen erörtert worden sind und ob dabei die geltenden Bestimmungen beachtet worden sind. Wenn Gutachten missverständliche oder für den Bescheid aus sonstigen Gründen ungeeignete Formulierungen enthalten, hat der Prüfarzt die erforderliche Klarstellung vorzunehmen. Wenn der Prüfarzt eine abweichende Auffassung vertritt, soll er eine Abstimmung mit dem Gutachter anstreben.

15 Entscheidung über die Anerkennung einer Schädigungsfolge oder Feststellung einer Behinderung durch die Versorgungsverwaltung

15

Nicht der Arzt entscheidet über die Anerkennung einer Schädigungsfolge oder über die Feststellung einer Behinderung. Der Gutachter bildet sich bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht unter Zugrundelegung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse ein Urteil über die Kausalitätsfragen, er bewertet nach medizinischen Gesichtspunkten den GdB/MdE-Grad entsprechend dem Inhalt des GdB/MdE-Begriffs, er beurteilt bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen. Die Entscheidung trifft die Verwaltung.

Fragen des Untersuchten, wie sich das Untersuchungsergebnis voraussichtlich auswirken wird, kann der Gutachter nur mit dem Hinweis beantworten, das ärztliche Gutachten sei für die Verwaltung nicht zwingend, sondern nur ein Vorschlag für ihre Entscheidung. Außerdem darf der Gutachter nicht übersehen, dass seine Beurteilung in der Regel noch einer Überprüfung durch einen auf dem Gebiet der Sachverständigentätigkeit besonders erfahrenen Arzt unterliegt. Äußerungen des Gutachters zu der zu erwartenden oder getroffenen Entscheidung können leicht zu Schwierigkeiten für die Behörde, den Gutachter und den Untersuchten selbst führen.

GRUNDBEGRIFFE

16

16 Schädigungsfolge

Als Schädigungsfolge wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die mit einer nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigenden Schädigung in ursächlichem Zusammenhang steht.

Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bemessen.

Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Abweichungen vom Gesundheitszustand, die keine MdE bedingen (z.B. funktionell bedeutungslose Narben, Verlust von Zähnen).

17

17 Behinderung

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

18

18 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) Grad der Behinderung (GdB)

(1) MdE und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass die MdE kausal (nur auf Schädigungsfolgen) und der GdB final (auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache) bezogen sind. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. MdE und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Aus dem GdB/MdE-Grad ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. GdB und MdE sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffen sein berücksichtigt werden muss (siehe Nummer 48).

Die Anerkennung von verminderter Erwerbsfähigkeit durch einen Rentenversicherungsträger oder die Feststellung einer Dienstunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf den GdB/MdE-Grad, wie umgekehrt aus dem GdB/MdE-Grad nicht auf die genannten Leistungsvoraussetzungen anderer Rechtsgebiete geschlossen werden kann.

(2) GdB und MdE setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies gilt für Kinder in gleicher Weise wie für alte Menschen.

Physiologische Veränderungen im Alter sind daher bei der GdB/MdE-Beurteilung 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.

Hierzu gehören z. B.:

- ▶ die altersbedingte allgemeine Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit (weniger Kraft, Ausdauer, Belastbarkeit),
- ▶ die allgemeine Verminderung der Leistungsbreite des Herzens und der Lungen durch physiologische Gewebeatmung (entsprechend den altersabhängigen Sollwerten der EGKS – siehe Nummer 8 Absatz 4),
- ▶ eine leichte Verminderung der Beweglichkeit der Gliedmaßen und der Wirbelsäule (= geringgradige Abweichungen von den Normwerten der Bewegungsmessungen nach der Neutral-0-Methode – siehe Nummer 8 Absätze 10 bis 14),
- ▶ das Nachlassen von Libido oder Potenz,
- ▶ das altersentsprechende Nachlassen des Gedächtnisses, der geistigen Beweglichkeit und der seelischen Belastbarkeit,
- ▶ die altersspezifischen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit (Presbyopie = Erschwerung bis Verlust der Nahadaptation, Presbyakusis = altersbegleitender Hochton-Hörverlust).

Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d.h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, beispielsweise

- ▶ Geschwülste,
- ▶ Folgen arteriosklerotisch bedingter Organerkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit, Arterienverschlüsse),

- ▶ stärkere, nicht als altersentsprechend beurteilbare Bewegungseinschränkungen durch Arthrosen,
- ▶ Schmerzsyndrome bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (z.B. Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalgie) und
- ▶ über das Alterstypische wesentlich hinausgehende hirnorganische Abbauerscheinungen (z.B. Demenzen vom Alzheimer-Typ oder bei zerebrovaskulärer Insuffizienz) bei der MdE/GdB-Beurteilung zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z.B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden.

(3) Der GdB ist in Zehnergraden, die MdE in Vomhundertsätzen anzugeben. Die Werte für die verschiedenartigen Gesundheitsstörungen leiten sich dabei von Mindestvomhundertsätzen ab, die in der – auch bei der Begutachtung behinderter Menschen zu beachtenden – Verwaltungsvorschrift Nummer 5 zu § 30 des Bundesversorgungsgesetzes für erhebliche äußere Körperschäden angegeben sind.

Die in der GdB/MdE-Tabelle aufgeführten Werte sind diesen Mindestvomhundertsätzen angepasst. Sie sind aus langer Erfahrung gewonnen und stellen altersunabhängige (auch trainingsunabhängige) Mittelwerte dar. Je nach der besonderen Lage des Einzelfalls kann von den Tabellenwerten mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden (z.B. besondere Schmerzen oder seelische Begleiterscheinungen – siehe Absatz 8 – oder fast vollständiger Ablauf einer Heilungsbewährung bei Antragstellung).

(4) Da GdB und MdE ihrer Natur nach nur annähernd bestimmt werden können, sind bei der GdB-Bewertung nur Zehnerwerte, bei der MdE-Bewertung in der Regel nur Werte anzugeben, die durch 10 teilbar sind. 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 GdB/MdE-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. Für die GdB-Beurteilung ist deshalb zu beachten, dass in den Fällen, in denen die Gesundheitsstörung auch nur wenig günstiger ist, als in der GdB/MdE-Tabelle beschrieben, der Zehnergrad unter dem Fünfergrad anzusetzen ist; entspricht die Gesundheitsstörung genau der beschriebenen oder ist sie etwas ungünstiger, ist der über dem Fünfergrad gelegene Zehnergrad anzunehmen.

(5) GdB und MdE setzen 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 – über einen Zeitraum von sechs Monaten nach Krankheitsbeginn hinaus – der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: Magengeschwürsleiden, chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), dann können die zeitweiligen Verschlechterungen – im Hinblick auf die dann anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB/MdE-Beurteilung von dem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.

(6) Stirbt ein Antragsteller innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Wert 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 bei natürlicher Betrachtungsweise Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod einen einheitlichen Vorgang darstellen.

(7) Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind bei der GdB/MdE-Beurteilung nicht zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung bei Gesundheitsstörungen, die zu Rezidiven neigen, stellt eine andere Situation dar (siehe hierzu auch Nummer 24 Absatz 3); während der Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung ist ein höherer GdB/MdE-Wert, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt, gerechtfertigt.

(8) Bei der GdB/MdE-Beurteilung sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten.

Die in der GdB/MdE-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z.B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust).

Gehen seelische Begleiterscheinungen erheblich über die dem Ausmaß der organischen Veränderungen entsprechenden üblichen seelischen Begleiterscheinungen hinaus, so ist eine höhere GdB/MdE-Bewertung berechtigt. Vergleichsmaßstab kann aber – im Interesse einer gerechten Beurteilung – nicht der behinderte Mensch sein, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet; Beurteilungsgrundlage ist wie immer 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.

Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdB/MdE-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. In den Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantom-schmerzen); ein Phantomgefühl allein bedingt keine zusätzliche GdB/MdE-Bewertung.

(9) Wird der Gutachter nach dem Schwerbehindertenrecht zu einer Beurteilung des GdB aufgefordert, so ist er nicht an Feststellungen, die nach anderen Gesetzen getroffen worden sind, gebunden. Umgekehrt gilt das gleiche.

19

19 Gesamt-GdB/MdE-Grad

(1) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar (unter Berücksichtigung der Nr. 18 Absatz 4) Einzel-GdB/MdE-Grade anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB/MdE-Grades durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB/MdE-Grades ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

(2) Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdB/MdE-Werte angegeben sind.

Ein Gesamt-GdB/MdE-Grad von 50 kann beispielsweise nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung (siehe Nummern 26.8 und 26.9), bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung usw.

(3) Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB/MdE-Grades ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau beachtet werden, dass die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander unterschiedlich sein können:

- ▶ Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.

Beispiel: Beim Zusammentreffen eines insulinpflichtigen Diabetes mit einer Hörbehinderung und einer Gehbehinderung ist der behinderte Mensch in drei verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens betroffen, wobei jeder Bereich der Schwere der einzelnen Gesundheitsstörung entsprechend bei der Gesamt-Beurteilung zu beachten ist.

- ▶ 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.

- ▶ Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden.

Beispiel: Neben einem Herzschaden mit schwererer Leistungsbeeinträchtigung liegen ein Lungenemphysem und ein leichter Schaden an

einem Fuß vor. Die Gehfähigkeit und gesamte Leistungsfähigkeit wird schon durch den Herzschaden sehr eingeschränkt, sodass sich die anderen beiden Gesundheitsschäden nur noch wenig auswirken können.

- Die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung gar nicht verstärkt.

Beispiel: Peronäuslähmung und Versteifung des Fußgelenks in günstiger Stellung an demselben Bein.

(4) Von Ausnahmefällen (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB/MdE-Grad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB/MdEGrad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

20

20 Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung

(1) Die Begriffe der „Erwerbsunfähigkeit“ und der „Erwerbsminderung“ gibt es mit unterschiedlichem Inhalt in mehreren Gesetzen, wobei für den Gutachter vor allem die Definitionen im sozialen Entschädigungsrecht einerseits und in der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits von Bedeutung sind.

(2) Im sozialen Entschädigungsrecht ist Erwerbsunfähigkeit anzunehmen, wenn eine MdE von mehr als 90 v.H. vorliegt (§ 31 Abs. 3 BVG).

(3) Die Erwerbsminderung (teilweise oder voll) in der gesetzlichen Rentenversicherung ist demgegenüber vom GdB/MdE-Grad unabhängig. Hier ist der Begriff der Erwerbsminderung allein auf die Einschränkung der Möglichkeit, eine Erwerbstätigkeit in bestimmtem zeitlichen Umfang auszuüben, bezogen: Die Voraussetzungen für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente sind in § 43 SGB VI geregelt.

(4) Hinsichtlich Einkommensteuerrecht siehe Nummer 27.

21

21 Hilflosigkeit

(1) Für die Gewährung einer Pflegezulage im sozialen Entschädigungsrecht (§ 35 Abs. 1 BVG) ist Grundvoraussetzung, dass der Beschädigte (infolge der Schädigung) „hilflos“ ist. Derselbe Begriff findet sich im Schwerbehindertenrecht (§ 145 Absatz 1 SGB IX) und im Einkommensteuergesetz (§§ 33a

und 33b – siehe Nummer 27). Die Grundvoraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit sind in den genannten Rechtsgebieten identisch. Der Begriff der Hilflosigkeit ist zu trennen von dem Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und § 68 BSHG bzw. § 26c BVG.

(2) Als hilflos ist derjenige anzusehen, der infolge von Gesundheitsstörungen - nach Teil 2 SGB IX und dem Einkommensteuergesetz - „nicht nur vorübergehend“ – für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. 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.

(3) 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 nach Absatz 2 auch dann vor, wenn ein psychisch oder geistig behinderter Mensch zwar bei zahlreichen Verrichtungen des täglichen Lebens keiner Handreichungen bedarf, er diese Verrichtungen aber infolge einer Antriebsschwäche ohne ständige Überwachung nicht vornimmt. Die ständige Bereitschaft ist z.B. dann anzunehmen, wenn Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist.

(4) Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist dann 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 Hemodialyse 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.

(5) Ob ein Zustand der Hilflosigkeit besteht, ist damit eine Frage des Tatbestandes, die nicht allein nach dem medizinischen Befund beurteilt werden kann; diese Frage ist vielmehr unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände des einzelnen Falles zu entscheiden, wobei auch von Bedeutung sein kann, welche Belastungen dem behinderten Menschen nach Art und Ausdehnung des Leidens zugemutet werden dürfen.

(6) 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 bei

- ▶ Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung (siehe Nummer 23),
- ▶ Querschnittslähmung und anderen Behinderungen, die auf Dauer und ständig – auch innerhalb des Wohnraums – die Benutzung eines Rollstuhls erfordern,

in der Regel auch bei

- ▶ Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderungen allein einen GdB/MdEGrad von 100 bedingen,
- ▶ Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen, ausgenommen Unterschenkel- oder Fußamputation beiderseits, bei der immer eine individuelle Prüfung erforderlich ist. (Als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mindestens der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).

(7) 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.

(8) Stirbt ein behinderter Mensch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist die Frage der Hilflosigkeit analog der Nummer 18 Absatz 6 zu beurteilen.

(9) Hinsichtlich der Voraussetzungen für die Pflegezulagestufen im sozialen Entschädigungsrecht siehe Nummer 50.

22

22 Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen

(1) Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur die in Nummer 21 Absatz 3 Sätze 1 und 2 genannten „Verrichtungen“ zu beachten. Auch die Anleitung zu diesen „Verrichtungen“ und 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.

(2) 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 (z.B. bei blinden Kindern, hirngeschädigten Kindern mit einem GdB/MdE-Grad von 100).

(3) 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 niedrigeren GdB/MdE-Werten Hilflosigkeit vorliegen kann.

(4) Bei angeborenen oder im Kindesalter aufgetretenen Behinderungen ist im Einzelnen folgendes zu beachten:

- a) Bei geistiger Behinderung kommt häufig auch bei einem GdB/MdE-Grad 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.
- b) 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.
- c) Bei hirnorganischen Anfallsleiden ist häufiger als bei Erwachsenen auch bei GdB/MdE-Werten unter 100 unter Berücksichtigung der Anfallsart, Anfallsfrequenz und eventueller Verhaltensauffälligkeiten die Annahme von Hilflosigkeit gerechtfertigt.
- d) Wie bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung ist bei Kindern auch bei Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdB/MdE-Grad von wenigstens 80 bedingen, - und bei diesen Behinderten dann bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte - Hilflosigkeit anzunehmen.
- e) 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.

- f) Bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumensegelspalte ist bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) 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.
- g) Beim Bronchialasthma schweren Grades (siehe Nummer 26.8) ist Hilflosigkeit in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen (dauernde Überwachungs- und Förderungsnotwendigkeit, dauernde Bereitschaft einer Hilfsperson wegen lebensbedrohlicher Zustände durch Serien schwerer Anfälle).
- h) Bei angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden ist bei einer schweren Leistungsbeeinträchtigung entsprechend der in Nummer 26.9 angegebenen Gruppen 3 und 4 Hilflosigkeit anzunehmen (die Kinder müssen ständig zwecks Vermeidung von gefährlichen Herz-Kreislaufbelastungen oder von Verletzungsgefahr unter Antikoagulantienbehandlung überwacht werden), und zwar bis zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit (z.B. durch Operation), längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.
- i) Bei Behandlung mit künstlicher Niere ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen (Dialyse ist komplizierter als bei Erwachsenen, Kinder benötigen dabei ständige Aufsicht, außerdem ist auch an den Tagen zwischen den Dialysen eine dauernde Überwachung erforderlich). Bei einer Niereninsuffizienz, die für sich allein einen GdB/MdE-Grad von 100 bedingt, sind Hilfeleistungen in ähnlichem Umfang erforderlich, sodass auch hier bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres die Annahme von Hilflosigkeit begründet ist.
- k) Beim Diabetes mellitus ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, bei fortbestehender unausgeglichener Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzunehmen (ständige Überwachung erforderlich wegen der Gefahr hypoglykämischer Schocks, zwecks strenger Einhaltung der Diät und zur Dosierung des Insulins sowie im Hinblick auf die notwendigen körperlichen Betätigungen).

- l) Bei Phenylketonurie ist Hilflosigkeit ab Diagnosestellung – in der Regel bis zum 14. Lebensjahr – anzunehmen (ständige Überwachung und Anleitung zur genauen Einhaltung der Diät). Über das 14. Lebensjahr hinaus kommt Hilflosigkeit in der Regel nur noch dann in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.

Anmerkungen:

Die anderen in diesem Absatz ursprünglich genannten Stoffwechselkrankheiten wurden gestrichen, da die Frage der Hilflosigkeit nur im Einzelfall zu beurteilen ist. Homozystinurie und Ahorn-Sirup-Krankheit sind sehr selten und zeigen unterschiedliche Verlaufsformen, so dass die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit nicht generell vorliegen. Bei der Galaktosämie ergibt sich die Hilflosigkeit unabhängig von der Art der Diätdurchführung aus dem Ausmaß der geistigen Behinderung (vgl. Nummer 22 Abs. 4 Buchst. a).

- m) Bei der Mukoviszidose ist bei der Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen (z.B. ständige Überwachung hinsichtlich Bronchialdrainagen und Inhalationen, Anleitung zur und Überwachung der Nahrungsaufnahme, psychische Führung) – im Allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres – Hilflosigkeit anzunehmen. Das ist immer der Fall bei Mukoviszidose, die für sich allein einen GdB von wenigstens 50 bedingt (siehe Nummer 26.15). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kommt Hilflosigkeit bei schweren und schwersten Einschränkungen (s. Nummer 26.15) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Betracht.
- n) Bei malignen Erkrankungen (z.B. akute Leukämie) ist Hilflosigkeit für die Dauer der zytostatischen Therapie anzunehmen (ständige Überwachung wegen Infektions- und Blutungsgefahr erforderlich).
- o) Bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten (z.B. nach Organtransplantation) schweren Immundefekten ist Hilflosigkeit für die Dauer des Immunmangels, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich macht, anzunehmen.
- p) Bei der Hämophilie ist bei Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung – und damit schon bei einer Restaktivität von antihämphilem 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.

- q) 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, soweit nicht die vorliegenden Bewegungsbehinderungen allein Hilflosigkeit bedingen. Wenn die Gelenksituation allein Hilflosigkeit nicht begründet, ist bei der systemischen Verlaufsform (Still-Syndrom) und anderen systemischen Bindegewebskrankheiten (z.B. Lupus erythematodes, Sharp-Syndrom, Dermatomyositis) für die Dauer des aktiven Stadiums Hilflosigkeit anzunehmen. Anschließend kommt Hilflosigkeit hier noch in Betracht – und dann oft bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres –, soweit Folgen des aktiven Prozesses (z.B. Myo-, Perikarditis, Amyloidose) entsprechende Hilfen erfordern.
- r) Bei der Osteogenesis imperfecta ist die Frage der Hilflosigkeit, soweit nicht Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen allein Hilflosigkeit bedingen, 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.
- s) 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 (ständige Überwachung zur Allergenvermeidung – z.B. durch strenge Einhaltung einer Diät –, Notwendigkeit ständiger Bereitschaft einer Hilfsperson wegen der Gefahr eines anaphylaktischen Schocks).
- t) Bei der Zöliakie kommt Hilflosigkeit nur ausnahmsweise in Betracht, wenn die Krankheit so spät festgestellt wurde, dass es bereits zu schweren Auswirkungen gekommen ist. Auch in solchen Fällen ist durch Einstellung auf eine entsprechende Diät eine Konsolidierung des Zustandes nach etwa einem Jahr erreicht. Danach sind – wie auch nach rechtzeitiger Feststellung der Zöliakie – die Auswirkungen der Krankheit bei Kindern – auch bei gelegentlichen Diätfehlern – so gering, dass keine Hilfeleistungen in einem Umfang erforderlich sind, der die Annahme von Hilflosigkeit rechtfertigen könnte. Der Umfang der notwendigen Hilfeleistungen bei der Zöliakie ist regelmäßig wesentlich geringer als etwa bei Kindern mit Phenylketonurie oder mit Diabetes mellitus.

(5) Bei selteneren, in Absatz 4 nicht genannten Behinderungen ist die Frage der Hilflosigkeit unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarfs analog zu beurteilen.

(6) Wenn bei Kindern und Jugendlichen Hilflosigkeit festgestellt worden ist, muss bei der Beurteilung der Frage einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse (siehe Nummer 24) folgendes beachtet werden:

Die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit können nicht nur infolge einer Besserung der Gesundheitsstörungen, sondern auch dadurch entfallen, dass der behinderte Mensch infolge des Reifungsprozesses ausreichend gelernt hat – etwa nach Abschluss der Pubertät –, wegen der Behinderung erforderliche Maßnahmen, die vorher von Hilfspersonen geleistet oder überwacht werden mussten, selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen.

23 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung

23

(1) Nach dem BVG, dem Teil 2 SGB IX und EStG sowie dem StVG muss die Frage beantwortet werden, ob Blindheit vorliegt.

(2) Blind ist der behinderte Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch der behinderte Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe (siehe Nummer 26.4) auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzuachten sind.

(3) Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 (1/50) oder weniger gleichzusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (siehe auch Nummer 26.4) bei folgenden Fallgruppen vor:

- a) 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,
- b) 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,
- c) 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,

- d) 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,
 - e) 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,
 - f) 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,
 - g) bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
- (4) Blind ist auch der behinderte Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen.
- (5) Für die Feststellung von Hilflosigkeit (siehe Nummer 21 Absatz 6) ist im Übrigen von Bedeutung, ob eine hochgradige Sehbehinderung vorliegt.

Hochgradig in seiner Sehfähigkeit behindert ist derjenige, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,05 (1/20) beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleichzuachtende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdB/MdE-Grad von 100 bedingt und noch nicht Blindheit vorliegt.

24

24 Wesentliche Änderung der Verhältnisse

- (1) Liegt bereits eine bindende Entscheidung über Schädigungsfolgen oder Behinderungen vor, muss nach § 48 SGB X bei neuen Anträgen oder auch bei Nachprüfungen von Amts wegen beurteilt werden, ob in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Verwaltungsaktes vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist.
- (2) Eine Neufeststellung ist nur insoweit zulässig, als sich die Verhältnisse nach der letzten Feststellung wesentlich geändert haben. 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 GdB/MdE-Grades wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist auch gegeben, wenn die entscheidenden Voraussetzungen für weitere Leis-

tungen im sozialen Entschädigungsrecht (z.B. Pflegezulage) oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind. Zur wesentlichen Änderung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen wird auf Nummer 22 Abs. 6 verwiesen.

(3) Nach der Behandlung von Krankheiten, die zu Rezidiven neigen (z.B. bösartige Geschwulstkrankheit, chronische Osteomyelitis), und nach Transplantationen innerer Organe ist bei der Herabsetzung des GdB/MdE-Grades Zurückhaltung zu üben. Auch bei gleich bleibenden Symptomen ist eine Neubewertung später zulässig, weil die Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt. Siehe hierzu auch Nummer 18, Absatz 7.

(4) Bei Überprüfungen und Neufeststellungen wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse ist stets von den seinerzeit tatsächlich vorhandenen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen. Das bedeutet, dass in den Fällen, in denen nach den im Zeitpunkt der Entscheidung maßgebenden Beurteilungskriterien der GdB/MdE-Grad zu hoch angesetzt und bindend festgestellt worden ist, eine wesentliche Änderung der Verhältnisse – z.B. eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes – nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung des GdB/MdE-Grades führt.

(5) Im sozialen Entschädigungsrecht sind bei Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, die MdE und die Schwerstbeschädigtenzulage bei Besserung des Gesundheitszustandes nicht niedriger festzusetzen, wenn sie in den letzten zehn Jahren seit Feststellung unverändert geblieben sind (§ 62 Abs. 3 BVG).

(6) Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht ist bei einer Zunahme des Leidensumfangs zusätzlich zu prüfen, ob die Weiterentwicklung noch Folge einer Schädigung ist (siehe Nummer 42 Absätze 2 und 3, Nummer 47 Absätze 2 und 3).

Bei gleich bleibendem 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“).

25 Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen

25

(1) Wenn keine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, kommt eine Rücknahme einer bindend gewordenen Entscheidung über Schädigungsfolgen oder Behinderungen nur unter bestimmten Voraussetzungen in Betracht.

Für den Gutachter sind nur von Bedeutung die Rücknahme einer Entscheidung zugunsten des Betroffenen nach § 44 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes) und zuungunsten des Betroffenen nach § 45 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes).

(2) Eine Rücknahme des Verwaltungsaktes nach § 44 SGB X zugunsten des Betroffenen setzt voraus, dass bei Erlass des Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist.

Eine gutachtliche Beurteilung kann in diesem Sinne beispielsweise unrichtig sein, wenn die vorliegende Gesundheitsstörung falsch beurteilt wurde (z.B. Fehldiagnose, unrichtige Einschätzung des Ausmaßes der Gesundheitsstörung) oder wenn sich – bei Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht – der angenommene Sachverhalt zur Gesundheitsschädigung oder die Kausalitätsbeurteilung als unrichtig erwiesen haben und wenn nach den Grundsätzen, die bei erstmaliger Entscheidung zu berücksichtigen sind, eine für den Betroffenen günstigere Beurteilung zu treffen ist.

(3) Zuungunsten des Betroffenen kann nach § 45 SGB X eine rechtswidrige Verwaltungsentscheidung unter Berücksichtigung des Grundsatzes des Vertrauensschutzes nur unter strengen Voraussetzungen zurückgenommen werden. Diese sind vor allem von verwaltungsseitigen Feststellungen abhängig. Für den Gutachter ist von Bedeutung, dass es bei der Beurteilung der Rechtswidrigkeit auf die medizinischen Erkenntnismöglichkeiten und auf den Stand der Wissenschaft im Zeitpunkt der Überprüfung, nicht dagegen im Zeitpunkt der früheren Entscheidung ankommt.

GdB/MdE-TABELLE

26.1

26.1 Allgemeine Hinweise zur GdB/MdE-Tabelle

(1) Die nachstehend genannten GdB/MdE-Sätze sind Anhaltswerte. Es ist unerlässlich, alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet in jedem Einzelfall zu berücksichtigen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung. Auf die Nummern 18 und 19 wird verwiesen.

(2) Bei Gesundheitsstörungen, die im folgenden nicht aufgeführt sind, ist der GdB/MdE-Grad in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen zu beurteilen.

(3) Nach Transplantationen innerer Organe und nach der Behandlung bestimmter Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, ist bei der GdB/MdE-Bemessung eine Heilungsbewährung abzuwarten (siehe Nummer 18 Absatz 7 und Nummer 24 Absatz 3).

Insbesondere gilt dies bei malignen Geschwulstkrankheiten. Für die häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten sind im folgenden GdB/MdE-Anhaltswerte 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. Ein Zeitraum von zwei bzw. drei Jahren kommt nur bei bestimmten, in der GdB/MdE-Tabelle besonders genannten Tumorformen in Betracht, bei denen medizinisch-wissenschaftlich gesichert ist, dass zwei bzw. drei Jahre nach Beseitigung der Geschwulst die Rezidivgefahr nur noch sehr gering ist. 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. Die aufgeführten GdB/MdE-Werte beziehen den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung – z.B. langdauernde schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie – sind gegebenenfalls zusätzlich 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 GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 bedingt, im allgemeinen nach Geschwulstbeseitigung im Frühstadium ein GdB/MdE-Grad von 50 und nach Geschwulstbeseitigung in

anderen Stadien ein GdB/MdE-Grad von 80 angemessen. Bedingen der verbliebene Organ- oder Gliedmaßenschaden und/oder außergewöhnliche Folge- oder Begleiterscheinungen der Behandlung einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

26.2 26.2 Kopf und Gesicht

Substanzverluste am knöchernen Schädel und Schädelbrüche sind selten isoliert, vielmehr meist im Zusammenhang mit den Störungen durch die vom Schädel eingeschlossenen Organe zu bewerten.

GdB/MdE-Grad

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
(Zu den Entstellungen siehe auch Nummer 26.17)	

Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichts	50
---	----

Eine abstoßend wirkende Gesichtsentstellung liegt vor, wenn die Entstellung bei Menschen, die nur selten Umgang mit behinderten Menschen haben, üblicherweise Missempfindungen wie Erschrecken oder Abscheu oder eine anhaltende Abneigung gegenüber dem behinderten Menschen auszulösen vermag.

Bei hochgradigen Gesichtsentstellungen mit außergewöhnlichen psychoreaktiven Störungen kommen entsprechend höhere Werte in Betracht.

GdB/MdE-Grad

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 mehrmals wöchentlich)	70 – 80

Echte Migräne

je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung
der Begleitscheinungen (vegetative Störungen, Augen-
symptome, andere zerebrale Reizerscheinungen)

leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)	0 – 10
mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)	20 – 40
schwere Verlaufsform (langdauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleit- erscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)	50 – 60

Periphere Fazialisparese

einseitig

kosmetisch nur wenig störende Restparese	0 – 10
ausgeprägtere Restparese oder Kontrakturen	20 – 30
komplette Lähmung oder entstellende Kontraktur	40

beidseitig komplette Lähmung	50
------------------------------------	----

26.3 26.3 Nervensystem und Psyche

Hirnschäden

Hirnbeschädigte sind behinderte Menschen, bei denen das Gehirn in seiner Entwicklung gestört wurde oder durch äußere Gewalteinwirkung, Krankheit, toxische Einflüsse oder Störungen der Blutversorgung organische Veränderungen erlitten und nachweisbar behalten hat.

Als nachgewiesen ist ein solcher Hirnschaden anzusehen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns – nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase – festgestellt worden sind; dies gilt auch, wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind (GdB/MdE-Grad dann – auch unter Einschluss geringer z.B. vegetativer Beschwerden – 20; nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30).

Bestimmend für die Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommen für die GdB/MdE-Beurteilung Sätze zwischen 20 und 100 in Betracht.

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.

Bei einem mit Ventil versorgten Hydrozephalus ist ein GdB/MdE-Grad von wenigstens 30 anzusetzen.

Nicht nur vorübergehende vegetative Störungen nach Gehirnerschütterung (reversible und morphologisch nicht nachweisbare Funktionsstörung des Gesamthirns) rechtfertigen im ersten Jahr nach dem Unfall einen GdB/MdE-Grad von 10 – 20.

Bei der folgenden GdB/MdE-Tabelle der Hirnschäden soll die unter A genannte Gesamtbewertung im Vordergrund stehen. Die unter B angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

GdB/MdE-Grad

A. Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

1. Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung	30 – 40
2. Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung ..	50 – 60
3. Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung	70 – 100

B. Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen (bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht auch zur Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage):

Organisch-psychische Störungen

Hierbei wird zwischen hirnorganischen Allgemeinsymptomen, intellektuellem Abbau (Demenz) und hirnorganischen Persönlichkeitsveränderungen unterschieden, die jedoch oft kombiniert sind und fließende Übergänge zeigen können.

Zu den hirnorganischen Allgemeinsymptomen („Hirnleistungsschwäche“) werden vor allem Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit und der Konzentration, Reizbarkeit, Erregbarkeit, vorzeitige Ermüdbarkeit, Einbuße an Überschau- und Umstellungsvermögen und psychovegetative Labilität (z.B. Kopfschmerzen, vasomotorische Störungen, Schlafstörungen, affektive Labilität) gerechnet.

Die hirnorganische Persönlichkeitsveränderung („hirnorganische Wesensänderung“) wird von einer Verarmung und Vergröberung der Persönlichkeit mit Störungen des Antriebs, der Stimmungslage und der Emotionalität, mit Einschränkung des Kritikvermögens und des Umweltkontaktes sowie mit Akzentuierungen besonderer Persönlichkeitseigenarten bestimmt.

Auf der Basis der organisch-psychischen Veränderungen entwickeln sich nicht selten zusätzliche psychoreaktive Störungen.

Hirnschäden mit psychischen Störungen
(je nach vorstehend beschriebener Art)

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

GdB/MdE-Grad

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 Nummer 26.5) 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 Gliedmaßen ..	30
bei ausgeprägteren Teillähmungen und vollständigen Lähmungen ist der GdB/MdE-Grad aus Vergleichen mit den nachfolgend aufgeführten 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 Verlangsamung	50 – 70
schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität ..	80 – 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 GdB/MdE-Grade als bei generalisierten (z.B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

GdB/MdE-Grad

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 GdB/MdE-Grad mehr anzunehmen.

Narkolepsie

Je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tages-schläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungserscheinungen, Schlaf lähmungen – häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) sind im allgemeinen GdB/MdE-Grade von 50 bis 80 anzusetzen. Selten kommen auch GdB/MdE-Grade von 40 (z.B.

bei gering ausgeprägter Tagesschläfrigkeit in Kombination mit seltenen Schlafähmungen und hypnagogen Halluzinationen) oder auch über 80 (bei ungewöhnlich starker Ausprägung) in Betracht.

Hirntumoren

Die GdB/MdE-Bewertung 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 GdB/MdE-Grad allein nach dem verbliebenen Schaden.

Bei Tumoren wie Oligodendrogliom, Ependyom, Astrozytom II, ist der GdB/MdE-Grad, wenn eine vollständige Tumorentfernung nicht gesichert ist, nicht niedriger als 50 anzusetzen.

Bei malignen Tumoren (z.B. Astrozytom III, Glioblastom, Medulloblastom) ist der GdB/MdE-Grad 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; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit (im Frühstadium) bei geringer Leistungsbeeinträchtigung 50.

Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter

Die GdB/MdE-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.

Entwicklungsstörungen im Kleinkindesalter

Die Beurteilung setzt eine standardisierte Befunderhebung mit Durchführung geeigneter Testverfahren und Bestimmung des Entwicklungsquotienten (EQ) voraus. (Nachuntersuchung mit Beginn der Schulpflicht)

GdB/MdE-Grad**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 (selten)	50

**Globale Entwicklungsstörungen (Einschränkungen in den Berei-
chen Sprache und Kommunikation, Wahrnehmung und Spielver-
halten, Motorik, Selbständigkeit, soziale Integration)****je nach Ausmaß der sozialen Einordnungsstörung und der Ver-
haltensstörung (z.B. Hyperaktivität, Aggressivität)**

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

**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 In-
telligenzrückstand entsprechend einem Intelligenz-Alter (IA)
von etwa 10 bis 12 Jahren bei Erwachsenen (I.Q. von etwa 70 bis
60)**

GdB/MdE-Grad

- ▶ 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, oder
wenn sich nach Abschluss der Schule noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen bestehen, oder
wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte erreicht werden kann Menschen . 30 – 40
- ▶ wenn während des Schulbesuchs die oben genannten Störungen stark ausgeprägt sind oder mit einem Schulversagen zu rechnen ist, oder
wenn nach Abschluss der Schule auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung oder sozialer Einordnung geschlossen werden kann, oder
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 Erwachsenen (I.Q. 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

GdB/MdE-Grad**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 langdauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten (z.B. Integration in der Normalschule nicht möglich)	50 – 80
---	---------

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 Anpassungsschwierigkeiten	10 – 20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30 – 40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50 – 70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80 – 100

Affektive Psychose mit relativ kurzdauernden, 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 langdauernder psychotischer Episoden ist im allgemeinen (Ausnahme siehe unten) eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
sonst	30

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.

GdB/MdE-Grad

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen

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 Anpassungsschwierigkeiten 50 – 70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80 – 100

Alkoholkrankheit, -abhängigkeit

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

Die GdB/MdE-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 GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen, es sei denn, dass der Organschaden noch einen höheren GdB/MdE-Grad bedingt.

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 GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen.

GdB/MdE-Grad

Rückenmarkschäden

Unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30 – 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30 – 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kaudaschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	60 – 80
Unvollständige Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	100
Vollständige Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion	100
Vollständige Brustmark-, Lendenmark-, oder Kaudaschädigung mit vollständiger Lähmung der Beine und Störungen der Blasen und/oder Mastdarmfunktion	100

Die Bezeichnung „Querschnittslähmung“ ist den Fällen vorzubehalten, in denen quer durch das Rückenmark alle Bahnen in einer bestimmten Höhe vollkommen unterbrochen sind.

Multiple Sklerose

Der GdB/MdE-Grad richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen. Zusätzlich ist die aus dem klinischen Verlauf sich ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen.

Polyneuropathien

Bei den Polyneuropathien können sich Funktionsbeeinträchtigungen – zum Teil abhängig von der Ursache – überwiegend aus motorischen Ausfällen (mit Muskelatrophien) oder mehr oder allein aus sensiblen Störungen und schmerzhaften Reizerscheinungen ergeben. Der GdB/MdE-Grad motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden (siehe Nummer 26.18) einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen – z.B. bei Feinbewegungen – führen können.

Spina bifida

Der GdB/MdE-Grad wird durch das Ausmaß des Rückenmarkschadens (siehe oben) bestimmt. Daneben sind häufig ein Hydrozephalus und eine entsprechende Hirnschädigung zu berücksichtigen.

26.4 Sehorgan

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

Neben den Funktionen des Sehvermögens sind auch nachweisbare Reizerscheinungen, Tränenträufeln, Empfindlichkeit gegen äußere Einwirkungen (Licht, Staub, Chemikalien usw.) sowie andere Erkrankungen des Auges und seiner Umgebung zu beachten.

Die Sehschärfe ist grundsätzlich den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) entsprechend nach DIN 58220 zu prüfen, Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen (z.B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) zulässig. 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 GdB/MdE-Wert 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 GdB/MdE-Beurteilung bei Herabsetzung der Sehschärfe bildet die „MdE Tabelle der DOG“ auf Seite 52.

GdB/MdE-Grad

Verlust eines Auges mit dauernder, einer Behandlung nicht zugänglichen Eiterung der Augenhöhle	40
--	----

Linsenverlust

eines Auges

(korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse)

Sehschärfe 0,4 und mehr	10
-------------------------------	----

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

Sehschärfe weniger als 0,1	25 – 30
----------------------------------	---------

beider Augen

der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdB/MdE-Grad ist um 10 zu erhöhen.

Die GdB/MdE-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus. Maßgebend ist der objektive Befund.

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdB/MdE-Grad nach der Restsehschärfe.

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

MdE-Tabelle der DOG

RA Sehschärfe LA		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
		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

Anmerkungen

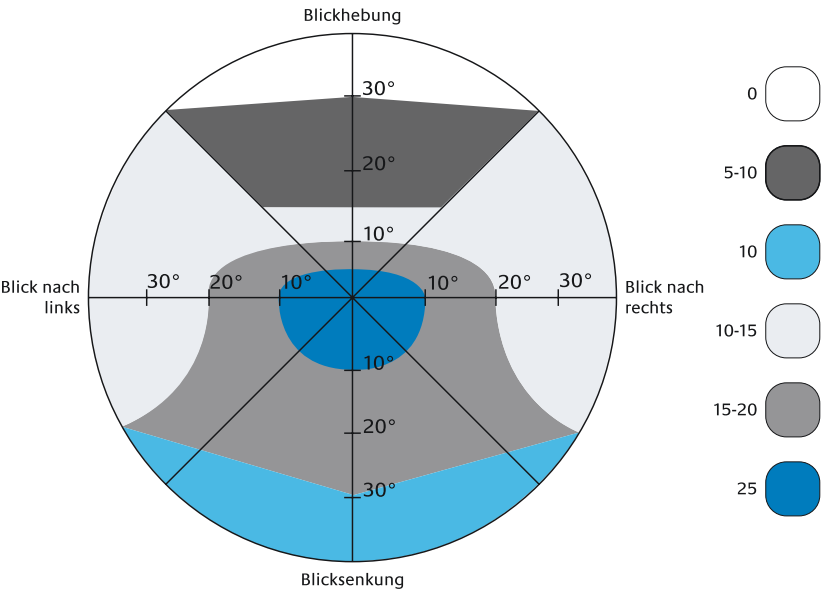
1. Die augenärztliche Untersuchung der Sehschärfe soll einäugig und beidäugig erfolgen. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen.
2. An die Stelle der mit * gekennzeichneten Werte tritt nach der Verwaltungsvorschrift Nummer 5 zu § 30 BVG ein GdB/MdE-Grad von 30.

GdB/MdE-Grad

Augenmuskellähmungen, Strabismus

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

bei Doppelbildern nur in einigen Blickfeld-bereichen bei sonst normalem Binokularesehen ergibt sich der GdB/MdE-Grad 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.

GdB/MdE-Grad

Lähmung des Oberlides mit nicht korrigierbarem vollständigen Verschuß des Auges	30
sonst	10 – 20

Fehlstellungen der Lider, Verlegung der Tränenwege mit Tränenträufeln

einseitig	0 – 10
beidseitig	10 – 20

Gesichtsfeldausfälle

Vollständige Halbseiten- und Quadrantenausfälle

Homonyme Hemianopsie	40
Bitemporale Hemianopsie	30
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 sind die GdB/MdE-Sätze entsprechend niedriger anzusetzen.

Gesichtsfeldeinengungen

Allseitige Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges

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

GdB/MdE-Grad

Allseitige Einengung doppelseitig	
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 1/3 ausgefallene Fläche	20
mindestens 2/3 ausgefallene Fläche	50
Bei Fehlen eines Auges sind die Skotome entsprechend höher zu bewerten.	
Ausfall des Farbensinns	0
Einschränkung der Dunkeladaptation (Nachtblindheit) oder des Dämmerungssehens	0 – 10
Bei Erkrankung des Auges (z.B. Glaukom, Netzhauterkrankungen) hängt der GdB/MdE-Grad vor allem vom Ausmaß der Sehbehinderung (z.B. Sehschärfe, Gesichtsfeld) ab. Darüber hinausgehende GdB/MdE-Werte kommen nur in Betracht, wenn zusätzlich über die Einschränkung des Sehvermögens hinausgehende erhebliche Beeinträchtigungen vorliegen.	
Nach Hornhauttransplantationen richtet sich der GdB/MdE-Grad allein nach dem Sehvermögen.	

GdB/MdE-Grad

Nach Entfernung eines malignen Augentumors (z.B. Melanom, Retinoblastom) ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

bei Tumorbegrenzung auf den Augapfel (auch bei Augapfelentfernung)	50
sonst	wenigstens 80

26.5 26.5 Hör- und Gleichgewichtsorgan

Maßgebend für die Bewertung des GdB/MdE-Grades 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 (s. Tab. D, S. 59) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes aus entsprechenden Tabellen abzuleiten (s. S. 58ff und Nummer 8 Absatz 16).

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

Sind mit der Hörstörung andere Erscheinungen z.B. Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, Artikulationsstörungen, außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8), verbunden, so kann der GdB/MdE-Grad entsprechend höher bewertet werden.

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

angeboren oder bis zum 7. Lebensjahr erworben (wegen der schweren Störung des Spracherwerbs)	100 (in der Regel lebenslang)
später erworben (im 8. bis 18. Lebensjahr) mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz)	100
sonst je nach Sprachstörung	80 – 90

Tabelle A

zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus den Werten der sprachaudiometrischen Untersuchung (nach Boenninghaus u. Röser 1973) – siehe Seite 58.

Tabelle B

zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve. Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztabelle nach Röser 1973) – siehe Seite 58.

Tabelle C

3-Frequenztabelle nach Röser 1980

für die Beurteilung bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit – siehe Seite 59.

Tabelle D

zur Ermittlung des GdB/MdE-Grades aus den Schwerhörigkeitsgraden für beide Ohren – siehe Seite 59.

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.

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

Tabelle C

		Tonverlust bei 1 kHz											
	dB von bis	0 5	5 10	15 20	25 30	35 40	45 50	55 60	65 70	75 80	85 90	95 100	
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		

Tabelle D

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

GdB/MdE-Grad**Gleichgewichtsstörungen**

(Normabweichungen in den apparativ erhobenen neurootologischen Untersuchungsbefunden bedingen für sich allein noch keinen GdB/MdE-Grad)

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 Belastungsstufe

30 – 40

GdB/MdE-Grad

mit schweren Folgen

- ▶ heftiger Schwindel, erhebliche Unsicherheit und Schwierigkeiten bereits bei Gehen und Stehen im Hellen und anderen alltäglichen Belastungen, teilweise Gehhilfe erforderlich 50 – 70
- ▶ bei Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder zu stehen 80

Ohrgeräusche (Tinnitus)

- ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen 0 – 10
- mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen .. 20
- mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) 30 – 40
- mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten mindestens 50

Menière-Krankheit

- ein bis zwei Anfälle im Jahr 0 – 10
- häufigere Anfälle, je nach Schweregrad. 20 – 40
- mehrmals monatlich schwere Anfälle 50
- Bleibende Hörstörungen und Ohrgeräusche (Tinnitus) sind zusätzlich zu bewerten.

Chronische Mittelohrentzündung

- ohne Sekretion oder einseitige zeitweise Sekretion 0
- einseitige andauernde Sekretion oder zeitweise beidseitige Sekretion 10
- andauernd beidseitige Sekretion 20

Radikaloperationshöhle

- reizlos 0
- bei unvollständiger Überhäutung und ständiger Sekretion
 - einseitig 10
 - beidseitig 20

	GdB/MdE-Grad
Verlust einer Ohrmuschel	20
Verlust beider Ohrmuscheln	30

26.6 26.6 Nase

Völliger Verlust der Nase	50
Teilverlust der Nase, Sattelnase	
wenig störend	10
sonst	20 – 30
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 Atembehinderung	10
doppelseitig mit starker Atembehinderung	20
Chronische Nebenhöhlenentzündung	
leichteren Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen)	0 – 10
schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen, Polypenbildung)	20 – 40
Völliger Verlust des Riechvermögens mit der damit verbundenen Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung	15
Völliger Verlust des Geschmackssinns	10

26.7 26.7 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.

GdB/MdE-Grad

Lippendefekt mit ständigem Speichelfluß.	20 – 30
Äußere Speichelfistel, Frey-Syndrom	
geringe Sekretion	10
sonst	20
Störung der Speichelsekretion (vermehrter Speichelfluß, Mundtrockenheit)	0 – 20
Schwere Funktionsstörung der Zunge durch Gewebsverlust, narbige Fixierung oder Lähmung je nach Umfang und Artikulationsstörung.	30 – 50
Behinderung der Mundöffnung (Schneidekantendistanz zwischen 5 und 25 mm) mit deutlicher Auswirkung auf die Nahrungsaufnahme	20 – 40
Kieferklemme mit Notwendigkeit der Aufnahme flüssiger oder passierter Nahrung und entsprechenden Sprechstörungen	50
Verlust eines Teiles des Unterkiefers mit schlaffer Pseudarthrose ohne wesentliche Beeinträchtigung der Kaufunktion und Artikulation	0 – 10
mit erheblicher Beeinträchtigung der Kaufunktion und Artikulation	20 – 50
Verlust eines Teiles des Oberkiefers ohne wesentliche kosmetische und funktionelle Beeinträchtigung	0 – 10
mit entstellender Wirkung, wesentlicher Beeinträchtigung der Nasen- und Nebenhöhlen (Borkenbildung, ständige Sekretion)	20 – 40
Umfassender Zahnverlust über 1/2 Jahr hinaus prothetisch nur unzureichend zu versorgen	10 – 20
Verlust erheblicher Teile des Alveolarfortsatzes mit wesentlicher, prothetisch nicht voll ausgleichbarer Funktionsbehinderung ...	20
Ausgedehnter Defekt des Gaumens mit gutsitzender Defektprothese	30
Verlust des Gaumens ohne Korrekturmöglichkeit durch geeig- nete Prothese (Störung der Nahrungsaufnahme)	50

GdB/MdE-Grad**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 (im Regelfall 8. bis 12. Lebensjahr) 50

Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

bis zum Abschluß der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) unter Mitberücksichtigung der regelhaft damit verbundenen Hörstörung (Tubenfunktionsbelüftung) und der Störung der Nasenatmung 100

bis zum Verschluß der Kieferspalte (im Regelfall 8. bis 12. Lebensjahr) 50

Komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte

wegen der bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) 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 Ablauf der vorstehend jeweils genannten Behandlungszeiträume richtet sich der GdB/MdE-Grad immer nach der verbliebenen Funktionsstörung.

Schluckstörungen

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Beschwerden 0 – 10

GdB/MdE-Grad

mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Eßdauer)	20 – 40
mit häufiger Aspiration und erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	50 – 70

Verlust des Kehlkopfes

bei guter Ersatzstimme und ohne Begleiterscheinungen, unter Mitberücksichtigung der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (fehlende Bauchpresse)	70
in allen anderen Fällen	80
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/MdE-Grad während dieser Zeit	100

Teilverlust des Kehlkopfes

je nach Sprechfähigkeit und Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit	20 – 50
Bei Teilverlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
bei Geschwulstentfernung im Frühstadium (T1 N0 M0)	50 – 60
sonst	80

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

GdB/MdE-Grad

Einschränkungen der Atemfunktion sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Trachealstenose ohne Tracheostoma

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Atembehinderung analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion (siehe Nummer 26.8) zu beurteilen.

Funktionelle und organische Stimmstörungen (z.B. Stimmbandlähmung)

mit guter Stimme	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, siehe Nummer 26.8)

Artikulationsstörungen durch Lähmungen oder Veränderungen in Mundhöhle oder Rachen

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

Stottern

leicht	0
mittelgradig	
auf bestimmte Situationen begrenzt	10
nicht situationsabhängig	20
schwer, auffällige Mitbewegungen	30 – 40
mit unverständlicher Sprache	50

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (einschl. somatoformer Störungen) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8).

26.8 Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen

26.8

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB/MdE-Grad 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. Corpulmonale), bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen.

Veränderungen der Form und Dynamik des Brustkorbs und des Zwerchfells infolge von Krankheiten, Verletzungen oder Operationen sind selten für sich allein, sondern meist zusammen mit der Beeinträchtigung der inneren Brustorgane zu beurteilen.

GdB/MdE-Grad

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 Funktionsstörung	0 – 10
bei sehr ausgedehnten Defekten einschließlich entstellender Wirkung.	20
Brustfellverwachsungen und -schwarten	
ohne wesentliche Funktionsstörung	0 – 10
Fremdkörper im Lungengewebe oder in der Brustkorbwand	
reaktionslos eingeheilt	0
Chronische Bronchitis, Bronchiektasen	
als eigenständige Krankheiten – ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,	
leichte Form	
(symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf)	0 – 10

GdB/MdE-Grad

schwere Form (fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf, häufige akute Schübe)	20 – 30
Pneumokoniosen (z.B. Silikose, Asbestose) ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion	0 – 10
Krankheiten der Atmungsorgane (z.B. Brustfellschwarten, chronisch-obstruktive – auch „spastische“ oder „asthmoide“ – Bronchitis, Bronchiektasen, Lungenemphysem, Pneumoko- niosen, Lungenfibrosen, inaktive Lungentuberkulose)	
mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion	
▶ geringen Grades das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittel- schwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5 – 6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit); statische und dynami- sche Meßwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte (siehe Nummer 8 Absatz 4), Blutgaswerte im Normbereich	20 – 40
▶ mittleren Grades das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei all- täglicher leichter Belastung – (z.B. Spaziergehen [3–4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit); statische und dynamische Meßwerte der Lungen- funktionsprüfung bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Partialinsuffizienz	50 – 70
▶ schweren Grades Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe; statische und dynamische Meßwerte der Lungenfunktions- prüfung um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Globalinsuffizienz	80 – 100

Verletzungsfolgen und Folgen lungenchirurgischer Eingriffe
sind entsprechend zu bewerten.

Nach Lungentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzu-
warten (im allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein

GdB/MdE-Grad

GdB/MdE-Wert von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

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

GdB/MdE-Grad während dieser Zeit wenigstens 80

bei Einschränkung der Lungenfunktion
mittleren bis schweren Grades 90 – 100

Kleinzelliges Bronchialkarzinom und Mesotheliom 100

Bronchialasthma

ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,
Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder
leichten Anfällen 0 – 20
Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat)
und/oder schweren Anfällen 30 – 40
Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle 50

Eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätz-
lich zu berücksichtigen.

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 Atem-
funktion, 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

GdB/MdE-Grad

Obstruktives oder gemischtförmiges Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor)

ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung	0 – 10
mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung	20
bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung ...	wenigstens 50
Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen.	

Tuberkulose

Tuberkulöse Pleuritis

Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach den Folgeerscheinungen.

Lungentuberkulose

ansteckungsfähig (mehr als 6 Monate andauernd)	100
nicht ansteckungsfähig	
ohne Einschränkung der Lungenfunktion	0
mit Einschränkung der Lungenfunktion	siehe Seite 79

Extrapulmonale Tuberkuloseformen sind analog zu bewerten.

Sarkoidose

Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach der Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und nach den Auswirkungen an den verschiedenen Organen (vor allem thorakale Lymphknoten und Lunge, aber auch weitere Organe wie z.B. Leber, Milz, Herz, Augen, ZNS, Haut).

Bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ist ohne Funktionseinschränkung von betroffenen Organen ein GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen. Funktionseinschränkungen betroffener Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei Defektzuständen kommt es allein auf die funktionellen Ausfallserscheinungen an.

26.9 Herz und Kreislauf

26.9

Für die Bemessung des GdB/MdE-Grades ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist zunächst grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

Auswirkungen des Leidens auf andere Organe (z.B. Lungen, Leber, Gehirn, Nieren) sind zu beachten.

GdB/MdE-Grad

Krankheiten des Herzens

(Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien, angeborene Herzfehler u.a.)

1. ohne 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. mit 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 Körpergewicht

20 – 40
3. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen [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);

GdB/MdE-Grad

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 vorübergehenden schweren
Dekompensationserscheinungen 80

4. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z.B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie);

bei Kindern und Säuglingen auch hypoxämische Anfälle,
deutliche Stauungsorgane, kardiale Dystrophie 90 – 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.

Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen (z.B. Ballondilatation) ist der GdB/MdE-Grad von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei Herzklappenprothesen ist der GdB/MdE-Grad nicht niedriger als 30 zu bewerten; dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien ein.

Nach einem Herzinfarkt ist die GdB/MdE-Bewertung von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

Nach Herztransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB/MdE-Wert von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel

reaktionslos eingeheilt 0

mit Beeinträchtigung der Herzleistung siehe oben

GdB/MdE-Grad

Rhythmusstörungen

Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades 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-Defibrillators wenigstens 50

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

Gefäßkrankheiten

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
 - schmerzfreie Gehstrecke in der Ebene über 500 m ein- oder beidseitig 20
 - schmerzfreie Gehstrecke in der Ebene über 100 – 500 m ein- oder beidseitig 30 – 40
 - schmerzfreie Gehstrecke in der Ebene 50 bis 100 m ein- oder beidseitig 50 – 60
 - schmerzfreie Gehstrecke unter 50 m ohne Ruheschmerz ein- oder beidseitig 70 – 80

GdB/MdE-Grad

- Gehstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschl. trophischer Störungen (Stadium IV)

einseitig	80
beidseitig	90 – 100

Apparative Meßmethoden (z.B. Dopplerdruck) können nur eine allgemeine Orientierung über den Schweregrad abgeben.

Bei Arterienverschlüssen an den Armen wird die GdB/MdE-Beurteilung ebenfalls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen – im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen – bestimmt.

Nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen (z.B. Prothesenimplantation) mit vollständiger Kompensation einschließlich Dauerbehandlung mit Antikoagulantien	20
---	----

Arteriovenöse Fisteln

Der GdB/MdE-Grad 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 Aneurysmen	wenigstens 50

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

Unkomplizierte Krampfadern	0
----------------------------------	---

Chronisch-venöse Insuffizienz (z.B. bei Krampfadern), post-thrombotisches Syndrom

mit geringem belastungsabhängigem Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen, ohne wesentliche Stauungsschwerden

ein- oder beidseitig	0 – 10
----------------------------	--------

GdB/MdE-Grad

mit erheblicher Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr)
rezidivierenden Entzündungen

ein- oder beidseitig 20 – 30

mit chronischen rezidivierenden Geschwüren, je nach Aus-
dehnung und Häufigkeit (einschließlich arthrogenes Stau-
ungssyndrom)

ein- oder beidseitig 30 – 50

Bei postthrombotischen Syndromen im Becken- oder Hohl-
venenbereich kommen selten höhere GdB/MdE-Werte in Be-
tracht.

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.

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 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeein-
trächtigung 20 – 40

GdB/MdE-Grad

schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhinter- grundveränderungen 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 mmHg; Fundus hypertonicus III-IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßver- änderungen); 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

26.¹⁰ 26.10 Verdauungsorgane

Speiseröhrenkrankheiten

Traktionsdivertikel

je nach Größe und Beschwerden	0 – 10
-------------------------------------	--------

Pulsionsdivertikel

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Größe und Beschwerden	0 – 10
mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand	20 – 40

Funktionelle Stenosen der Speiseröhre (Ösophagospasmus, Achalasie)

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme	0 – 10
mit deutlicher Behinderung der Nahrungsaufnahme	20 – 40
mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige Aspiration	50 – 70
Auswirkungen auf Nachbarorgane (z.B. durch Aspiration) sind zusätzlich zu bewerten.	

GdB/MdE-Grad**Organische Stenose der Speiseröhre**

(z.B. angeboren, nach Laugenverätzung, Narbenstenose, peptische Striktur)

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je
nach Größe und Beschwerden 0 – 10

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

mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungs-
zustandes 50 – 70

Refluxkrankheit der Speiseröhre

mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß 10 – 30

Auswirkungen auf Nachbarorgane sind zusätzlich zu bewerten.

Nach Entfernung eines malignen Speiseröhrentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungs-
zustandes 80 – 100

Speiseröhrenersatz

Der GdB/MdE-Grad ist nach den Auswirkungen (z.B. Schluckstörungen, Reflux, Narben) jedoch nicht unter 20 zu bewerten.

Magen- und Darmkrankheiten

Bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darmkanals ist der GdB/MdE-Grad 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.

Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden (chronisch rezidivierende Geschwüre, Intervallbeschwerden)

mit Rezidiven in Abständen von zwei bis drei Jahren 0 – 10

	<u>GdB/MdE-Grad</u>
mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes	20 – 30
mit erheblichen Komplikationen (z.B. Magenausgangsstenose) und andauernder erheblicher Minderung des Ernährungs- und Kräftezustandes	40 – 50
Nach einer selektiven proximalen Vagotomie kommt ein GdB/MdE-Grad nur in Betracht, soweit 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 Beschwerden	20 – 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.	
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren	
nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren	
nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand ..	80 – 100
Chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion)	
ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen	0 – 10

GdB/MdE-Grad

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 Entwicklungsstörung	10 – 20
mit geringer Gedeih- und Entwicklungsstörung	30 – 40
mit mittelgradiger Gedeih- und Entwicklungsstörung	50
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung	60 – 70
Kurzdarmsyndrom im Kindesalter	
mit mittelschwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung	50 – 60
mit schwerer Gedeih- und Entwicklungsstörung (z.B. Notwendigkeit künstlicher Ernährung)	70 – 100
Folgeschäden nach Abschluß der Entwicklung (z.B. Kleinwuchs) sind zusätzlich zu berücksichtigen.	
Nachprüfungen in Abständen von zwei bis drei Jahren sind angezeigt.	
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

GdB/MdE-Grad

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 Ernährungszustandes – höhere Werte angemessen.	

Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines malignen Dickdarmtumors im Frühstadium (DUKES A) oder von lokalisierten Darmkarzinoiden ...	50
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	70 – 80

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren	wenigstens 80
mit künstlichem After (nicht nur vorgehend angelegt)	100

Bauchfellverwachsungen

ohne wesentliche Auswirkung	0 – 10
mit erheblichen Passagestörungen	20 – 30
mit häufiger rezidivierenden Ileuserscheinungen	40 – 50

Hämorrhoiden

ohne erhebliche Beschwerden, geringe Blutungsneigung ...	0 – 10
mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen	20

GdB/MdE-Grad**Mastdarmvorfall**

klein, reponierbar	0 – 10
sonst	20 – 40

Afterschließmuskelschwäche

mit seltenem, nur unter besonderen Belastungen auftretendem unwillkürlichen Stuhlabgang	10
sonst.	20 – 40

Funktionsverlust des Afterschließmuskels wenigstens 50

Fistel in der Umgebung des Afters

geringe, nicht ständige Sekretion	10
sonst	20 – 30

Künstlicher After

mit guter Versorgungsmöglichkeit	50
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.

Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

Der GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad.

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 ins-

besondere 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. Die GdB/MdE-Bewertung und die Leidensbezeichnung ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei bereits übliche Befindlichkeitsstörungen - nicht aber extrahepatische Manifestationen - berücksichtigt sind.

GdB/MdE-Grad

Chronische Hepatitis

ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität	20
ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression	
mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität	30
ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität	
mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität	40
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-Hepatitis folgende Besonderheiten:

Die Bezeichnung der chronischen viralen Hepatitis umfasst die nekro-inflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Sie ergibt sich wie die GdB/MdE-Bewertung aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdB/MdE-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.

GdB/MdE-Grad

Fibrose der Leber

ohne Komplikationen 0 – 10

GdB/MdE-Grad

Leberzirrhose

kompensiert

inaktiv 30

gering aktiv 40

stärker aktiv 50

dekompensiert (Aszites, portale Stauung,

hepatische Enzephalopathie) 60 – 100

Fettleber (auch nutritiv-toxisch)

ohne Mesenchymreaktion 0 – 10

Toxischer Leberschaden

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Zirkulatorische Störungen der Leber

(z.B. Pfortaderthrombose)

Der GdB/MdE-Grad ist analog zur dekompenzierten Leberzirrhose zu beurteilen.

Nach Leberteilresektion ist der GdB/MdE-Grad allein davon abhängig, ob und wie weit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind.

Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit 100

Nach Lebertransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im allgemeinen zwei Jahre); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit 100

Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression wenigstens 60

Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

GdB/MdE-Grad

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 Komplikationen	40 – 50

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

ohne Funktionsstörungen, ohne Beschwerden	0 – 10
mit Beschwerden (Koliken, Fettunverträglichkeit, Juckreiz), ohne Leberzirrhose	20 – 40
mit Leberzirrhose	50
mit dekompensierter Leberzirrhose	60 – 100
Folgezustände sind zusätzlich zu bewerten.	

Verlust der Gallenblase

ohne wesentliche Störungen	0
bei fortbestehenden Beschwerden	wie bei Gallenwegskrankheiten

Nach Entfernung eines malignen Gallenblasen-, Gallenwegs-
oder Papillentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungs-
bewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor	100
bei Papillentumor	80

Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische
Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häu-
figkeit und Ausmaß der Schmerzen

ohne wesentlichen Beschwerden, keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	0 – 10
--	--------

GdB/MdE-Grad

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 Bauchspei- cheldrüse sind ggf. weitere Funktionsbeeinträchtigungen (z.B. bei Diabetes mellitus, Osteopathie, oder infolge chronischer Entzündungen der Gallenwege, Magenteilentfernung und Milz- verlust) zusätzlich zu berücksichtigen.	
Nach Entfernung eines malignen Bauchspeicheldrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzu- warten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	100

26.11 26.11 Brüche (Hernien)

Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit	
ein- oder beidseitig	0 – 10
bei erheblicher Einschränkung der Belastungsfähigkeit	20
Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie	0 – 10
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 entspe- chender Beeinträchtigung der Bauch- und Brustorgane kom- men auch höhere GdB/MdE-Werte in Betracht.	
Zwerchfellbrüche (einschl. Zwerchfellrelaxation)	
Speiseröhrengleithernie	0 – 10

GdB/MdE-Grad

andere kleine Zwerchfellbrüche ohne wesentliche Funktionsstörung	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 Lungenfunktion	40
sonst je nach Funktionsbeeinträchtigung der betroffenen Organe	50 – 100

26.12 Harnorgane

26.12

Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Schäden der Harnorgane richtet sich nach dem Ausmaß der Störungen der inkretorischen und exkretorischen Nierenfunktion und/oder des Harntransportes, das durch spezielle Untersuchungen (siehe Nummer 8 Absatz 4) 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.

Nierenschäden

Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere bei Gesundheit der anderen Niere	25
Nierenfehlbildung (z.B. Erweiterung des Nierenhohlsystems bei Ureterabgangsstenose, Nierenhypoplasie, Zystennieren, Nierenzysten, Beckenniere), Nephroptose	
ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung	0 – 10
mit wesentlichen Beschwerden und ohne Funktionseinschränkung	20 – 30

GdB/MdE-Grad

Nierensteinleiden ohne Funktionseinschränkung der Niere

mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten	0 – 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. Leukozytenausscheidung)

0 – 10

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

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

30

Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion

Eine geringfügige Einschränkung der Kreatininclearance auf 50 – 80 ml/min bei im Normbereich liegenden Serumkreatininwerten bedingt keinen meßbaren GdB/MdE-Grad.

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

GdB/MdE-Grad

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 Grades	60 – 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; sie sind bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen.	
Nach Nierentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB/MdE-Grad von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB/MdE-Grad entscheidend abhängig von der verbliebenen Funktionsstörung; unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist jedoch der GdB/MdE-Grad nicht niedriger als 50 zu bewerten.	
Nach Entfernung eines malignen Nierentumors oder Nierenbeckentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB/MdE-Grad 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

GdB/MdE-Grad

GdB/MdE-Grad 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 anderen Stadien wenigstens 80

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors einschließlich
Niere und Harnleiter

im Stadium T1-2 N0 M0 60

in anderen Stadien wenigstens 80

nach Entfernung eines Nephroblastoms

im Stadium I und II 60

in anderen Stadien wenigstens 80

Schäden der Harnwege

Chronische Harnwegsentzündungen (insbesondere chronische
Harnblasenentzündung)

leichten Grades (ohne wesentliche Miktionsstörungen) 0 – 10

stärkeren Grades (mit erheblichen und häufigen Miktions-
störungen) 20 – 40

chronische Harnblasenentzündung mit Schrumpfbhase
(Fassungsvermögen unter 100 ml, Blasentenesmen) 50 – 70

Bei den nachfolgenden Gesundheitstörungen sind Begleiter-
scheinungen (z.B. Hautschäden, Harnwegsentzündungen) ggf.
zusätzlich zu bewerten.

Entleerungsstörungen der Blase (auch durch Harnröhrenveren-
gung)

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

GdB/MdE-Grad

mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne wesentliche Begleiterscheinungen.	50
Nach Entfernung eines malignen Blasentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren	
nach Entfernung des Tumors im Frühstadium unter Belassung der Harnblase (Ta-1 N0 M0, Grading G1)	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren	
nach Entfernung im Stadium Tis	50
nach Entfernung in den Stadien T2-3a N0 M0	60
mit Blasenentfernung einschließlich künstlicher Harnableitung	80
nach Entfernung in anderen Stadien	100
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

GdB/MdE-Grad**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

26.13 26.13 Männliche Geschlechtsorgane

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; GdB/MdE- Grad während dieser Zeit	
nach Entfernung im Frühstadium (T1-2 N0 M0)	
bei Teilverlust des Penis	50
bei Verlust des Penis	60
mit vollständiger Entfernung der Corpora cavernosa	80
nach Entfernung in anderen Stadien	90 – 100
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 Substitution	20 – 30
vor Abschluß der körperlichen Entwicklung	20 – 40

GdB/MdE-Grad

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8) und zusätzliche körperliche Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Verlust oder Schwund eines Nebenhodens	0
Verlust oder vollständiger Schwund beider Nebenhoden und/oder Zeugungsunfähigkeit (Impotentia generandi)	0
in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch	20
Impotentia coeundi bei nachgewiesener erfolgloser Behandlung und nicht altersbedingt	20
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8).	
Hydrozele (sog. Wasserbruch)	0 – 10
Varikozele (sog. Krampfaderbruch)	0 – 10
Nach Entfernung eines malignen Hodentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren	
nach Entfernung eines Seminoms oder nichtseminomatösen Tumors im Stadium T1-2 N0 M0	50
GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren	
nach Entfernung eines Seminoms im Stadium T1-2 N1 M0 bzw. T3 N0 M0	50
nach Entfernung eines nichtseminomatösen Tumors im Stadium T1-2 N1 M0 bzw. T3 N0 M0	60
sonst	80
Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie	
ohne wesentliche Miktionsstörung	0 – 10
mit andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen	20

GdB/MdE-Grad**Prostataadenom**

Der GdB/MdE-Grad richtet sich nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion.

Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading G1) 50

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung in den Stadien T1a
(Grading ab G2) T1b-2 N0 M0 50

nach Entfernung in anderen Stadien wenigstens 80

Maligner Prostatatumor

ohne Notwendigkeit einer Behandlung 50

auf Dauer hormonbehandelt wenigstens 60

26.¹⁴ 26.14 Weibliche Geschlechtsorgane

Verlust der Brust (Mastektomie)

einseitig 30

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) sowie außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

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

nach Mastektomie

einseitig 10 – 30

beidseitig 20 – 40

GdB/MdE-Grad

nach subkutaner Mastektomie

einseitig 10 – 20

beidseitig 20 – 30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigen-
gewebe kommen niedrigere GdB/MdE-Werte in Betracht.

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den
ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.
GdB/MdE-Grad während dieser Zeit (einschl. Operationsfolgen
und ggf. anderer Behandlungsfolgen, sofern diese für sich allein
keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 bedingen)

bei Entfernung im Stadium T1-2 pN0 M0 50

bei Entfernung im Stadium T1-2 pN1 M0 60

in anderen Stadien wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und ggf. anderer
Behandlungsmaßnahmen einen GdB/MdE-Grad von 50 oder
mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzuset-
zende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.

Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität 0

in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch 20

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf.
zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8).

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine
Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ).

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jah-
ren

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

GdB/MdE-Grad

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung eines Zervixtumors

im Stadium T1b-2a NO M0	50
im Stadium T2b NO M0	60
sonst	80

nach Entfernung eines Korpustumors

im Stadium T1 NO M0 (Grading G2-3, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
im Stadium T2 NO M0	60
sonst	80

Verlust eines Eierstockes 0

Unterentwicklung, Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke,

ohne Kinderwunsch und ohne wesentliche Auswirkung auf den Hormonhaushalt – immer in der Postmenopause 10

im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution 20 – 30

vor Abschluß der körperlichen Entwicklung je nach Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls 20 – 40

Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8) und zusätzliche körperliche Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

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; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

nach Entfernung im Stadium T1 NX M0	50
in anderen Stadien	80

GdB/MdE-Grad

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

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

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 Defäkationsstörungen 0 – 10

mit stärkeren Funktionseinschränkungen siehe Nummer 26.10.

		GdB/MdE-Grad
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 Vulva	40	
Nach Beseitigung eines malignen Scheidentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit		
nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60	
sonst	80	
Folgestände der Behandlung (insbesondere nach Strahlentherapie) sind ggf. zusätzlich zu bewerten.		
Nach Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten (Ausnahme: Carcinoma in situ); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit		
nach Entfernung im Stadium T1-2 N0 M0	50	
sonst	80	

26.¹⁵ 26.15 Stoffwechsel, innere Sekretion

Der GdB/MdE-Grad bei Störungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion ist von den Auswirkungen dieser Störungen abhängig. 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 GdB/MdE-Grad.

GdB/MdE-Grad

Diabetes mellitus

Typ I durch Diät und alleinige Insulinbehandlung

- gut einstellbar 40
- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien 50

Typ II durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation) oder durch Diät

- und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d.h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar 10
- und Sulfonylharnstoffe (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika) ausreichend einstellbar 20
- und orale Antidiabetika und ergänzende oder alleinige Insulinbehandlung ausreichend einstellbar 30

Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.

Gicht

Bei der GdB/MdE-Beurteilung sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen.

Fettstoffwechselkrankheit

Der GdB/MdE-Grad ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

- Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese 30

Alimentäre Fettsucht, Adipositas

Die Adipositas allein bedingt keinen GdB/MdE-Grad. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdB/MdE-Grades begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna.

GdB/MdE-Grad**Phenylketonurie**

ohne faßbare Folgeerscheinungen

im Kindesalter bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres .. 30

danach bei Notwendigkeit weiterer Diäteinnahme 10

Beim Vorliegen eines Hirnschadens ist der GdB/MdE-Grad vor allem vom Ausmaß der geistigen Behinderung und weiterer Folgen (z.B. hirnorganische Anfälle) abhängig.

Mukoviszidose (zystische Fibrose)

unter Therapie Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung
altersgemäß 20

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 Ernährungszustandes 80 – 100

Folgekrankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Impotenz, Leberzirrhose) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Schilddrüsenkrankheiten

Die Beurteilung einer Schilddrüsenfunktionsstörung setzt in der Regel – insbesondere in leichteren Fällen – voraus, dass die Diagnose durch moderne Untersuchungsmethoden gesichert ist.

Schilddrüsenfunktionsstörungen (Überfunktion und Unterfunktion [auch nach Schilddrüsenresektion]) 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 GdB/MdE-Grad nach den funktionellen Auswirkungen.

Nach Entfernung eines malignen Schilddrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

GdB/MdE-Grad

nach Entfernung eines papillären oder follikulären Tumors, ohne Lymphknotenbefall	50
sonst	80
Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/ MdEGrad entspre- chend höher zu bewerten.	

Tetanie

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

Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)

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

Cushing-Syndrom

Der GdB/MdE-Grad wird bestimmt von der Muskelschwäche und den Aus-
wirkungen an den verschiedenen Organsystemen (Hypertonie, Herzinsuffi-
zienz, Diabetes mellitus, Osteoporose, psychische Veränderungen).

Porphyrien

Erythropoetische Porphyrie (Günther-Krankheit)	100
Hepatische Porphyrien	
akut-intermittierende Porphyrie	30
Porphyria cutanea tarda ohne wesentliche Beschwerden ..	10
Organkomplikationen sind jeweils zusätzlich zu berücksichti- gen.	

26.16 Blut, blutbildende Organe, Immunsystem

Die Höhe des GdB/MdE-Grades bei Krankheiten des Blutes, der blutbilden-
den 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.

GdB/MdE-Grad

Verlust der Milz

bei Verlust im frühen Kindesalter, dann bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres	20
danach oder bei späterem Verlust	10
Die selten auftretenden Komplikationen (z.B. Thrombosen) sind zusätzlich zu berücksichtigen	

Hodgkin-Krankheit

im Stadium I-III A

bei langdauernder (mehr als sechs Monate andauernder) Therapie, bis zum Ende der Intensiv-Therapie je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand	60 – 100
nach Vollremission für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	50
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	

im Stadium II B und IV

bis zum Ende der Intensiv-Therapie	100
nach Vollremission für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	60
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	

Non-Hodgkin-Lymphome

Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte
niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemein- symptome, 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

GdB/MdE-Grad**Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome**

nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	50
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	

Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

bis zum Ende der Intensiv-Therapie	100
danach bei Vollremission für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	80
Nach Ablauf der Heilungsbewährung richtet sich der GdB/MdE-Grad nach dem verbliebenen Organschaden.	

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, Nierenfunktions-einschränkung)	80 – 100

Chronische myeloische Leukämie

chronische Phase je nach Auswirkung – auch der Behandlung – auf den Allgemeinzustand, Ausmaß der Milzvergrößerung	50 – 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

GdB/MdE-Grad

mit starken Auswirkungen (z.B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, starke Milzvergrößerung, Blutungs- und/oder Thromboseneigung) 80 – 100

Akute Leukämien

bis zum Ende der Intensiv-Therapie 100

danach für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) .. 60

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 Transfusionsbedürftigkeit, rezidivierende Infektionen) 50 – 80

mit starken Auswirkungen (z.B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, häufige Infektionen, Blutungsneigung, leukämische Transformation) 100

Aplastische Anämie (auch Panmyelopathie), Agranulozytose

Der GdB/MdE-Grad bei aplastischer Anämie oder Agranulozytose ist auch nach Therapie analog zu den myelodysplastischen Syndromen zu bewerten.

Knochenmarktransplantation

Nach autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist der GdB/ MdE-Grad entsprechend der Grundkrankheit zu beurteilen.

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

Danach ist der GdB/MdE-Grad nach den verbliebenen Auswirkungen und dem eventuellen Organschaden, jedoch nicht niedriger als 30, zu bewerten.

Anämien

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

GdB/MdE-Grad

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

Organkomplikationen sind zusätzlich zu bewerten.

Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten (je nach Blutungsneigung)

leichte Form	
mit Restaktivität von antihäophilem Globulin (AHG) über 5%	20
mittelschwere Form – mit 1-5% AHG	
mit seltenen Blutungen	30 – 40
mit häufigen (mehrfach jährlich) ausgeprägten Blutungen	50 – 80
schwere Form – mit weniger als 1% AHG	80 – 100

Folgen von Blutungen sind zusätzlich zu bewerten.

Sonstige Blutungsleiden

ohne wesentliche Auswirkungen	10
mit mäßigen Auswirkungen	20 – 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 GdB/MdE-Grad mehr bedingt, aber eine Weiterbehandlung mit Antikoagulantien erforderlich ist, kann – analog den sonstigen Blutungsleiden – in der Regel ein GdB/MdE-Grad von 10 angenommen werden.

GdB/MdE-Grad**Immundefekte**

Angeborene Defekte der humoralen und zellulären Abwehr (z.B. Adenosindesaminase-Defekt, DiGeorge-Syndrom, permanente B-Zell-Defekte, septische Granulomatose)

ohne klinische Symptomatik	0
trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit, aber keine außergewöhnlichen Infektionen	20 – 40
trotz Therapie neben erhöhter Infektanfälligkeit auch außergewöhnliche Infektionen (ein bis zwei pro Jahr)	50
Bei schwereren Verlaufsformen kommen höhere GdB/MdE-Werte in Betracht.	

Erworbenes Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion)

HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik	10
HIV-Infektion mit klinischer Symptomatik	
geringe Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei Lymphadenopathiesyndrom [LAS])	30 – 40
stärkere Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei AIDS-related complex [ARC])	50 – 80
schwere Leistungsbeeinträchtigung (AIDS-Vollbild)	100
Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

26.¹⁷ 26.17 Haut

Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades 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-GdB/MdE-Grad (siehe Nummer 18 Absatz 5) in Betracht. Häufig sind außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8) zusätzlich zu berücksichtigen. 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 u.ä. muss außerdem die Beeinträchtigung der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan berücksichtigt werden. Diese Störungen bestimmen die Höhe des GdB/MdE-Grades.

Bei Entstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich Schwierigkeiten im Erwerbsleben, Unannehmlichkeiten im Verkehr mit fremden Menschen sowie seelische Konflikte ergeben können. Besonders gilt dies bei Entstellung des Gesichts.

GdB/MdE-Grad

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

Eine Beteiligung anderer Organe, insbesondere bei Atopie-syndrom (z.B. allergisches Asthma, allergische Rhinitis/Kon-junktivitis) ist ggf. zusätzlich zu bewerten.

Seborrhoisches Ekzem

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

Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem

selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare Noxen oder Allergene	0 – 10
--	--------

GdB/MdE-Grad

häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Noxen und Allergene	20 – 30
schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf .	40 – 50
Eine systemische Beteiligung (z.B. des Gastrointestinaltraktes oder des Kreislaufs) ist ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

Akne

Acne vulgaris

leichteren bis mittleren Grades	0 – 10
schweren Grades mit vereinzelter Abszeß- und Knotenbildung und entsprechender erheblicher kosmetischer Beeinträchtigung	20 – 30

Acne conglobata

auf die Prädilektionsstellen begrenzte häufige Abszeß- und Fistelbildungen und lokalisationsbedingte Beeinträchtigungen	30 – 40
schwerste Formen mit rezidivierenden eitrigen, vernarbenden axilläringuinalen und nuchalen Abszessen (Acne triade) und ggf. zusätzlicher Beteiligung des Pilonidalsinus (Acne tetraide)	wenigstens 50

Rosazea, Rhinophym

geringe Ausdehnung, kosmetisch nur wenig störend	0 – 10
stärkere Ausdehnung, entstellende Wirkung	20 – 30

Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes (z.B. Lupus erythematodes, 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. Ulzerationen	50 – 70
Bewegungseinschränkungen in Gelenken und Beteiligungen anderer Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen.	

GdB/MdE-Grad**Blasenbildende Hautkrankheiten (z.B. Pemphigus, Pemphigoide)**

bei begrenztem Haut- und Schleimhautbefall mit geringer Ausdehnung	10
sonst	20 – 40
bei generalisiertem Haut- und Schleimhautbefall	50 – 80
in fortgeschrittenen Stadien bei schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes auch höher.	

Psoriasis vulgaris

auf die Prädispositionsstellen (mit Ausnahme des behaarten Kopfes) beschränkt	0 – 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.	

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

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 Gesichts	50 – 80

GdB/MdE-Grad**Mykosen**

bei begrenztem Hautbefall.	0 – 10
bei Befall aller Finger- und Fußnägel ggf. mit Zerstörung von Nagelplatten	20
Bei Systemmykosen ist die Beteiligung innerer Organe zusätzlich zu berücksichtigen.	

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 rezidivierend	0 – 10
größere Ausdehnung, häufiger rezidivierend	20

Totaler Haarausfall

(mit Fehlen von Augenbrauen und Wimpern)	30
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8)	

Naevus

Der GdB/MdE-Grad richtet sich allein nach dem Ausmaß einer eventuellen Entstellung.

Pigmentstörungen (z.B. Vitiligo)

an Händen und/oder Gesicht gering	10
ausgedehnter	20
sonst	0
Außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Abs. 8)	

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); GdB/MdE-Grad während dieser Zeit

GdB/MdE-Grad

nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I (pT1-2 pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien pT1-2 pN0-2 M0	50
in anderen Stadien	80
Bedingt der nach der Entfernung verbliebene Organschaden einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.	

26.18 Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten

26.18

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 GdB/MdE-Grad 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 üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt.

Außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen (siehe Nummer 18 Absatz 8). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

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

Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades. 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 GdB/MdE-Grades begründen.

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 GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad 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 GdB/MdE-Grad vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich meßtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades.

GdB/MdE-Grad

Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (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 Krankheits- aktivität)	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 ggf. zusätzlich zu berücksichtigen	

Kollagenosen

(z.B. systemischer Lupus erythematoses, progressiv-systemische Sklerose, Polymyositis/Dermatomyositis)

Vaskulitiden

(z.B. Panarteriitis nodosa, Riesenzellarteriitis/Polymyalgia rheumatica)

Die Beurteilung des GdB/MdE-Grades 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 (z.B. hochdosierte Cortison-Behandlung in Verbindung mit Zytostatika) soll ein GdB/MdE-Grad von 50 nicht unterschritten werden.

Auch bei der Beurteilung nicht-entzündlicher Krankheiten der Weichteile (lokalisierte Formen oder generalisierte Formen [z.B. angeborene Störungen der Bindegewebsentwicklung, sog. Fibromyalgiesyndrom]) kommt es auf Art und Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie auf die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand an.

Chronische Osteomyelitis

Bei der GdB/MdE-Beurteilung 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-GdB/MdE-Grad zu bilden.

GdB/MdE-Grad

Ruhende Osteomyelitis (Inaktivität wenigstens 5 Jahre) 0 – 10

Chronische Osteomyelitis

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

mittleren Grades
(ausgedehnter 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 GdB/MdE-Grad nur um 20 bis 30 Punkte niedriger einzuschätzen und zwei bis vier Jahre lang noch eine weitere Heilungsbewährung abzuwarten, bis der GdB/MdE-Grad nur noch von dem verbliebenen Schaden bestimmt wird.

GdB/MdE-Grad

Muskelkrankheiten

Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades ist von folgenden Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen:

Muskelschwäche

mit geringen Auswirkungen (vorzeitige Ermüdung, gebrauchsbabhängige 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.

Kleinwuchs

Körpergröße nach Abschluß des Wachstums

über 130 bis 140 cm 30 – 40

über 120 bis 130 cm 50

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

Diese GdB/MdE-Werte sind 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 Gelenkfunktionen, Muskelfunktionen und Statik,
- ▶ neurologische Störungen,
- ▶ Einschränkungen der Sinnesorgane,
- ▶ endokrine Ausfälle und
- ▶ außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18, Absatz 8)

Großwuchs

Großwuchs allein rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades. Auf psychoreaktive Störungen ist besonders zu achten.

Wirbelsäulenschäden

Der GdB/MdE-Grad bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschl. Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und sog. 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. Sogenannte 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 anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

GdB/MdE-Grad**Wirbelsäulenschäden**

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und 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 Steh-unfähigkeit	80 – 100

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

Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen (siehe Nummer 18 Absatz 8) können auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallserscheinungen (z.B. Postdiskotomiesyndrom) GdB/MdE-Werte über 30 in Betracht kommen.

GdB/MdE-Grad

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

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
Neurologische, gynäkologische und urologische Funktions- beeinträchtigungen sowie Hüftgelenksveränderungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

Gliedmaßenschäden, Allgemeines

Der GdB/MdE-Grad bei Gliedmaßenschäden ergibt sich aus dem Vergleich mit den GdB/MdE-Werten für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann gelegentlich der Zustand ungünstiger sein als der Verlust.

Die aufgeführten GdB/MdE-Sätze 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 erleichtern bei Verlust und Funktionsstörung der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB/MdE-Grad eine Änderung erfährt.

Zur Beurteilung von Arthrosen wird auf Seite 111 verwiesen.

Bei der GdB/MdE-Bewertung von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe Pseudarthrosen günstiger sind als schlaaffe.

Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB/MdE-Grades außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

GdB/MdE-Grad

Bei Endoprothesen der Gelenke ist der GdB/MdE-Grad abhängig von der verbliebenen Bewegungseinschränkung und Belastbarkeit. Folgende Mindest-GdB/MdE-Sätze sind angemessen:

Hüftgelenk

einseitig	20
beidseitig	40

Kniegelenk

einseitig	30
beidseitig	50

Endoprothesen anderer großer Gelenke sind entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten.

Aseptische Nekrosen

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

Danach richtet sich der GdB/MdE-Grad jeweils nach der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigung.

Schäden der oberen Gliedmaßen

Verlust beider Arme oder Hände	100
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 bedingt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Collum chirurgicum liegt.

GdB/MdE-Grad

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)	
Arm nur um 120° zu erheben, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit	10
Arm nur um 90° zu erheben, 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 Ausrenkung	20 – 30
schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch ständige Ausrenkung	40
Schlüsselbeinpsudarthrose	
straff	0 – 10
schlaff	20
Verkürzung des Armes bis zu 4 cm bei freier Beweglichkeit der großen Armgelenke	0
Oberarmpsudarthrose	
straff	20
schlaff	40

	GdB/MdE-Grad
Riß der langen Bizepssehne	0 – 10
Versteifung des Ellenbogengelenks einschließlich Aufhebung der Unterarmdrehbewegung	
in günstiger Stellung	30
in ungünstiger Stellung	40 – 50
Versteifung in einem Winkel zwischen 80° und 100° (Neutral-0-Methode) 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 Stellung	20
in extremer Supinationsstellung	30
Ellenbogen-Schlottergelenk	40
Unterarmpseudarthrose	
straff	20
schlaff	40
Pseudarthrose der Elle oder Speiche	10 – 20
Versteifung des Handgelenks	
in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension)	20
in ungünstiger Stellung	30
Bewegungseinschränkung des Handgelenks	
geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40)	0 – 10
stärkeren Grades	20 – 30

GdB/MdE-Grad

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 Stellung	0 – 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 Beugestellung 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

GdB/MdE-Grad

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

GdB/MdE-Grad

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

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 Funktionseinbuße 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

GdB/MdE-Grad

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 Zehe 0

Verlust einer Großzehe 10

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

Verlust der Zehen II bis V oder I bis III 10

Verlust aller Zehen an einem Fuß 20

Verlust aller Zehen an beiden Füßen 30

Versteifung beider Hüftgelenke je nach Stellung 80 – 100

Versteifung eines Hüftgelenks

in günstiger Stellung 40

in ungünstiger Stellung 50 – 60

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

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)

einseitig 10 – 20

beidseitig 20 – 30

GdB/MdE-Grad

mittleren Grades

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

einseitig 30

beidseitig 50

stärkeren Grades

einseitig 40

beidseitig 60 – 100

Hüftdysplasie (einschl. sog. angeborene Hüftluxation)

für die Dauer der vollständigen Immobilisierung 100

danach bis zum Abschluß der Spreizbehandlung 50

Anschließend und bei unbehandelten Fällen richtet sich der
GdB/MdE-Grad nach der Instabilität und der Funktionsbeein-
trächtigung.

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

GdB/MdE-Grad

Lockerung des Kniebandapparates

muskulär kompensierbar	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit	20
Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsen- fehlstellung	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

GdB/MdE-Grad

Schienbeinpseudarthrose

straft	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-Spreiz- fuß, 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

	GdB/MdE-Grad
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 Funktionsbehinderung	10
mit starker Funktionsbehinderung	20 – 30
Nervenausfälle (vollständig)	
Plexus lumbosacralis	80
N. gluteus superior	20
N. gluteus inferior	20
N. cutaneus femoralis lat.	10
N. femoralis	40
N. ischiadicus	
proximal	60
distal (Ausfall der Nn. peroneus communis und tibialis) .	50
N. peroneus communis oder profundus	30
N. peroneus superficialis	20
N. tibialis	30
Trophische Störungen sind zusätzlich zu berücksichtigen. Teilausfälle der genannten Nerven sind entsprechend geringer zu bewerten.	
Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines	80

Teil B

Begutachtungen nach Teil 2 SGB IX (Schwerbehindertenrecht)

RECHTSGRUNDLAGEN

BESONDERE BEGRIFFE

VORAUSSETZUNGEN FÜR NACHTEILSAUSGLEICHE

27 Rechtsgrundlagen zur Begutachtung nach Teil 2 SGB IX

27

Neben den Vorschriften des Teil 2 SGB IX werden im folgenden auch Vorschriften und Bestimmungen auszugsweise wiedergegeben, die Nachteilsausgleiche für Behinderte vorsehen. Die Aufzählung erfasst im wesentlichen Vorschriften des Bundes; landesrechtliche Vorschriften sowie sonstige Nachteilsausgleiche betreffende Bestimmungen und Regelungen sind im allgemeinen unberücksichtigt geblieben.

Die zitierten Vorschriften und Bestimmungen entsprechen den zur Zeit des Erscheinens dieser Anhaltspunkte geltenden Fassungen.

(1) Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) Teil 1 (Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen)

SGB IX § 2 Abs. 2 definiert den Begriff **Schwerbehinderung**:

„Menschen sind im Sinne des Teils 2 SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben.“

SGB IX § 2 Abs. 3 regelt die **Gleichstellung**:

„Schwerbehinderten Menschen gleich gestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).“

SGB IX § 2 Abs. 1 definiert den Begriff **Behinderung**

„Menschen sind behindert, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

(2) Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) Teil 2 (Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen)

SGB IX § 69 Abs. 1 Satz 3 und 4 definieren den Begriff Grad der Behinderung

„Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend.“

SGB IX § 69 regelt die Feststellung der Behinderung, des Grades der Behinderung und weiterer gesundheitlicher Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und die Ausstellung eines Ausweises.

SGB IX § 69 Abs 1 Satz 1, 2 und 5: Feststellung der Behinderung

„Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, so weit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt.“

SGB IX § 69 Abs. 2: Feststellung MdE/GdB durch andere Rechtsvorschriften

„Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.“

Der letzte Halbsatz des 1. Satzes von Absatz 2 ist insbesondere von Bedeutung, wenn nach anderen Rechtsvorschriften und den dort geltenden Beurteilungsmaßstäben (z.B. gesetzliche Unfallversicherung) eine MdE-Feststellung getroffen ist, die nicht mit diesen Anhaltspunkten in Einklang steht.

SGB IX § 69 Abs. 3: Mehrere Beeinträchtigungen

„Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Abs. 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Abs. 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen ist.“

SGB IX § 69 Abs. 4: Weitere gesundheitliche Merkmale

„Sind neben dem Vorliegen einer Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.“

SGB IX § 69 Abs. 5: Ausweis

„Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus.“

SGB IX § 145: unentgeltliche Beförderung

SGB IX § 145 nennt für die Inanspruchnahme der unentgeltlichen Beförderung schwer behinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr u.a. folgende Voraussetzungen:

1. erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr,
2. Hilflosigkeit,
3. Gehörlosigkeit,
4. Notwendigkeit ständiger Begleitung.

SGB IX § 146 erläutert die unter den Ziffern 1 und 4 genannten persönlichen Voraussetzungen:

„Abs. 1: 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.“

Abs. 2: Ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen notwendig, die bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind.“

(3) Einkommensteuergesetz (EStG)

Steuerliche Nachteilsausgleiche erhalten u.a. nach § 9 EStG (Werbungskosten) und § 4 EStG (Gewinn)

„Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung mindestens 70 beträgt“ sowie „Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung weniger als 70, aber mindestens 50 beträgt und die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind“,

nach § 33a EStG (Außergewöhnliche Belastung, Beschäftigung einer Hilfe im Haushalt)

Steuerpflichtige für Aufwendungen durch die Beschäftigung einer Hilfe im Haushalt, wenn ... der Steuerpflichtige oder sein nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte oder ein zu seinem Haushalt gehöriges Kind oder eine andere zu seinem Haushalt gehörige unterhaltene Person ... „hilflos im Sinne des § 33b oder schwerbehindert ist ...“,

nach § 33b EStG (Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen)

„(2) Die Pauschbeträge erhalten

1. Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung auf mindestens 50 festgestellt ist;
2. Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung auf weniger als 50, aber mindestens 25 festgestellt ist, wenn
 - a) dem behinderten Menschen wegen seiner Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen ..., oder
 - b) die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

(3) Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung

Für behinderte Menschen, die hilflos im Sinne des Absatzes 6 sind, und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag...

(6) Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er an Stelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag ... geltend machen (Pflegepauschbetrag), wenn er dafür keine Einnahmen erhält. Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Voraussetzung ist,“

nach den Hinweisen zu Abschnitt 189 der Einkommensteuer-Richtlinien (Aufwendungen wegen Krankheit, Behinderung und Tod) für Fahrtkosten (neben denen für einen Privat-Pkw):

Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80, oder

Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 70 und einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Geh- und Stehbehinderung; Merkzeichen „G“) sowie

behinderte Menschen mit den Merkzeichen aG, Bl oder H.

(4) Straßenverkehrsgesetz (StVG) und Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO)

Nach § 6 Straßenverkehrsgesetz (StVG) können schwerbehinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung und Blinden Parkerleichterungen gewährt werden.

In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 46 Straßenverkehrsordnung (StVO) ist dazu folgendes festgelegt:

- „1. Als schwerbehinderte 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.

Hierzu zählen: Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehend angeführten Personenkreis gleichzustellen sind.

2. Schwerbehinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, die keine Fahrerlaubnis besitzen, und Blinden, die auf die Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen sind und die sich nur mit fremder Hilfe bewegen können, kann ebenfalls eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden.“

Unabhängig von der Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung erhalten nach der obengenannten Verwaltungsvorschrift Ohnhänder (Ohnarmer) und kleinwüchsige Menschen mit einer Körpergröße von 1,39 m und darunter spezielle Parkerleichterungen.

(5) Verordnungen über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

Die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht ist in Länderverordnungen geregelt.

Als Anspruchsberechtigte werden in allen Verordnungen folgende behinderte Menschen genannt:

„Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung,

Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist;

Behinderte Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.“

28

28 Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit

Der im § 33 b EStG (siehe Nummer 27) verwendete Begriff „dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ ist nach der Rechtsprechung nicht eng auszulegen und bezieht sich auf die Einbuße der Fähigkeit, sich körperlich – insbesondere von Ort zu Ort – zu bewegen. Eine solche Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ist auch dann zu bejahen, wenn diese auf einem Schaden des Stütz- und Bewegungsapparates beruht, der für sich allein noch keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 25 ausmacht, und ein GdB von 30 oder 40 erst durch das Zusammentreffen mit weiteren Behinderungen zustandekommt.

Eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit kann in besonderen Fällen auch bei inneren Krankheiten, die bei gewöhnlicher Belastung zu einer Einbuße der körperlichen Beweglichkeit führen (beispielsweise bei Herz- und Lungenfunktionsstörungen mit einem GdB/MdE-Grad von 30), oder bei Schäden an den Sinnesorganen (beispielsweise bereits bei einer Seh- oder Hörbehinderung mit einem GdB von 30) vorliegen.

29

29 Typische Berufskrankheit

Die aus § 33 b EStG (siehe Nummer 27) sich ergebende Frage nach der typischen Berufskrankheit ist – abgesehen von der Voraussetzung eines GdB/MdE-Grades von mindestens 25, aber unter 50 – nur relevant, wenn der behinderte Mensch nicht Versicherter in der gesetzlichen Unfallversicherung ist. Eine typische Berufskrankheit ist dann unter den gleichen Voraussetzungen anzunehmen, unter denen bei Versicherten auf eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit der geltenden Berufskrankheiten-Verordnung zu schließen ist.

30 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“)

30

(1) Nach § 146 Abs. 1 SGB IX und § 9 EStG (siehe Nummer 27) ist zu beurteilen, ob der behinderte Mensch infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist.

Hilflose und Gehörlose haben unabhängig davon stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr. Gehörlos im Sinne dieser Vorschrift 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.

(2) 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. Nach der Rechtsprechung gilt als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird. Für die Beurteilung der behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind bei alten Menschen physiologische Einschränkungen, die nach Nummer 18 Absatz 2 – im Gegensatz zu Behinderungen im Alter – nicht als Behinderung anzusehen sind, nicht mit heranzuziehen. Entsprechendes gilt für Kinder.

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.

(3) Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinde-

rungsbedingten 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 (siehe Nummer 26.9) und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades (siehe Nummer 26.8) anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z.B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie (siehe Nummer 26.12), sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen.

(4) Bei hirnorganischen 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 (siehe Nummer 26.3) zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten.

Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks.

(5) Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70, 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.

31 Außergewöhnliche Gehbehinderung

31

(1) Für die Gewährung von Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen nach dem StVG in Verbindung mit der VwV-StVO (siehe Nummer 27) 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 tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.

(2) Als schwerbehinderte 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.

(3) Hierzu zählen nach der VwV-StVO Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind.

(4) Nach der Rechtsprechung darf die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung 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; der Betroffene

ne muss vielmehr ständig auf den Rollstuhl angewiesen sein, weil er sich sonst nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen kann.

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 (siehe Nummer 26.8) anzusehen.

32

32 Notwendigkeit ständiger Begleitung

(1) Für die unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson nach § 145 Abs. 2 Nummer 1 SGB IX ist in Verbindung mit § 146 Abs. 2 SGB IX die Notwendigkeit ständiger Begleitung (siehe Nummer 27) zu beurteilen.

Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung der Notwendigkeit ständiger 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.

(2) Ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen (bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ oder „H“ vorliegen) notwendig, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Dementsprechend ist zu beachten, ob bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig fremde Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels notwendig ist oder bereit sein muss oder ob Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z.B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) erforderlich sind.

(3) Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist anzunehmen bei

- ▶ Querschnittsgelähmten,
- ▶ Ohnhändern,
- ▶ Blinden und
- ▶ den in Nummer 30 Absätze 4 und 5 genannten Sehbehinderten, Hörbehinderten, geistig behinderten Menschen und Anfallskranken, bei denen die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt ist.

33 Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

33

(1) Für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht können auch gesundheitliche Voraussetzungen von Bedeutung sein (siehe Nummer 27).

(2) Diese gesundheitlichen Voraussetzungen sind nach landesrechtlichen Vorschriften und ergänzender Rechtsprechung immer erfüllt bei

- a) Blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.
- b) Hörgeschädigten, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. Letzteres ist dann nicht möglich, wenn an beiden Ohren mindestens eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit vorliegt und hierfür ein GdB von wenigstens 50 anzusetzen ist. Bei reinen Schallleitungsschwerhörigkeiten sind die gesundheitlichen Voraussetzungen im allgemeinen nicht erfüllt, da in diesen Fällen bei Benutzung von Hörhilfen eine ausreichende Verständigung möglich ist.
- c) Behinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Hierzu gehören
 - ▶ Behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen – auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) – bestehen und die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in zumutbarer Weise nicht besuchen können,
 - ▶ Behinderte Menschen, die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei unzureichend verschließbarem Anus praeter, häufige hirnorganische Anfälle, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche, wie sie etwa bei Asthmaanfällen und nach Tracheotomie vorkommen können),
 - ▶ Behinderte Menschen mit – nicht nur vorübergehend – ansteckungsfähiger Lungentuberkulose,
 - ▶ Behinderte Menschen nach Organtransplantation, wenn über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolgt, dass dem

Betroffenen auferlegt wird, alle Menschenansammlungen zu meiden. Nachprüfungen sind in kurzen Zeitabständen erforderlich.

- geistig oder seelisch behinderte Menschen, bei denen befürchtet werden muss, dass sie beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören.

Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen – bestimmter Art – verbietet. Behinderte Menschen, die noch in nennenswertem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können, erfüllen die Voraussetzungen nicht. Die Berufstätigkeit eines behinderten Menschen ist in der Regel ein Indiz dafür, dass öffentliche Veranstaltungen – zumindest gelegentlich – besucht werden können, es sei denn, dass eine der vorgenannten Behinderungen vorliegt, die bei Menschenansammlungen zu unzumutbaren Belastungen für die Umgebung oder für den Betroffenen führt.

34 Gesundheitliche Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse

34

(1) Dieser Nachteilsausgleich kommt für Schwerekriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einer MdE von mindestens 70 v.H. in Betracht.

(2) Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Klasse mit Fahrausweis der 2. Klasse bei Eisenbahnfahrten sind in der Regel als gegeben anzusehen, wenn unter Anlegung eines strengen Maßstabes festzustellen ist, dass der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert. Bei schwerekriegsbeschädigten Empfängern der drei höchsten Pflegezustufen sowie bei Kriegsblinden, kriegsbeschädigten Ohnhändern und kriegsbeschädigten Querschnittsgelähmten wird das Vorliegen der Voraussetzungen unterstellt.

Teil C

Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht

RECHTSGRUNDLAGEN BESONDERE BEGRIFFE

35 Rechtsgrundlagen und Voraussetzungen für den Anspruch auf Versorgung

35

(1) Nach dem ersten Weltkrieg richtete sich die Versorgung im wesentlichen nach dem Reichsversorgungsgesetz (RVG) vom 12. Mai 1920.

§ 2 RVG:

„Dienstbeschädigung ist die gesundheitsschädigende Einwirkung, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen während der Ausübung des Militärdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist.“

Ausführungsbestimmungen zu § 2 RVG:

„Unter ‘Dienstbeschädigung’ sind die schädigenden Vorgänge, nicht aber eine als Folge dieser Vorgänge auftretende Gesundheitsstörung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.“

(2) Für die Soldaten der Wehrmacht galt ab 1. Oktober 1938 das Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz (WFVG) vom 26. August 1938.

§ 4 Abs. 1 WFVG:

„Wehrdienstbeschädigung liegt vor, wenn ein Körperschaden infolge des Wehrdienstes eingetreten ist.“

§ 4 Abs. 2 WFVG:

„Ist ein Körperschaden, der als Wehrdienstbeschädigung nicht anerkannt ist, durch den Wehrdienst verschlimmert worden, so gilt die Verschlimmerung als Wehrdienstbeschädigung.“

Durchführungsbestimmung zu Abs. 1:

„Wehrdienstbeschädigung ist der Körperschaden, dessen Entstehung oder Verschlechterung ursächlich mit dem Wehrdienst zusammenhängt.“

(3) Nach dem zweiten Weltkrieg waren in den Besatzungszonen verschiedene Versorgungsgesetze in Kraft: in der amerikanischen Zone das mit Wirkung vom 1. Februar 1947 für zoneneinheitlich erklärte Gesetz über Leistungen an Körperbeschädigte (KBLG), in der britischen Zone die mit Wirkung vom 1. August 1947 erlassene Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 (SVD 27), in der französischen Zone verschiedene Gesetze, die sich an das RVG anlehnten. Das Saarland führte die Versorgung nach dem RVG weiter durch.

(4) Die vorgenannten Gesetze wurden durch das Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 20. Dezember 1950 abgelöst. Im Saarland wurde das BVG mit Wirkung vom 1. Juni 1960 in Kraft gesetzt.

§ 1 Abs. 1 BVG:

„Wer durch eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des militärischen oder militärähnlichen Dienstes oder durch die diesem Dienst eigentümlichen Verhältnisse eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung.“

(5) Beschädigte Soldaten der Bundeswehr werden nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) versorgt.

§ 80 SVG:

„Ein Soldat, der eine Wehrdienstbeschädigung erlitten hat, erhält nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Wehrdienstbeschädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG, so weit in diesem Gesetz nichts Abweichendes bestimmt ist ...“

Wehrdienstbeschädigung (WDB) ist gem. § 81 Abs. 1 SVG eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist.

(6) Eine entsprechende Regelung für beschädigte Zivildienstpflichtige enthält § 47 des Zivildienstgesetzes (ZDG). Der analoge Begriff für WDB ist die Zivildienstbeschädigung (ZDB).

(7) Nach § 4 des Häftlingshilfegesetzes (HHG) erhalten Personen, die infolge des Gewahrsams eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes.

(8) Nach § 21 des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG = Artikel 1 des 1. SED-UnberG) erhalten Betroffene, die infolge der Freiheitsentziehung eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes.

(9) Entsprechendes gilt nach § 3 des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG = Artikel 1 des 2. SED-UnberG) für Betroffene, die infolge einer Maßnahme nach § 1 (hoheitliche Maßnahme einer deutschen behördlichen Stelle zur Regelung eines Einzelfalles im Beitrittsgebiet aus der Zeit vom 8. Mai 1945 bis zum 2. Oktober 1990 [Verwaltungsentscheidung]) eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben.

(10) Nach § 60 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erhält, wer durch eine Schutzimpfung oder durch eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die

1. gesetzlich vorgeschrieben war oder
2. auf Grund dieses Gesetzes angeordnet wurde oder
3. von einer zuständigen Landesbehörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurde oder
4. auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften durchgeführt worden ist,

einen Impfschaden erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des Impfschadens auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes, so weit das IfSG nichts Abweichendes bestimmt.

(11) Nach § 1 Abs. 1 des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) erhält, wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes.

(12) Aus Gründen der Vereinfachung werden in den Anhaltspunkten an Stelle der in den genannten Gesetzen verwandten Begriffe in der Regel Begriffe des BVG oder allgemeine Bezeichnungen, wie „Dienst“, „dienstlich“, gebraucht.

36 Ursachenbegriff

36

(1) Der versorgungsrechtliche Ursachenbegriff ist nicht identisch mit dem medizinischen. Der Gutachter muss die unterschiedliche Begriffsbestimmung kennen und beachten, damit er sein Gutachten entsprechend formuliert und eine unrichtige Auslegung verhindert.

(2) Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze ist die Bedingung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu 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.

Die Ursache braucht nicht zeitlich eng begrenzt zu sein. Es können auch dauernde oder wiederkehrende kleinere äußere Einwirkungen in ihrer Gesamtheit eine Gesundheitsstörung verursachen.

Gelegenheits-„Ursachen“, 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 vom Antragsteller als Ursache verantwortlich gemacht, z.B. 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 klar zu stellen, welcher der zur Diskussion stehenden ätiologischen Faktoren die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Erfolges und damit Ursache im versorgungsrechtlichen Sinne ist.

(3) 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 Kriegsofferfürsorge und der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen.

37

37 Tatsachen zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs

(1) 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.

(2) 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, sind hierzu zu rechnen. 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 zivilen 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 bestimmbares, einen Körperschaden verursachendes Ereignis.

(3) 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 (WDB-Folge, ZDB-Folge usw.).

(4) 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.

(5) 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, Osteomyelitis.

(6) 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 Glaubhaftmachung) die Überzeugung zu gewinnen ist, dass es so und nicht anders gewesen ist.

38 Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs

38

(1) 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 sich der Gutachter bemühen, zu einer verwertbaren Beurteilung zu kommen.

(2) 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 eine Arbeitshypothese aufgestellt oder einen Erklärungsversuch unternommen hat. Es kommt auch nicht allein auf die subjektive Auffassung des beurteilenden Arztes an.

(3) Vielfach lässt allein der große zeitliche Abstand ohne Brückensymptome den ursächlichen Zusammenhang unwahrscheinlich erscheinen.

Die angemessene zeitliche Verbindung bildet in der Regel eine Voraussetzung der 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 gewesen, dass er den Einflüssen des Dienstes ausgesetzt gewesen, 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 bestimmten Dienstverrichtung oder allgemeiner dienstlicher Verhältnisse auf die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit dargetan werden, da Krankheiten aller Art, insbesondere innere Leiden, zu jeder Zeit auch ohne wesentliche Mitwirkung eines schädigenden Vorgangs entstehen können.

(4) 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. Ein Grundsatz „in dubio pro aegroto“ kann im Gutachten des ärztlichen Sachverständigen keine Anwendung finden (siehe auch Nummer 10 Absatz 2).

39

39 Kannversorgung

(1) Abweichend von den in Nr. 37 erläuterten Grundsätzen kann nach § 1 Abs. 3 Satz 2 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 (§ 81 Abs. 6 Satz 2 SVG, § 47 Abs. 7 Satz 2 ZDG, § 4 Abs. 5 Satz 2 HHG, § 61 Satz 2 IfSG, § 21 Abs. 5 Satz 2 StrRehaG, § 3 Abs. 5 Satz 2 VwRehaG, § 1 Abs. 12 Satz 2 OEG).

(2) Folgende medizinische Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- a) 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 eines Sachverständigen erfüllt nicht den Tatbestand einer Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft.
- b) 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 der Gutachter beurteilen, ob der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist (siehe Nummer 38).
- c) 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.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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 in dem Sinne zu Recht anerkannt worden ist, dass es auch im Falle einer unter Berücksichtigung jeweils neuester medizinischer Erkenntnisse vorzunehmenden Überprüfung der früheren Entscheidung erneut als Schädigungsfolge anerkannt werden müsste.

Kommt bei einem Leiden, für das bereits teilweise Versorgung als Rechtsanspruch zusteht, 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.

(6) 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 eine MdE in der auch sonst üblichen Weise zu bilden; bei späteren, erneut abgrenzbaren (z.B. schubartigen) Verschlechterungen des Leidens ist dann zu prüfen, ob diese nunmehr 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 späteren weiteren Verlauf nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann (z.B. bei chronisch-progredienten Verlaufsformen) – kann je nach dem Ausmaß des Vorschadens und der hieraus ableitbaren Entwicklungstendenz des Leidens ein Bruchteil des jeweiligen Gesamtleidens oder auch der gesamte Leidenzustand in die Kannversorgung einbezogen werden.

(7) Für eine Reihe von Krankheiten, bei denen eine Kannversorgung in Frage kommt, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das nach § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG einer solchen Versorgung zustimmen muss, unter bestimmten Voraussetzungen eine allgemeine Zustimmung (§ 1 Abs. 3 Satz 2, 2. Halbsatz BVG) für die Fälle einer Anerkennung im Sinne der Entstehung erteilt. Diese Voraussetzungen sind in den Kapiteln zur Beurteilung der einzelnen Krankheitszustände jeweils beschrieben. Es handelt sich um folgende Krankheiten:

1. Arteriosklerotische Komplikationen (Nr. 92)
2. Endangiitis obliterans (Nr. 93)
3. Sarkoidose (Nr. 141)
4. Multiple Sklerose (Nr. 64)
5. Amyotrophische Lateralsklerose (Nr. 63)
6. Spastische Spinalparalyse (Nr. 63)
7. Spinale progressive Muskelatrophie (Nr. 63)
8. Syringomyelie (Nr. 63)
9. Progressive Muskeldystrophie (Nr. 65)
10. Malignome (Nr. 142)
11. Neoplasien der Hämatopoese (Nr. 122) Myelodysplastische Syndrome (Nr. 122)
12. Chronische Polyarthritiden – cP (Nr. 140)
13. Spondylarthritiden (Nr. 140)
14. Reiter-Krankheit (Nr. 140)
15. Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] (Nr. 107)
16. Colitis ulcerosa (Nr. 107)
17. Schizophrene Psychosen (Nr. 69)

Folgende weitere Krankheiten, für die eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen ist (die dann jedoch der nach dem jeweiligen Gesetz [siehe Absatz 1] vorgesehenen Zustimmung im Einzelfall bedarf) sind genannt:

- ▶ Myasthenie (Nr. 65)
- ▶ Idiopathische Polyneuropathie (Nr. 67)
- ▶ Periphlebitis retinae (Nr. 81)
- ▶ Hörsturz (Nr. 86)
- ▶ Menière-Krankheit (Nr. 86)
- ▶ Panarteriitis nodosa, andere Immunangiopathien (Nr. 93)
- ▶ Infrarenales Bauchaortenaneurysma (Nr. 94)
- ▶ Primäre dilatative Kardiomyopathie (Nr. 100)
- ▶ Autoimmungastritis (Nr. 106)
- ▶ MALT-Lymphom (Nr. 106)
- ▶ Autoimmunhepatitis (Nr. 108)
- ▶ Primäre biliäre Zirrhose (Nr. 108)
- ▶ Primäre sklerosierende Cholangitis (Nr. 108)
- ▶ Primär chronische Glomerulonephritis (Nr. 111)
- ▶ Diabetes mellitus [Typ I] (Nr. 120)
- ▶ Hautkrankheiten (Nr. 123)
- ▶ Aseptische Knochen- und Knorpelnekrosen (Nr. 132)
- ▶ Kollagenosen (Nr. 140)
- ▶ Vaskulitiden (Nr. 140)
- ▶ Schäden durch ionisierende Strahlen (Nr. 143)

Sofern bei anderen, selteneren und nicht genannten Leiden ebenfalls die in Absatz 2 dargelegten Voraussetzungen erfüllt sind, ist auch bei diesen Leiden eine Kannversorgung in Erwägung zu ziehen.

40

40 Mittelbare Schädigungsfolgen

Mittelbare Schädigungsfolgen sind Gesundheitsstörungen, die durch ein äußeres Ereignis, das seine Ursache in einem schädigungsbedingten Leiden hat, herbeigeführt worden sind.

Beispiel: Ein Beschädigter mit einer als Schädigungsfolge anerkannten hochgradigen Schwerhörigkeit erleidet nachweislich wegen seiner Schwerhörigkeit einen Verkehrsunfall mit bleibenden Gesundheitsstörungen.

Die mittelbaren Schädigungsfolgen werden versorgungsrechtlich wie unmittelbare Schädigungsfolgen behandelt.

Ein in der Eigenart eines Leidens liegender Folgeschaden ist keine mittelbare, sondern eine unmittelbare Schädigungsfolge (siehe Nummer 47).

41 Absichtlich herbeigeführte Schädigungen

41

Eine vom Beschädigten absichtlich herbeigeführte Schädigung gilt nicht als Schädigung im Sinne der Versorgungsgesetze. Absichtlich herbeigeführt ist sie dann, wenn sie vom Beschädigten 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 (siehe auch Nummer 74).

42 Anerkennung im Sinne der Entstehung und Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung

42

(1) 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, wenn 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 (siehe Nummer 24).

(2) 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 (siehe auch Nummer 47 Absätze 2 und 3).

(3) Der begutachtende Arzt muss den regelhaften Ablauf der einzelnen Krankheiten kennen, um beurteilen zu können, ob ein schon bestehendes Leiden durch die behauptete Schädigung verschlimmert worden oder ob die Weiterentwicklung eines anerkannten Leidens noch auf eine Schädigung zurückzuführen ist. Er muss abwägen, 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 gehabt haben.

43

43 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 einer bleibenden schädigungsbedingten MdE führen; er kann anhaltend, aber abgrenzbar den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen und damit zu einer gleich bleibenden schädigungsbedingten MdE führen; er kann aber auch den weiteren Krankheitsverlauf richtunggebend bestimmen und damit Anlass zu einer ansteigenden schädigungsbedingten MdE-Bewertung 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 der MdE von wesentlicher Bedeutung. Hierbei müssen in jedem Fall die durch die Gesundheitsstörung bewirkte Gesamt-MdE sowie die MdE 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 (siehe Nummer 42 Absatz 2). Deshalb wird im Bescheid immer nur der Begriff Verschlimmerung ohne weiteren Zusatz verwendet.

44

44 Fehlen einer fachgerechten Behandlung

(1) 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 hafteigentümliche Verhältnisse oder Schädigungsfolgen eine fachgerechte und wahrscheinlich erfolgreiche Behandlung nicht oder zu spät durchgeführt wird.

(2) Der Gutachter muss über die therapeutischen Maßnahmen, ihre Wirkungen und Erfolge, die Heilungswahrscheinlichkeit, die Überlebenszeit informiert sein, um ein Urteil über die Wahrscheinlichkeit eines anders gearteten Verlaufes abgeben zu können.

45 Folgen von diagnostischen Eingriffen, vorbeugenden und therapeutischen Maßnahmen

45

(1) Die Folgen von diagnostischen Eingriffen, Operationen oder anderen Behandlungsmaßnahmen, die wegen Schädigungsfolgen durchgeführt werden, sind Schädigungsfolge.

(2) Wenn derartige Maßnahmen wegen schädigungsunabhängiger Gesundheitsstörungen vorgenommen werden, kommt eine Annahme nachteiliger Folgen als Schädigungsfolge in Betracht, wenn

- ▶ eine Duldungspflicht von Maßnahmen zur Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bestand,
- ▶ die Behandlung auf den Dienst oder die dem Dienst (oder einer Haft) eigentümlichen Verhältnisse zurückzuführen war.

Für die Annahme nachteiliger gesundheitlicher Folgen einer Behandlung ist 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.

(3) Truppenärztliche Behandlungen bei der Bundeswehr umfassen alle diagnostischen, therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen – einschließlich Operationen und anderer Eingriffe –, sofern sie im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung durchgeführt oder veranlasst (z.B. in Einrichtungen außerhalb der Bundeswehr) wurden.

46

46 Ursächlicher Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod

(1) Der Tod ist die Folge einer Schädigung, wenn er durch sie verursacht worden ist.

(2) Wenn ein Beschädigter an einem Leiden stirbt, das als Folge einer Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war, d.h. wenn die anerkannte Gesundheitsstörung den Tod verursacht hat, gilt der Tod stets als Schädigungsfolge (Rechtsvermutung). Diese Rechtsvermutung erlaubt es dem Gutachter seine 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 Anerkenntnisses (siehe Nummer 25 Absatz 3) hinweisen.

(3) Stirbt ein Beschädigter 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 Einzelfalles und unter Wertung der mitwirkenden, nicht schädigungsbedingten Umstände. Die Höhe der für den Verschlimmerungsanteil anerkannten MdE gibt dabei nicht den Ausschlag, vielmehr sind die tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Todes für die Beurteilung maßgebend.

(4) Haben zum Tod mehrere Leiden beigetragen, die nicht alle Schädigungsfolgen sind, dann ist unter Anwendung des versorgungsrechtlichen Ursachsbegriffs (siehe Nummer 36) 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 Schädigungs-

folgen 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 der Beschädigte 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.

(5) Eine aus dienstlichen Gründen oder wegen Schädigungsfolgen unterbliebene rechtzeitige oder richtige Behandlung kann Ursache des Todes sein (siehe Nummer 44).

(6) Häufig kann der ursächliche Zusammenhang zwischen Schädigung und Tod ohne Leichenöffnung nicht zutreffend beurteilt werden. Deshalb ist, wenn irgend möglich, die Zustimmung der Hinterbliebenen zur Leichenöffnung rechtzeitig einzuholen.

47 Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden

47

(1) Ein Vorschaden ist eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei Eintritt der Schädigung bereits nachweisbar bestanden hat. Beim Vorliegen eines Vorschadens ist bei der Bemessung der schädigungsbedingten MdE folgendes zu beachten:

a) Wenn sich Vorschaden und Schädigungsfolge an verschiedenen Körperteilen befinden und sich gegenseitig nicht beeinflussen, so ist der Vorschaden ohne Bedeutung.

Beispiel: Vorschaden: Verlust eines Auges; MdE 30 v.H.,
Schädigungsfolge: Leberzirrhose mit einer MdE um 80 v.H.
Die MdE für den Augenverlust bleibt unberücksichtigt;
MdE durch Schädigungsfolge 80 v.H.

b) Hat die Schädigung eine vorgeschädigte Gliedmaße oder ein vorgeschädigtes Organ betroffen, muss die schädigungsbedingte MdE niedriger sein als die MdE, die 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. Die schädigungsbedingte MdE lässt sich dabei nicht einfach dadurch ermitteln, dass die MdE des Vorschadens rein rechnerisch von der MdE des Gesamtschadens abgezogen wird; maßgeblich ist, zu welchem zusätzlichen anatomischen und funktionellen Verlust die Schädigung geführt hat.

Beispiele: aa) Vorschaden: Verlust des rechten Unterschenkels; MdE 50 v.H.
Schädigungsfolge: Verlust des rechten Beines im Oberschenkel.

MdE nunmehr 70 v.H.

MdE durch Schädigungsfolge 40 v.H.

bb) Vorschaden: Rippenfellschwarte mit einer MdE um 20 v.H.

Schädigungsfolge: Ausgedehnte kavernöse Lungentuberkulose mit einer MdE um 100 v.H.

Der Vorschaden ist nach Art und Umfang in der Relation zur Schädigungsfolge ohne wesentliche Bedeutung;

MdE durch Schädigungsfolge 100 v.H.

c) Sind durch Vorschaden und Schädigungsfolge verschiedene Organe oder Gliedmaßen oder paarige Organe betroffen und verstärkt der Vorschaden die schädigungsbedingte Funktionsstörung, so ist die schädigungsbedingte MdE unter Umständen höher zu bewerten, als es bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge zu geschehen hätte.

Beispiele: aa) Vorschaden: Versteifung des rechten Ellenbogengelenkes; MdE 40 v.H.

Schädigungsfolge: Verlust der linken Hand.

MdE für den Verlust der Hand an sich 50 v.H.; wegen des Vorschadens MdE durch Schädigungsfolge 60 v.H.

bb) Vorschaden: Mittelgradige Schwerhörigkeit links; MdE 10 v.H.

Schädigungsfolge: Taubheit rechts

MdE für die Taubheit rechts an sich 20 v.H.; wegen des Vorschadens MdE durch Schädigungsfolge 30 v.H.

(2) 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 der MdE nach § 30 Absatz 1 BVG – anders als bei der Beurteilung des besonderen beruflichen Betroffenseins (siehe Nr. 48, Absatz 1) und der Voraussetzungen für die Pflegezulage (siehe Nummer 50 Absatz 3) – 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.

Beispiel: Verlust des rechten Auges durch Verwundung; Verlust des linken Auges später schädigungsunabhängig.

(3) 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 (siehe Nummer 36), so handelt es sich um einen Folgeschaden, der eine weitere Schädigungsfolge darstellt und daher mit seiner gesamten MdE zu berücksichtigen ist. Wenn ein solcher Folgeschaden erst viele Jahre nach der Schädigung in Erscheinung tritt, spricht man auch von einem Spätschaden.

Beispiele: Cor pulmonale bei sekundärem Lungenemphysem nach Schwartenbildung der Lunge.
Amyloidose nach chronischer Osteomyelitis.
Kniegelenksarthrose nach in Fehlstellung verheilten Unterschenkelfraktur.
Herzinsuffizienz nach langjährigem Bestehen eines Herzklappenfehlers.

48 Berücksichtigung eines besonderen beruflichen Betroffenseins

48

(1) Nach § 30 Abs. 2 BVG ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit höher zu bewerten, wenn der Beschädigte durch die Art der Schädigungsfolgen in seinem vor der Schädigung ausgeübten oder begonnenen Beruf, in seinem nachweisbar angestrebten oder in dem Beruf besonders betroffen ist, den er nach Eintritt der Schädigung ausgeübt hat oder noch ausübt. Das ist besonders der Fall, wenn er

- a) infolge der Schädigung weder seinen bisher ausgeübten, begonnenen oder den nachweisbar angestrebten noch einen sozial gleichwertigen Beruf ausüben kann,
- b) zwar seinen vor der Schädigung ausgeübten oder begonnenen Beruf weiter ausübt oder den nachweisbar angestrebten Beruf erreicht hat, in diesem Beruf durch die Art der Schädigungsfolgen aber in einem wesentlich höheren Grade als im allgemeinen Erwerbsleben erwerbsgemindert ist, oder
- c) infolge der Schädigung nachweisbar am weiteren Aufstieg in seinem Beruf gehindert ist.

Bei der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs (siehe Nummer 36 Absatz 2) kommt es auf den Zeitpunkt des Eintritts des besonderen beruflichen Betroffenseins an.

(2) Dem ärztlichen Gutachter müssen die für seine Beurteilung notwendigen Tatsachen (Berufsanamnese, zu berücksichtigender Beruf, Tätigkeitsmerkmale, Arbeitsplatzverhältnisse usw.) durch die Verwaltung bekanntgemacht werden. Außerdem muss dem Gutachter Literatur zur Berufskunde zur Verfügung stehen. Erst dann kann der ärztliche Gutachter beurteilen, ob z.B. die Schädigungsfolgen den Beschädigten unfähig machen, einen bestimmten Beruf auszuüben, welche Schwierigkeiten er in dieser Berufstätigkeit durch die Schädigungsfolgen hat und in welchem Maße sie sich auswirken, ob außergewöhnliche Tatkraft und außergewöhnliche Anstrengungen aufzuwenden sind und der Beruf nur unter Gefährdung der Gesundheit ausgeübt werden kann.

Die Feststellung, ob ein besonderes berufliches Betroffensein vorliegt und in welchem Umfang die MdE höher zu bewerten ist, trifft nicht der ärztliche Gutachter, sondern die Versorgungsverwaltung.

(3) Der Gutachter sollte sich nicht darauf beschränken, den Funktionsverlust darzustellen, sondern auch angeben, welche Tätigkeiten noch möglich sind, damit ggf. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden können.

49

49 Schwerstbeschädigtenzulage

(1) Der ergänzenden Versorgung gesundheitlich außergewöhnlich betroffener Beschädigter dient die Schwerstbeschädigtenzulage (§ 31 Abs. 5 BVG), die in sechs Stufen bewilligt wird. Eine Rechtsverordnung (VO zur Durchführung des § 31 Abs. 5 BVG) bestimmt den Personenkreis, der durch seine Schädigungsfolgen außergewöhnlich betroffen ist, sowie seine Einordnung in die sechs Stufen.

(2) Schwerstbeschädigtenzulage erhalten erwerbsunfähige Beschädigte, die allein auf Grund der Beurteilung nach § 30 Abs. 1 BVG erwerbsunfähig sind, wenn die anerkannten Schädigungsfolgen nach einem in der VO zu § 31 Abs. 5 BVG geregelten, auf der MdE aufbauenden Punktsystem mit wenigstens 130 Punkten zu bewerten sind oder wenn sie Anspruch auf Pflegezulage mindestens nach Stufe III haben. Ist ein Beschädigter nur bei Berücksichtigung eines besonderen beruflichen Betroffenseins erwerbsunfähig, so kann er in den Kreis der Schwerstbeschädigten nicht einbezogen werden.

(3) Bei der Punktbewertung ist von der Höhe der MdE (lediglich nach § 30 Abs. 1 BVG) auszugehen, die die einzelnen anerkannten Schädigungsfolgen bedingen. Mehrere Schädigungsfolgen an einem Arm oder an einem Bein oder an einem Organsystem sind als eine Schädigungsfolge anzusehen.

Auswirkungen von Schäden eines Organsystems an Gliedmaßen oder an anderen Organsystemen werden bei den Gliedmaßen oder den Organsystemen bewertet, die in ihrer Funktion geschädigt sind; z.B. sind Durchblutungsstörungen der Beine infolge einer Gefäßkrankheit, die die Funktion der Beine beeinträchtigen, als Schäden der Beine zu berücksichtigen.

Als Organsystem gelten: Atmung, Herz-Kreislauf, Verdauung, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Blut einschließlich blutbildendem Gewebe (und Immunsystem), innere Sekretion, Sehen, Gehör, Sprache, Geruch einschließlich Geschmack, Stamm in seiner Funktion der Haltung und des Schutzes der inneren Organe, Kopf in seiner Funktion der Prägung des Aussehens, der Bildung der Höhlen des Kopfes und des Schutzes des Gehirns, Gehirn in seiner Funktion der Wesensbildung und der geistigen Leistung (Bereich 1), Gehirn in seiner zentralnervalen Funktion (Bereich 2). Als Störungen des Gehirnbereichs 2 sind z.B. Krampfanfälle, zerebellare Gleichgewichtsstörungen aufzufassen.

(4) Für die einzelnen Organsysteme und für jede einzelne Gliedmaße wird eine MdE in üblicher Weise gebildet, indem man die Beurteilung so vornimmt, als ob nur dieser Schaden vorhanden wäre. Beträgt dabei die so ermittelte MdE für eine Schädigungsfolge weniger als 25 v.H., so bleibt sie bei der weiteren Berechnung außer Betracht.

(5) Jedes Vomhundert an MdE ist mit einem Punkt, bei Schädigungsfolgen, die eine MdE um weniger als 45 v.H., aber mindestens 25 v.H. bedingen, mit einem halben Punkt zu bewerten. Diese Halbierung der Punkte entfällt, wenn zwei oder mehrere Schädigungsfolgen mit einer MdE um mindestens 45 v.H. zusammen mindestens 140 Punkte ergeben. Die so ermittelten Punktzahlen sind zusammenzuzählen.

(6) Zu der auf diese Weise errechneten Punktzahl werden bei bestimmten Kombinationen von Schädigungsfolgen Zusatzpunkte hinzugezählt. Diese Zusatzpunkte betragen,

- | | |
|---|------------|
| 1. wenn Schädigungsfolgen an beiden Beinen zusammenreffen, | 10 Punkte, |
| wenn jedoch beide Füße fehlen oder gebrauchsunfähig sind, | 20 Punkte, |
| 2. wenn Schädigungsfolgen an beiden Armen zusammenreffen, | 20 Punkte, |
| wenn jedoch beide Hände fehlen oder gebrauchsunfähig sind, | 40 Punkte, |
| 3. wenn eine Hand und ein ganzer Fuß fehlen oder gebrauchsunfähig sind, | 20 Punkte, |

4. wenn Schädigungsfolgen an zwei oder mehreren inneren Organsystemen zusammentreffen, 20 Punkte,
5. wenn Blindheit mit weiteren Schädigungsfolgen zusammentrifft, 30 Punkte,
6. wenn Blindheit mit Ausfall oder nahezu völligem Ausfall eines oder mehrerer weiterer Sinnesorgane zusammentrifft, 30 Punkte.
(Als Sinnesorgan in diesem Sinne gilt auch der Tastsinn).

Zusatzpunkte können mit Ausnahme der Nummer 6 jedoch nur in Ansatz gebracht werden, wenn jede der zusammentreffenden Schädigungsfolgen eine MdE um mindestens 25 v.H. bedingt.

Als inneres Organsystem gemäß Nummer 4 gelten: Atmung, Herz-Kreislauf, Verdauung, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Blut einschließlich blutbildendem Gewebe (und Immunsystem), die innere Sekretion sowie das Gehirn in seiner gesamten Funktion (ohne Aufteilung in Funktionsbereiche).

Eine Gebrauchsunfähigkeit einer Hand oder eines Fußes nach Nummern 1 bis 3 liegt dann vor, wenn die Gliedmaße ihre Funktion als Greif- und Halte- werkzeug bzw. als Geh- und Stehwerkzeug verloren hat. Die schädigungs- bedingte Funktionseinbuße an einer Gliedmaße muss also nach ihrer Art und Schwere dem Verlust einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes gleichzuachten sein. Daraus folgt, dass an der betroffenen Gliedmaße allein auf Grund einer solchen Funktionseinbuße der Greif- und Haltefähigkeit bzw. des Geh- und Stehvermögens eine MdE um mindestens 50 v.H. nach § 30 Abs. 1 BVG vorliegen muss.

(7) Diese Punktberechnung wird der Vielfalt der Kombinationen von Gesund- heitsstörungen und ihrer Auswirkungen gerecht, auch wenn sie den Menschen in einer wissenschaftlichen Gesichtspunkten fremden Weise aufgliedert.

- (8) Schwerstbeschädigtenzulage wird bei einer Gesamtzahl
von mindestens 130 Punkten nach Stufe I,
von mindestens 160 Punkten nach Stufe II,
von mindestens 190 Punkten nach Stufe III,
von mindestens 220 Punkten nach Stufe IV,
von mindestens 250 Punkten nach Stufe V,
von mindestens 280 Punkten nach Stufe VI
gewährt.

Beschädigte mit Anspruch auf eine Pflegezulage nach Stufe III erhalten mindestens die Schwerstbeschädigtenzulage nach Stufe I, mit Anspruch auf eine Pflegezulage nach Stufe IV mindestens nach Stufe II, mit Anspruch auf eine Pflegezulage nach Stufe V mindestens nach Stufe III.

Maßgebend ist jedoch nur die Stufe der Pflegezulage, die ohne Berücksichtigung besonderer wirtschaftlicher Mehraufwendungen oder ohne das Zusammentreffen von Schädigungsfolgen mit Nichtschädigungsfolgen zu bewilligen wäre.

(9) Bei Blinden sind folgende Besonderheiten zu beachten: Beschädigte, bei denen Blindheit als Folge einer Schädigung anerkannt ist, erhalten stets die Schwerstbeschädigtenzulage mindestens nach Stufe I (Anspruch auf Pflegezulage mindestens nach Stufe III). Wenn weitere bei der Schwerstbeschädigtenzulage zu berücksichtigende Schädigungsfolgen vorliegen, ist bei der Punktbewertung von 100 Punkten plus 30 Zusatzpunkten auszugehen (siehe Absatz 6). Diese Punkte schließen die im allgemeinen aus der Blindheit sich ergebenden besonderen seelischen Begleiterscheinungen und zentral-vegetativen Regulationsstörungen mit ein. Entstellungen des Gesichtes sind gesondert zu bewerten; dabei ist auch beim Verlust beider Augen und bei gleichzeitigen Veränderungen der Augen mit Erblindung – auch im Hinblick auf die fehlende Möglichkeit, mit dem Mitmenschen einen Blickkontakt herzustellen – eine Entstellung anzunehmen (MdE um 30 v.H.). Ebenso bedürfen außergewöhnliche und als eigenes Krankheitsbild umschreibbare psychische, vegetative oder endokrine Störungen einer getrennten Beurteilung, bei der entsprechende Fachgutachter zu beteiligen sind.

50 Voraussetzungen für die Pflegezulage, Pflegezulagestufen

50

(1) Pflegezulage wird bewilligt, solange ein Beschädigter infolge der Schädigung so hilflos ist, dass er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. 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 (§ 35 Abs. 1 Satz 2 und 3 BVG).

(2) Die Grundvoraussetzungen für die Annahme einer Hilflosigkeit ergeben sich aus Nummer 21, Absätze 2 bis 5.

(3) 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 (siehe Nummer 36, Absatz 2).

(4) Die Pflegezulage wird in sechs Stufen bewilligt. Für dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege sind die Stufen II bis VI vorgesehen.

(5) Ein dauerndes außergewöhnliches Pflegebedürfnis liegt vor, wenn ein Aufwand an Pflege etwa in gleichem Umfang wie bei dauerndem Krankenlager eines Beschädigten notwendig ist. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der Beschädigte das Bett überhaupt nicht verlassen kann.

(6) Bei Doppelamputierten ohne weitere Gesundheitsstörungen – ausgenommen Doppel-Unterschenkelamputierte – ist im allgemeinen eine Pflegezulage nach Stufe I angemessen, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um paarige oder nichtpaarige Gliedverluste (Oberarm, Unterarm, ganze Hand, Oberschenkel, Unterschenkel, ganzer Fuß) handelt. Abweichend davon ist angemessen beim Verlust

beider Beine im Oberschenkel	Stufe II
beider Hände oder Unterarme	Stufe III
beider Arme im Oberarm oder dreier Gliedmaßen	Stufe IV

der Pflegezulage, sofern nicht besondere Umstände eine höhere Einstufung rechtfertigen.

(7) 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

Querschnittsgelähmten mit Blasen- und Mastdarmlähmung,
Hirnbeschädigten mit schweren psychischen und physischen
Störungen und Gebrauchsbehinderungen mehrerer Gliedmaßen,
Ohnhändern mit Verlust beider Beine im Oberschenkel,
blinden Doppel-Oberschenkelamputierten,
Blinden mit völligem Verlust einer oberen und einer unteren Gliedmaße.

(8) Besonders schwer betroffene Beschädigte erhalten eine Pflegezulage nach Stufe VI. Es handelt sich dabei um

Blinde mit völligem Hörverlust,
blinde Ohnhänder,
Beschädigte mit Verlust beider Arme im Oberarm und beider Beine im
Oberschenkel,
Beschädigte, bei denen neben einem Leidenszustand, der bereits die
Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe V rechtfertigt, noch eine
weitere Gesundheitsstörung vorliegt, die das Pflegebedürfnis wesent-

lich erhöht (z.B. erhebliche Gebrauchsbehinderung beider Arme bei voll ständiger Lähmung beider Beine mit Blasen- und Mastdarm-lähmung), sowie andere Beschädigte, deren außergewöhnlicher Leidenszustand und deren Pflegebedürfnis denen der vorgenannten Beschädigten vergleichbar sind.

(9) 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.

(10) Erwerbsunfähige Hirnbeschädigte erhalten nach § 35 Abs. 1 Satz 6 BVG eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I, wenn die Hirnbeschädigung allein Erwerbsunfähigkeit (§ 30 Abs. 1 und 2 BVG) 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.

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.

(11) Blinde (siehe Nummer 23) erhalten nach § 35 Abs. 1 Satz 5 BVG mindestens die Pflegezulage nach Stufe III.

Treten bei Blinden weitere Gesundheitsstörungen, vor allem Störungen der Ausgleichsfunktion hinzu, die unter Beachtung von Absatz 3 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 7 oder 8 Pflegezulage nach Stufe V oder VI zusteht.

Der hochgradig Sehbehinderte (siehe Nummer 23, Absatz 5) erfüllt grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe I.

51 Kapitalabfindung

51

(1) Eine Kapitalabfindung können Beschädigte und Witwen erhalten, wenn nicht zu erwarten ist, dass innerhalb des zehn- bzw. fünfjährigen Abfindungszeitraums die Rente wegfallen wird.

Bei Beschädigten hat der ärztliche Gutachter zunächst dazu Stellung zu nehmen, ob während des Abfindungszeitraums eine Besserung der Schädigungsfolgen zu erwarten ist. Ggf. hat er den Mindestgrad der MdE anzugeben, der nach Eintritt der Besserung innerhalb des Abfindungszeitraums voraussichtlich nicht unterschritten wird.

Bei Beschädigten und Witwen muss sich der Gutachter ferner zur Lebenserwartung im Abfindungszeitraum aussprechen. Ein Wegfall der Rente vor Ablauf des Abfindungszeitraums ist zu erwarten, wenn nach der Schwere und der Entwicklungstendenz des Leidens eine hohe Wahrscheinlichkeit für ein vorzeitiges Ableben besteht. Das ist im allgemeinen dann nicht der Fall, wenn mit dem Tod in naher Zeit nicht zu rechnen ist, d.h. das Ableben innerhalb eines Zeitraums von etwa drei Jahren nicht wahrscheinlich ist.

(2) Die ärztliche Begutachtung muss auf alle erkennbaren Gesundheitsstörungen gerichtet sein, so weit sie für die schädigungsbedingte MdE und die Lebenserwartung von Bedeutung sein können.

(3) Von einer ärztlichen Untersuchung kann abgesehen werden, wenn die vorhandenen Unterlagen eine Beurteilung zulassen. Ein früheres Untersuchungsergebnis wird im allgemeinen zugrunde gelegt werden können, wenn es nicht länger als zwei Jahre zurückliegt und für eine Veränderung der Gesundheitsverhältnisse kein Anhalt gegeben ist.

(4) Neben den theoretischen Kenntnissen vom Wesen der Krankheiten und ihrer Prognose und neben den allgemeinen Erfahrungen erfordert die Beurteilung der Lebenserwartung ein Studium des Einzelfalls anhand des bisherigen Krankheitsverlaufs. Hieraus kann eine Vorstellung gewonnen werden, ob ein Leiden stillsteht, ob sich der allgemeine Kräftezustand trotz des natürlichen Fortschreitens der organischen Veränderungen seit längerer Zeit gehalten hat, ob die funktionellen Ausfälle der lebenswichtigen Organe noch einen ausreichenden Ausgleich finden, ob sich ein Leiden offenkundig zunehmend verschlechtert und zu einem Abschluss drängt.

52

52 Betreuungsaufgaben des Versorgungsarztes

(1) Hauptziel der Versorgung ist eine umfassende Rehabilitation des Beschädigten. Nebeneinander sind hierbei von Bedeutung: Die Heilbehandlung, Maßnahmen zur Eingliederung in das Berufsleben und zur Festigung der Erwerbsfähigkeit sowie die wirtschaftliche und soziale Sicherstellung.

Der Versorgungsarzt soll sich dementsprechend nicht auf eine reine Gutachtertätigkeit beschränken, sondern sich so weit wie möglich auch in die Betreuung einschalten.

(2) Bei der Begutachtung hat der Arzt Gelegenheit, sich auch über die menschliche und berufliche Situation des Beschädigten zu unterrichten und ihn in vielerlei Hinsicht zu beraten. So kann der Arzt auf mögliche weitere Behandlungsmaßnahmen (z.B. stationäre Behandlung in einer Kur-einrichtung, Versorgung mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Vesehrtenleibesübungen) hinweisen und soll, wenn es notwendig erscheint, mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen. Er kann auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge oder andere Versorgungsleistungen aufmerksam machen, die bisher nicht in Anspruch genommen wurden, aber das Los des Beschädigten zu erleichtern vermögen.

(3) Ausschließlich solchen Bemühungen dient die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung empfohlene besondere Betreuung alter Beschädigter und Schwerbeschädigter. Hierbei sollen besonders Betroffene, bei denen Zweifel bestehen, ob alle Möglichkeiten der Versorgung ausgeschöpft sind, u.a. durch Versorgungsärzte zu Hause aufgesucht werden. Diese Besuche sollen nur nach Voranmeldung und mit Zustimmung des Beschädigten und gegebenenfalls nach Unterrichtung des Hausarztes durchgeführt werden.

(4) Der Erfolg der Betreuungsmaßnahmen hängt entscheidend von der Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen ab (Versorgungsverwaltung, behandelnder Arzt, Träger der Kriegsopferfürsorge, Arbeitsverwaltung usw.).

(5) Bei bestimmten Beschädigtengruppen kann eine ärztliche Verlaufsbeobachtung im Interesse der Beschädigten angezeigt sein (z.B. Personen, denen Thorotrast injiziert worden ist; Heimkehrer, die im Uranbergbau oder Asbestabbau tätig waren).

KAUSALITÄTSBEURTEILUNG BEI DEN EINZELNEN KRANKHEITSZUSTÄNDEN

INFEKTIONSKRANKHEITEN

53 Allgemeines

53

(1) Der Nachweis einer Infektion sollte durch moderne labordiagnostische Methoden erfolgen. Sofern bei ansteckenden Krankheiten der Nachweis der Infektionsquelle erbracht werden kann, ist die Zusammenhangsbeurteilung in der Regel einfach. Lässt sich dieser Nachweis nicht erbringen, so darf nicht schon wegen der zeitlichen Verbindung ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden. Bei einzelnen Infektionskrankheiten ist zu beachten, dass zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Auftreten der ersten Symptome Jahre, z.T. auch Jahrzehnte, liegen können. Bei ehemaligen Soldaten und Zivildienstleistenden muss eingehend untersucht werden, inwieweit Besonderheiten der Dienstverrichtungen (einschließlich des mit dem Dienst zusammenhängenden Weges), dienstliche Belastungen und die dem Dienst eigentümlichen Verhältnisse ursächlich mitgewirkt haben. Bei den dem Dienst eigentümlichen Verhältnissen sind die Besonderheiten des Einsatzes, der Unterkunft, Ernährung, Kleidung, Ausrüstung und dgl. zu berücksichtigen.

(2) Fast alle Infektionskrankheiten gehen mit charakteristischen Organveränderungen einher, die gelegentlich bleibende Folgen hinterlassen. Die nachstehende Aufstellung bringt die im sozialen Entschädigungsrecht wichtigsten.

54 Infektionskrankheiten im einzelnen

54

a) Infektionskrankheiten, durch Viren verursacht

1. Erkrankungen des Gehirns und/oder seiner Häute

Übertragungsmodus: Neben den bei verschiedenen Infektionskrankheiten fakultativ vorkommenden Erkrankungen des Gehirns und ggf. seiner Häute, die im Zusammenhang mit diesen Infektionskrankheiten zu beurteilen sind, sind vor allem Erkrankungen von Bedeutung, die durch Arboviren (in Europa insbesondere Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus [FSME]) oder Enteroviren hervorgerufen werden. Sie werden durch Arthropoden (Arboviren) oder durch Schmierinfektion (Enteroviren) übertragen. Der Erreger der gegen Ende des ers-

ten Weltkrieges aufgetretenen Encephalitis lethargica (v. Economo), die schon zwei Jahrzehnte später kaum mehr beobachtet wurde, konnte nicht ermittelt werden.

Inkubationszeit: Unterschiedlich, je nach Erregerart, bei der FSME 6-14 Tage.

Folgen: Zerebrale Störungen und Ausfälle; Parkinsonismus fast nur nach Encephalitis lethargica (siehe dazu auch Nummer 61).

2. Grippe (Influenza)

Übertragungsmodus: Vorwiegend Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: 1-4 Tage.

Folgen: Chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Pleuraschwarte, Hörstörungen, Restzustände nach Enzephalitis, Herz- oder Nierenschäden.

3. Herpes simplex

a) Typ 1

Übertragungsmodus: Vorwiegend Tröpfcheninfektion oder Schmierinfektion.

Inkubationszeit: Etwa 4-8 Tage.

Folgen: Trübung der Hornhaut nach Keratokonjunktivitis; Restzustände nach Meningoenzephalitis; chronisch rezidivierende Entzündungen der Haut und Schleimhäute.

b) Typ 2

Übertragungsmodus: Vorwiegend durch Sexualkontakte

Inkubationszeit: Etwa 4-8 Tage

Folgen: Chronisch rezidivierende Entzündungen der Haut und Schleimhäute. Selten auch Enzephalitisfolgen.

4. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Übertragungsmodus: Hauptsächlich Schmierinfektion. Ausscheidung des Virus mit Rachensekret und Stuhl; orale Aufnahme.

Inkubationszeit: 9-14 (6-21) Tage.

Folgen: Restlähmungen; Restzustände nach enzephalitischer Verlaufsform, Herzmuskelschäden. Nach paralyti-

schen Erkrankungen auch nach Latenzzeiten bis zu Jahrzehnten Entwicklung eines Post-Poliomyelitis-Syndroms (siehe Nummer 63).

5. Masern (Morbilli)

Übertragungsmodus: Ansteckungsquelle ist der Mensch. Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: 10-11 (8-18) Tage.

Folgen: Chronische Mittelohrentzündung; Rippenfellschwarten oder Bronchiektasen nach Empyem oder Lungenentzündung; Restzustände nach Beteiligung des ZNS; Augenschäden; Begünstigung einer Ansteckung mit Tuberkulose (heute selten) oder Aktivierung eines ruhenden Prozesses. Nach Latenzzeiten von mehreren Jahren Entwicklung einer subakuten sklerosierenden Panenzephalopathie.

6. Mononukleose, infektiöse; Epstein-Barr-Virus-Infektion (Pfeiffer-Drüsenfieber)

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: Unsicher (1-7 Wochen ?)

Folgen: Ganz selten Folgen von im akuten Stadium aufgetretenen Krankheiten, wie Milzruptur, Perikarditis, Thrombose, Meningoenzephalitis, Neuritis, Guillain-Barré-Syndrom.

7. Mumps (Parotitis epidemica)

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: 14-21 (11-35) Tage.

Folgen: Hodenatrophie, Sterilität nach Orchitis; Restzustände nach Beteiligung des ZNS; Hörstörungen; sehr selten Herzmuskelschaden.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Mumps (auch Schutzimpfung, siehe Nummer 57.14) und Diabetes mellitus Typ I ist ungeklärt (siehe Nummer 120.).

8. Pappataciefieber („Dreitagefieber“)

Übertragungsmodus: Überträger ist ausschließlich die Stechmücke *Phlebotomus papatasi*, die in Südeuropa, Afrika, Asien vorkommt.

Inkubationszeit: 3-6 Tage.

Folgen: keine.

9. Pocken (Variola)

Übertragungsmodus: Tröpfchen- oder Schmierinfektion.

Inkubationszeit: 10-15 (5-21) Tage.

Folgen: Pockennarben auf der Kornea; Herzmuskelschäden, Innenohrschäden, Enzephalomyelitisfolgen, Folgen von Sekundärinfektionen.

10. Röteln (rubeola)

Übertragungsmodus: Meist durch Tröpfcheninfektion; diaplazentare Infektion.

Inkubationszeit: 14-21 (11-23) Tage.

Folgen: Selten Restzustände nach Beteiligung des ZNS oder der Nieren; chronische Arthritis; Fruchtschädigung.

11. Tollwut (Lyssa)

Übertragungsmodus: Kontakt mit Speichel infizierter Tiere, vorwiegend durch Bißverletzungen.

Inkubationszeit: Sehr unterschiedlich, überwiegend 1-3 Monate, aber auch Beobachtungen von 5 Tagen und über 1 Jahr. Die zum Ausbruch gekommene Erkrankung verläuft tödlich.

12. Virushepatitis

Sie kommt in wenigstens fünf – zwar serologisch aber klinisch nicht zu unterscheidenden, prognostisch unterschiedlichen – Formen vor. Die Hepatitis kann ikterisch oder anikterisch verlaufen.

a) Hepatitis A (früher Hepatitis epidemica)

Übertragungsmodus: Meist Schmierinfektion, auch über Lebensmittel und Wasser, sehr selten durch Blut oder Blutprodukte.

Inkubationszeit: 15-50 (im Mittel 30) Tage

Folgen: Sehr selten fulminante Verläufe mit Leberversagen, sehr selten aplastische Anämien, vorwiegend bei Kindern. Keine chronischen Verläufe.

b) Hepatitis B

Übertragungsmodus: Vorwiegend durch Blut oder Blutprodukte und Sexualkontakte, indirekt durch kontaminierte Instrumente, Übertragung vor und während der Geburt. Auch durch Schmierinfektion.

Inkubationszeit: 30-160 (im Mittel 70) Tage

Folgen: Chronische Hepatitis, Leberzirrhose, Leberzellkarzinom, selten fulminante Verläufe mit Leberversagen, sehr selten aplastische Anämien (vorwiegend bei Kindern), HBV-Träger.

c) Hepatitis C

Übertragungsmodus: Wie bei Hepatitis B.

Inkubationszeit: 15-180 (im Mittel 50) Tage.

Folgen: Wie bei Hepatitis B, aber weit häufiger chronische Verläufe.

d) Hepatitis D

Übertragungsmodus: Wie bei Hepatitis B.
Sie tritt selten und nur gemeinsam mit der Hepatitis-B-Infektion auf.

Inkubationszeit: Wie bei Hepatitis B.

Folgen: Wie bei Hepatitis B, aber häufiger schwere Verläufe und Zirrhose

e) Hepatitis E

Übertragungsmodus: Meist Schmierinfektion, auch über Lebensmittel und Wasser.

Inkubationszeit: 10-60 (im Mittel 40) Tage.

Folgen: Wie bei Hepatitis A, bei Schwangeren häufiger fulminante Verläufe

13. Windpocken (varicellae)

Übertragungsmodus: Aerogen, auch von an Zoster erkrankten Personen, da der Erreger der gleiche ist.

Inkubationszeit: 13-21 (11-28) Tage.

Folgen: Sehr selten Restzustände nach Meningoenzephalitis oder nach Nephritiden.

14. Zoster (Gürtelrose)

Aktivierung einer latenten Infektion mit Varizellen-Zoster-Virus.

Folgen: Neuralgien; Restzustände nach Meningoenzephalitis; Hörstörungen; Hornhautnarben nach Zoster ophthalmicus; Sekundärglaukom; Augenmuskellähmungen.

15. HIV-Infektion (human immunodeficiency virus)

Übertragungsmodus: Blut und Blutprodukte, Sexualkontakte, Muttermilch, kontaminierte Injektionsbestecke, vor oder während der Geburt.

Inkubationszeit: Bis zum Auftreten der akuten mononukleoseartigen Primärsymptome 3-6 Wochen. In den meisten Fällen ist das akute Stadium jedoch nicht nachweisbar. Es folgt ein subklinisches Stadium, das viele Jahre dauern kann, und das in das klinische Stadium (Lymphadenopathiesyndrom [LAS], AIDS-related-complex [ARC], AIDS) übergeht.

Das klinische Vollbild von AIDS ist u.a. durch zahlreiche zusätzliche Erkrankungen (opportunistische Infektionen, maligne Erkrankungen, Beteiligung des ZNS) außerordentlich vielgestaltig.

16. Hanta-Virus-Infektion

Übertragungsmodus: Ausscheidungen von Nagetieren.

Inkubationszeit: 1-5 Wochen?

Folgen: Nierenschäden. (Nach Infektionen mit verschiedenen Virustypen weltweit mehrere Varianten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern).

17. Zytomegalie-Virus-Infektion

Übertragungsmodus: Blut und Blutprodukte, Sexualkontakte, Urin, Tröpfcheninfektion, perinatal.

Inkubationszeit: 14-42 Tage.

Folgen: Fruchtschädigung, persistierende Infektionen.

18. Dengue-Fieber

Übertragungsmodus: Mücken
Inkubationszeit: 2-7 Tage nach Mückenstich
Folgen: Restzustände nach Enzephalitis und nach hämorrhagischem Schocksyndrom, Nierenschäden.

19. Gelbfieber

Übertragungsmodus: Mücken
Inkubationszeit: 3-6 Tage nach Mückenstich.
Keine Spätfolgen, hohe Letalität.

b) Infektionskrankheiten, durch Rickettsien verursacht

20. Fleckfieber (Typhus exanthematicus)

Übertragungsmodus: Perkutan oder aerogen durch den Kot der Kleiderlaus.
Inkubationszeit: 10-14 (7-20) Tage.
Folgen: Meist rückbildungsfähige Herzmuskelschädigung, arterielle oder venöse Thrombosen; in seltenen Fällen chronische Nephritis; selten Restschäden am ZNS (auch Parkinsonismus), organisch-psychische Störungen, gelegentlich auch Bluthochdruck; Restlähmungen nach Polyneuritis; Mittelohrentzündung, gelegentlich Innenohrschwerhörigkeit.

Manchmal erst nach vielen Jahren auftretende Späterückfälle, teilweise mit recht leichtem Verlauf (Brill-Zinsser-Krankheit), sind auch in Deutschland wiederholt beobachtet worden.

21. Q-Fieber (Balkangrippe)

Übertragungsmodus: Staubinfektion der über die ganze Erde verbreiteten *Coxiella burneti* überwiegend durch die Ausscheidung von Rindern, Ziegen, Schafen.
Inkubationszeit: 2-4 Wochen.
Folgen: Rippenfellverklebungen, Thrombophlebitisfolgen, Herzmuskelschäden, subakute oder chronische Rickettsienendokarditis, selten Orchitis.

22. Wolhynisches Fieber (Febris quintana)

Übertragungsmodus: Perkutan durch den Kot der Kleiderlaus, vielleicht auch der Kopf- oder Filzlaus.

Inkubationszeit: 12-35 (4-60) Tage.

Folgen: Fast immer Ausheilung in einigen Wochen oder Monaten, manchmal erst nach 4-5 Jahren. Einzelne Spätrezidive bis zu zwei Jahrzehnten wurden beobachtet. Keine bleibenden Organschäden.

23. Weitere Rickettsiosen

Amerikanisches Felsengebirgsfieber

Endemisches Fleckfieber

Rickettsienpocken

Südamerikanisches Fleckfieber

Tsutsugamushfieber

Zeckenbiss(fleck)fieber

In Europa nicht oder nur selten vorkommende fieberhafte Erkrankungen. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt aus Tierreservoirs durch Stich, Biss oder Ausscheidungen von Arthropoden (Läuse, Flöhe, Zecken, Milben). Alle diese Erkrankungen treten geographisch begrenzt auf und verlaufen mit Exanthemen.

Folgen: (ähnlich wie bei Fleckfieber) sind nur beim Amerikanischen Felsengebirgsfieber und beim Südamerikanischen Fleckfieber beobachtet worden.

c) Infektionskrankheiten, durch Bakterien verursacht

24. Brucellose

Die Brucellose kommt in Form der Bang-Krankheit oder des durchweg schwerer verlaufenden Maltafiebers vor. Beide Infektionskrankheiten zeigen einen oft über viele Jahre sich hinziehenden Verlauf mit immer wieder, manchmal nach langen Pausen auftretenden Fieberwellen, die ihren Ausgang von ruhenden Herden in den Organen nehmen.

Übertragungsmodus: Durch direkten Kontakt mit kranken Tieren (Ziege, Rind, Schaf) oder durch Aufnahme infizierter, vom

Tier stammender Nahrungsmittel. Eintrittspforte sind die unbekleidete Haut, aber auch die Konjunktiven, der Magen-Darm-Kanal, ausnahmsweise die Luftwege. Alimentäre Infektion erst nach massiver oder wiederholter Keimzufuhr.

Inkubationszeit: Bang-Krankheit 5-30 Tage, Maltafieber 2-4 Wochen und länger.

Folgen: Die häufig zu Dauerschäden führenden Komplikationen können fast alle Organe betreffen. Genannt seien: Endokarditis mit nachfolgenden Klappenfehlern, Myo- und selten auch Perikarditis; Absterben der Leibesfrucht; Hoden- und Eierstockentzündung; Myositis, Ostitis (Wirbelsäule), Osteomyelitis, Arthritis; Entzündungen der Harnwege einschließlich der Nieren; Beteiligung des ZNS; Neuritiden; Thrombosen und Phlebitiden mit Embolien; Leberschäden und Milzvergrößerung (Banti-Syndrom) mit Übergang in Zirrhose, Blutarmut.

25. Cholera

Übertragungsmodus: Vorwiegend durch Wasser und Nahrungsmittel.

Inkubationszeit: 18 Stunden bis 6 Tage.

Folgen: Nierenschäden, Hornhauttrübungen infolge Exsikkose, Herzmuskelschäden.

26. Diphtherie

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion durch Kranke oder Keimträger; gelegentlich auch durch infizierte Hautläsionen.

Inkubationszeit: 2-7 Tage.

Folgen: Meist rückbildungsfähige, selten bleibende Herzmuskelschäden; oft ausgedehnte polyneuritische Lähmungen mit guter Rückbildungstendenz; meist ausheilende Nierenschäden.

27. Hirnhautentzündung (Meningitis epidemica; Meningokokken-Meningitis)

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: 2-5 (1-10) Tage.

Folgen: Hirnnervenschäden, hirnorganische Störungen, Herz- und Nierenschäden.

Meningokokkenausscheider sind bis zu zwei Jahre nach Überstehen der Infektion beobachtet worden. Rezidive sind bei entsprechender Disposition noch nach Jahren möglich.

Durch andere Bakterien (Streptokokken, Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Brucellen usw.) hervorgerufene Hirnhautentzündungen können zu den gleichen Folgen führen.

28. Keuchhusten (Pertussis)

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion.

Inkubationszeit: 7-14 (-21) Tage.

Folgen: Chronische Veränderungen der Luftwege; Schäden am ZNS.

29. Leptospirosen

Sie sind Zooanthroponosen, die direkt durch erkrankte Tiere (Nager, Hund, Schwein) oder indirekt über deren Ausscheidungen (durch Wasser, Schlamm, verunreinigte Nahrungsmittel) übertragen werden.

a) Weil-Krankheit (Leptospirosis icterohaemorrhagiae)

Übertragungsmodus: Kontakt mit infiziertem Rattenharn (z.B. beim Baden) durch Hautdefekte und Schleimhäute, selten durch Rattenbiß oder durch Nahrungsmittel.

Inkubationszeit: 7-14 (2-20) Tage.

Folgen: Leberschäden, manchmal in Form einer akuten Atrophie; chronische Nierenerkrankungen; Glaskörpertrübungen oder Netzhautblutungen nach Uveitis; selten Schäden am ZNS.

b) Feld- oder Schlammfieber (Leptospirosis grippotyphosa)

Übertragungsmodus: Kontakt mit infiziertem Harn von Feldmaus oder Feldhamster durch die Haut und Schleimhäute, beim Baden oder beim Barfußgehen in sumpfiger Gegend.

Inkubationszeit: 1-2 Wochen

Folgen: Sehr selten Folgen wie bei der Weil-Krankheit.

c) Kanikola-Fieber (*Leptospirosis canicola*)

Übertragungsmodus: Kontakt mit infiziertem Hund.

Inkubationszeit: Etwa 14 (5-21) Tage.

Folgen: Gelegentlich Schäden an Leber, Nieren oder ZNS.

30. Rückfallfieber (*Febris recurrens*)

Übertragungsmodus: Durch Kopflaus, Kleiderlaus oder Zecken.

Inkubationszeit: 5-8 (3-12) Tage

Folgen: Augenveränderungen nach Uveitis; Nervenlähmungen, vor allem des N. facialis; zerebrale Schäden.

31. Ruhr (Bakterienruhr, Shigellosis, bakterielle Dysenterie)

Übertragungsmodus: Schmierinfektion, auch Übertragung durch Nahrungsmittel, Wasser oder Fliegen.

Inkubationszeit: 2-3 (1-7) Tage.

Folgen: Reaktive Arthritis, Restschäden nach Uveitis, sehr selten Herzmuskelschäden. Nach unzureichender Behandlung unter extremen Lebensverhältnissen wurden diskutiert: Postdysenterisches Syndrom mit Ferment- und Sekretionsstörungen; chronische Dickdarmentzündung mit Neigung zu Geschwürsbildung und nachfolgender Atrophie mit Narbenbildung; chronische Leberschäden; Sprue.

32. Typhus und Paratyphus**a) Typhus (Bauch- oder Unterleibstyphus; Typhus abdominalis)**

Übertragungsmodus: Infektionsquelle sind Kranke und Ausscheider. Übertragung auch durch Schmierinfektion, Wasser, Lebensmittel.

Inkubationszeit: 10-14 (7-23) Tage.

Folgen: Dauerausscheidung von Erregern im Stuhl aus den Gallenwegen und seltener auch im Urin bei zeitlich wechselnder Erregermenge; Muskelabszesse, Knochen- und Knochenmarkentzündungen (Wirbel); Knorpelnekrosen (Rippen) mit Fistelbildung, deren Eiter Typhuserreger enthält; Verwachsungen in der Bauchhöhle; Thrombosen; Störungen und Ausfälle nach Gehirn- und Nervenbeteiligung.

b) Paratyphus

Übertragungsmodus: Wie bei Typhus.

Inkubationszeit: 3-7 (1-14) Tage.

Folgen: Bei der häufigeren typhösen Verlaufsform können Komplikationen wie beim Abdominaltyphus auftreten, nur wesentlich seltener.

Bei der gastroenteritischen Verlaufsform Folgen wie bei der Lebensmittelvergiftung.

33. Enteritis infectiosa („Lebensmittelvergiftung“)

Hervorgerufen durch verschiedene, meist bakterielle Erreger (z.B. *Escherichia coli*, Enteritissalmonellen, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica*, Staphylokokken). Akute Enteritiden sind häufig virusbedingt. Insbesondere bei Yersinien: Reaktive Arthritiden.

Übertragungsmodus: Vorwiegend durch kontaminierte Lebensmittel, seltener durch Schmierinfektion. Ausscheider.

Inkubationszeit: 8-48 Stunden.

Folgen: Bei Salmonellosen: Länger anhaltende Erregerausscheidung wie beim Typhus möglich, meist aber nur Monate, höchstens Jahre anhaltend; bei Kindern und Immunsuppremierten sehr selten Osteomyelitis.

34. Scharlach (Scarlatina)

Übertragungsmodus: Tröpfcheninfektion, kontaminierte Nahrungsmittel, besonders Milch und Speiseeis.

Inkubationszeit: 3-5 (1-8) Tage.

Folgen: Chronische Mittelohrentzündung, Innenohrschwerhörigkeit; Glomerulonephritis mit Übergang ins chronische Stadium; Herzmuskelschäden, Herzklappenfehler. Bei toxischen Verlaufsformen sehr selten ZNS-Schäden. Bei Skelettinfektion selten periphere Fazialisparese.

35. Tularämie (Hasenpest)

Übertragungsmodus: Kontakt mit kranken wild lebenden Nagern, direkt durch Bißverletzungen, beim Häuten und Zerlegen oder Genuss nicht genügend erhitzten Fleisches, indirekt durch Stechmücken, Wanzen, Zecken.

Je nach Eintrittspforte kutano-glanduläre, okulo-glanduläre, pulmonale, enterale Form.

Inkubationszeit: 2-4 (1-12) Tage).

Folgen: Brustfell- oder Bauchfellverklebungen nach Pleuritis bzw. Peritonitis; Restschäden nach Beteiligung des ZNS; Sehstörungen bis zur Erblindung durch Hornhautschäden nach Bindehautentzündung. Rückfälle werden beobachtet. Bei der pulmonalen Form selten Lungenfibrome und Verkalkungen.

36. Wundstarrkrampf (Tetanus)

Übertragungsmodus: Wundinfektion.

Inkubationszeit: Durchschnittlich 8-12 Tage, aber auch nur 4 Tage oder mehrere Monate. Noch nach Jahren können Erkrankungen bei operativer Entfernung von Fremdkörpern oder bei reaktiv-entzündlichen Veränderungen in deren Umgebung auftreten (Spättetanus).

Folgen: Muskelrisse, Verrenkungen, Knochenbrüche im tetanischen Krampfzustand; Thrombosen; Neuritisfolgen.

37. Borreliose (Lyme-Borreliose)

Übertragungsmodus: Stich infizierter Zecken.

Inkubationszeit: 3-32 Tage.

Folgen: Restschäden am ZNS, Fazialisparese, Herzmuskelschäden, chronische Arthritis.

38. Legionellose

Übertragungsmodus: Aerogen. Gefährdet sind insbesondere ältere und immundefiziente Personen. Das Reservoir der Legionellen kann Wasser in Klimaanlage, Duschen usw. sein.

Inkubationszeit: 2-10 Tage.

Folgen: Chronische Krankheiten des Bronchialsystems.

39. Syphilis (Lues)

- Übertragungsmodus:** Überwiegend durch Sexualkontakte, selten durch Blut und Blutprodukte sowie vor oder während der Geburt.
- Inkubationszeit:** Meist nach 2 bis 5 Wochen (ausnahmsweise 10 Tagen bis 10 Wochen) Auftreten des Primärstadiums. Übergang in das Sekundärstadium 4 bis 8 Wochen nach dem Primärstadium (bei nicht-sexuellem Übertragungsweg Überspringen des Primärstadiums möglich).
- Folgen:** Insbesondere nach unzureichender Therapie nach erneuter Latenz von Jahren bis Jahrzehnten Spätsyphilis (Tertiär-/Quartärstadium), z.B. granulomatöse (gumöse) Entzündung innerer Organe, Mesoarthritis lumbalis, Tabes dorsalis, Paralyse. Bei Syphilis congenita Fruchtschädigung.

40. Gonorrhoe (Tripper)

- Übertragungsmodus:** Sexualkontakte.
- Inkubationszeit:** 2-7 Tage.
- Folgen:** Strikturen der ableitenden Harnwege und der Genitalorgane, Sterilität, selten Folgen von Meningitis, Arthritis, Endokarditis, Peritonitis.

d) Infektionskrankheiten, durch Pilze verursacht

41. Durch Pilze hervorgerufene Infektionskrankheiten haben zunehmend an Bedeutung gewonnen. Hierzu gehören insbesondere die Candidiasis (Moniliasis, Soor), seltener die Histoplasmose, Kokzidioidomykose, Blastomykose. Allgemeininfektionen mit *Candida albicans* können Ausdruck einer allgemeinen Abwehrschwäche (z.B. bei HIV-Infektion und bei Tumoren) und auch die Folge langdauernder Behandlung mit Antibiotika und Kortikosteroiden sein.

e) Infektionskrankheiten, durch Protozoen verursacht

42. Invasive Amoebiasis (Amöbenruhr, Amöbenleberabszeß)

- Übertragungsmodus:** Sie wird vorwiegend in warmen Ländern erworben. Ansteckung geschieht durch Zysten. Verbreitung der Zysten durch verseuchtes Wasser, nicht aufbereitete

Lebensmittel, Fliegen oder auf der anal-oralen Route. Zysten und Minutaformen der *Entamoeba histolytica* rufen keine Krankheitserscheinungen hervor. Es gibt pathogene und nicht-pathogene Stämme. Bei pathogenen Stämmen ist die Umwandlung in die so genannten Gewebsformen des Erregers (Magnaform) möglich; sie kann durch Darmstörungen verschiedenster Art verursacht werden und zur typischen Geschwürsbildung führen.

Inkubationszeit:

1 Tag bis 4 Wochen.

Folgen:

In unzureichend behandelten Fällen Kolitis, auch mit zahlreichen Geschwüren, Ausheilung unter Narbenbildung mit Atrophie der Schleimhaut; Amöbome; Dauerausscheidung von Zysten im Stuhl. – Noch nach Jahren kann ein Leberabszess (Lebernekrose) auftreten, seltener kommt es zu ähnlichen Veränderungen in anderen Organen, z.B. in der Lunge.

43. Lambliasis (Giardiasis, früher Lamblienruhr)

Übertragungsmodus: Wasser, Nahrungsmittel, durch Fliegen.

Folgen: Bei unzureichend behandelten Fällen chronisch-rezidivierende Durchfälle.

44. Leishmaniasen

Übertragungsmodus: Übertragung durch kleine Sandfliegen (Phlebotomen) von Mensch zu Mensch oder von Tier (Hund, Nager) zu Mensch. Vor allem in Ostasien, aber auch in anderen warmen Ländern (auch Mittelmeergebiet) vorkommend.

Inkubationszeit: 2 Wochen bis zu mehreren Monaten, selten Jahre.

a) Kala-Azar (Leishmaniasis visceralis)

Folgen:

Längere Zeit nach Überstehen der Krankheit auftretendes Hautleishmanoid in Form sehr lange bestehender Knötchen, vor allem im Gesicht; sehr selten Defekte der Haut nach Noma und Narben nach Abszessen. Spätrezidive trotz Behandlung möglich.

b) Hautleishmaniose**Folgen:**

Die Hautleishmaniose des Mittelmeergebietes (Orientbeule) ist harmlos und heilt meist von selbst unter Narbenbildung aus. Besonders Hautleishmaniosen südamerikanischer Herkunft können progressiv gewebszerstörend sein.

45. Malaria (Wechselfieber)

Die verschiedenen Malariaarten (Tertiana, Quartana, Tropika) sind durch Protozoen der Gattung Plasmodium verursachte fieberhafte Infektionskrankheiten. Eine Malaria heilt, ohne Neuankomst, meist bald aus, die Tropika in weniger als einem Jahr, die Tertiana in etwa drei Jahren; bei der Quartana kann das Auftreten von Parasiten im Blut noch nach Jahrzehnten ohne klinische Erscheinungen beobachtet werden. Die Diagnose kann nie allein aus noch so bezeichnenden klinischen Symptomen (Fieberverlauf, Milzschwellung usw.) oder dem Erfolg der eingeleiteten spezifischen Behandlung gestellt werden, sondern nur durch den Nachweis der Erreger, der während des Anfalls im dicken Tropfen gelingt und auch noch Tage nach dem Anfall möglich ist.

Übertragungsmodus: Durch den Stich der infizierten Anophelesmücke.

Inkubationszeit:

Je nach Erregertyp sehr unterschiedlich (mindestens 7 Tage). Die Tertiana kann oft erst viele Monate nach dem Verlassen des verseuchten Gebietes zum Ausbruch kommen (lange Latenz, vor allem nach Chemoprophylaxe).

Folgen:

Sie sind relativ selten und treten überwiegend bei der lebensbedrohlichen Tropika auf. Zerebrale Störungen, Herzmuskelschäden, Nierenschäden. Bei der Tertiana auch Sehstörungen, bis zur Erblindung, durch Hornhautnarben nach einem Herpes corneae.

46. Toxoplasmose

Die Toxoplasmainfektion ist von der postnatalen und der konnatalen Toxoplasmose zu trennen.

Übertragungsmodus:

Bei Säugetieren und Vögeln weit verbreitete Infektion. Ansteckung über rohes oder nicht genügend erhitztes Fleisch (vor allem von Schwein oder Schaf) oder durch mit Katzenkot kontaminierte Nahrung (Salat, Rohkost), auch bei Gartenarbeit. Außerdem gibt es die diaplazentare Übertragung bei Erstinfektion von Schwangeren.

Inkubationszeit:	9 Tage und länger.
Folgen:	Mentale Retardierung mit der klassischen Trias der konnatalen Toxoplasmose: Hydrozephalus, intrazerebrale Verkalkungen, Chorioretinitis. Die postnatal erworbene Toxoplasmose heilt in der Regel aus. Schäden an ZNS, Herz oder Augen sind extrem selten. Bei Immundefekten, insbesondere bei HIV-Infektion, ist vor allem eine Enzephalitis möglich.

f) Infektionskrankheiten, durch Würmer verursacht

47. Schistosomiasis (Bilharziose)

Infektion mit den Saugwürmern der Gattung Schistosoma.

Übertragungsmodus: Kontakt mit zerkarienhaltigem Wasser.

Inkubationszeit: 15-50 Tage.

Folgen: Je nach Organbefall: z.B. Blasenkarzinom, Nierenschäden, Polyposis und Stenosen des Darmes, Dickdarmkarzinom, Fibrose der Leber, portaler Hochdruck, bei Frauen Sterilität.

48. Alveoläre Echinokokkose

Infektion mit der Larve des kleinen Fuchsbandwurms (*Echinococcus multilocularis*).

Übertragungsmodus: Orale Aufnahme von Fuchsbandwurmeiern (z.B. mit Waldfrüchten).

Diagnose oft erst nach Jahren.

Folgen: Fortschreitende Zerstörung der Leber durch infiltratives Wachstum der Wurmlarve; andere Lokalisationen sind selten.

49. Zystische Echinokokkose

Infektion durch die Larve des Hundebandwurms.

Übertragungsmodus: Orale Aufnahme von Hundebandwurmeiern.

Diagnose oft erst nach Jahren.

Folgen: Zysten in Leber, Nieren oder Lunge, selten in anderen Organen, Gefahr der Zystenruptur mit Schocksyndrom.

55

55 Tuberkulose

(1) Das tuberkulöse Geschehen muss als pathogenetische Einheit angesehen werden. Um eine gleichmäßige Beurteilung der Tuberkulose sicherzustellen, sind folgende Bezeichnungen und ihre Definitionen zugrunde zu legen:

I. Primärinfektion bzw. Erstinfektion, Primärkomplex (Primärherdtuberkulose bzw. Erstherdtuberkulose, Primärinfekt)

Eine Primärinfektion ist dann anzunehmen, wenn eine bei vergleichbarer Technik bis dahin negativ ausgefallene Tuberkulinprobe bei erneuter Prüfung positiv wird und keine Anzeichen auf eine bereits früher abgelaufene Tuberkuloseinfektion vorliegen (Kalkherde im Bereich des Thorax, des Halses, des Abdomens sowie Pleuritisresiduen u.a.).

Die Primärinfektion – überwiegend in der Lunge manifestiert – wird in zunehmendem Maße in der Adoleszenz oder auch später als so genannte späte Erstinfektion beobachtet. Das Auftreten einer Pleuritis exsudativa, eines Erythema nodosum, von Phlyktänen u.a. kann darauf hinweisen.

II. Reinfektion

(Neuansteckung, Wiederholungsinfektion, Reinfekt)

Die Reinfektion ist eine exogene Neuinfektion infolge erneuter Aufnahme von Tuberkulosebakterien mit Neuherdbildung bei erloschener Tuberkulinallergie. Sie kann dann angenommen werden, wenn bei früher positiven Tuberkulinproben oder feststellbaren Residuen einer durchgemachten Tuberkuloseinfektion nach mehrjährigem krankheitsfreien Intervall die Tuberkulinprobe negativ war, nach erneuter Prüfung mit vergleichbarer Technik wieder positiv geworden ist und neue – für eine Primärinfektion typische – Krankheitsherde nachweisbar sind.

III. Superinfektion (Zusätzliche Ansteckung, Aufpfropfinfektion, Superinfekt)

Die Superinfektion ist eine seltene exogene Neuinfektion infolge erneuter Aufnahme von Tuberkulosebakterien bei erhaltener Tuberkulinallergie. Die Superinfektion kann zur Neuherdbildung führen. Sie darf nicht mit einer Exazerbation alter Herde verwechselt werden.

IV. Exazerbation

Exazerbation ist der Wiederaufbruch bzw. das Wiederaufflackern eines oder mehrerer älterer tuberkulöser Herde aus exogener oder endogener Ursache; häufig erfolgt diese im eigengesetzlichen Verlauf der Tuberkulose.

(2) Für das Auftreten und den Verlauf der tuberkulösen Erkrankung sind sowohl Infektion als auch individuelle Gestaltungsfaktoren und Umwelteinflüsse (z.B. Milieuwechsel, Strapazen und Entbehrungen, wegbahnende Erkrankungen) von Bedeutung. Ein ursächlicher Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn die Infektion nachweisbar z.B. im Dienst erfolgt ist oder vor der Erkrankung solche Umwelteinflüsse als Schädigungstatbestand wesentlich zur Wirkung kamen. Allgemein gehaltene Hinweise, z.B. allein auf die Dienstverrichtung, reichen nicht aus, um den ursächlichen Zusammenhang als wahrscheinlich anzusehen.

(3) Die Folge einer auf einen Schädigungstatbestand zurückzuführenden Primärinfektion, Reinfektion oder Superinfektion ist Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung. Eine durch eine Schädigung verursachte Exazerbation ist immer Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung, wenn die Primärinfektion schädigungsunabhängig war. Es ist schwierig, eine Superinfektion von einer Exazerbation abzugrenzen. Eine eingehende Prüfung ist dazu erforderlich, und es müssen entsprechende klinische und röntgenologische Beweismittel beigebracht werden.

(4) Ein Teil der Rippenfellentzündungen, vor allem bei jüngeren Menschen, ist tuberkulöser Natur, wobei es sich um eine primäre Pleuritis als Ausdruck einer tuberkulösen Erstinfektion bzw. Reinfektion oder um eine Begleitpleuritis als Zeichen einer tuberkulösen Exazerbation handeln kann.

Auch wenn die initiale Pleuritis scheinbar ausgeheilt ist, können ihr später tuberkulöse Erkrankungen folgen. Je länger der zeitliche Abstand ist, um so sorgfältiger muss geprüft werden, inwieweit neue Noxen für das Auftreten der tuberkulösen Erkrankung maßgebend sind.

Die Differentialdiagnose gegenüber Rippenfellentzündungen anderer Ätiologie ist stets sorgfältig zu klären.

(5) Tritt eine Lungentuberkulose ohne vorausgegangene Rippenfellentzündung nach Wegfall schädigender Einflüsse auf, so kann der ursächliche Zusammenhang als wahrscheinlich angesehen werden, wenn die Widerstandskraft noch durch Folgen der schädigenden Einflüsse erheblich herabgesetzt ist. Das wahrscheinliche Alter der Tuberkulose im Zeitpunkt ihrer Feststellung ist zu berücksichtigen.

Besonders sorgfältig ist der Einfluss einer Dystrophie zu prüfen, da auch während der Reparationsphase (bis zu 2 Jahren) noch mit einer erhöhten Infektanfälligkeit zu rechnen ist. Im Gefolge einer Dystrophie sind sowohl foudroyante Verläufe als auch – vor allem während und nach der Reparationsphase – Verläufe mit sehr langsamer Progredienz beobachtet worden.

(6) Der ursächliche Zusammenhang zwischen einer Lungentuberkulose und einem Lungenkrebs ist als wahrscheinlich zu beurteilen, wenn der Krebs sich in einem tuberkulös veränderten Gewebe – histologisch nachgewiesen – entwickelt hat (z.B. Kavernenkrebs, Narbenkrebs). Im übrigen wird auf die Nummer 142 verwiesen.

(7) Extrapulmonale Organherde können oft lange erscheinungsfrei bleiben. Die Latenzzeit, d.h. die Zeit zwischen Streuung der Bakterien und den ersten klinischen Organerscheinungen, schwankt je nach Organsystem sehr erheblich. Vieljährige Latenzzeiten werden besonders bei der Urogenitaltuberkulose, aber auch bei der Nebennierentuberkulose und dem Tuberkulom des Gehirns beobachtet. Der Heilungsverlauf der extrapulmonalen Tuberkulosen ist oft länger als bei der Lungentuberkulose. Der Zeitpunkt der klinischen Heilung ist nicht immer mit Sicherheit festzustellen.

(8) Eine durch Trauma verursachte Tuberkulose stellt ein sehr seltenes Ereignis dar. In Betracht kommen die traumatisch bedingte Resistenzschwächung, die traumatische Aktivierung von Herden und das infizierende Trauma.

IMPFSCHÄDEN

56

56 Allgemeines

(1) Als Impfschaden wird im folgenden der Gesundheitsschaden bezeichnet, der nach einer Impfung aus einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschädigung entstanden ist. Entsprechend der Nummer 37 müssen die Impfung, die Schädigung durch die Impfung und der verbliebene Schaden voll bewiesen sein. Gemessen an der Zahl der durchgeführten Impfungen ist ein Impfschaden sehr selten; demzufolge sind in jedem Fall sorgfältige differentialdiagnostische Abklärungen erforderlich.

(2) Nach jeder Impfung tritt eine Reaktion des Organismus auf, die sich in unterschiedlichen örtlichen oder allgemeinen Erscheinungen äußern kann. Hierbei spielen die individuelle Reaktionsbereitschaft und die Immunität eine Rolle. Für die Stärke der Allgemeinreaktion ist auch der Gehalt des Impfstoffes an Fremdeiweiß und zusätzlichen Inhaltsstoffen von Bedeutung.

(3) Nach Impfungen kann es zu allergischen Reaktionen kommen, die durch wiederholte Zuführung des Impfantigens oder eine bereits vorhandene Allergie gegenüber zusätzlichen Inhaltsstoffen bedingt sind.

(4) Impfreaktionen können auch zu Aktivierungen ruhender Prozesse oder zu vorübergehenden Änderungen der Abwehrlage führen und demzufolge Mitursache der Manifestation einer anderen Krankheit sein.

(5) Die gleichzeitige Anwendung von Impfstoffen (auch als Kombinationsimpfstoff) hat nach den bisherigen Erfahrungen kein größeres Impfrisiko als die Einzelimpfungen. Bei der Beurteilung der Frage eines Impfschadens kann es schwierig sein, den dafür ursächlich in Betracht kommenden Bestandteil des Kombinationsimpfstoffes zu identifizieren.

(6) Das übliche Bild der Impfreaktion kann abgewandelt sein, wenn gleichzeitig Immunglobuline verabreicht worden sind.

(7) Für nachteilige Folgen von fehlerhaften Impfungen gilt Nummer 45 entsprechend.

57 Schutzimpfungen im einzelnen

57

1. Pocken-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen:

► Nach der Erstimpfung:

Lokal am 3. bis 4. Tag Papelbildung, anschließend Bläschen- und Pustelbildung mit rotem Hof (Area). Höhepunkt der Reaktion um den 10. Tag, danach allmähliche Verschorfung. Abfall des Impfschorfes 3 bis 4 Wochen nach der Impfung. Stets Narbenbildung.

Impffieber, das einige Tage anhalten kann, meist zwischen dem 7. und 11. Tag, aber auch schon ab 4. Tag. Virämie zwischen dem 4. und 10. Tag. Meist Schwellung der regionären Lymphknoten. Seltener Erbrechen und Durchfälle.

Bei fehlender Pustelbildung entsteht nur in seltenen Fällen eine Pockenimmunität, die dann nur durch Feststellung von Vaccinia-Antikörpern nachzuweisen ist.

► Nach der Wiederimpfung (eine „Wiederimpfung“ liegt nur vor, wenn eine Erstimpfnarbe nachgewiesen ist):

Stärke der Lokalreaktion abhängig von der Immunitätslage, der Qualität des Impfstoffes und der Impftechnik. Bei einer erfolgreichen Wiederimpfung sind drei Reaktionstypen möglich:

- a) Knötchenreaktion: Nur Lokalreaktion – am 7. Tag gut sichtbar und tastbar – in Form von Knötchenbildung mit schmalem roten Saum (Aula) und zentralem kleinen Ulkus oder mit einem Schorf. Keine Allgemeinerscheinungen.

- b) Bläschenreaktion: Am 4. Tag Bläschenbildung mit Area, am 7. Tag bräunliche Borke.
- c) Pustelreaktion: Nach Bläschenbildung Ausbildung einer Pustel bereits am 6. bis 7. Tag (gegenüber Erstimpfung beschleunigt), dann rasche Abheilung. Geringe Allgemeinerscheinungen, selten Virämie.

Eine Früh- oder Sofortreaktion, bei der bereits innerhalb 48 Stunden Knötchen auftreten, die ab 4. Tag wieder abblassen und verschwinden, ist in der Regel als Ausdruck einer vakzinalen Allergie und nicht als Impferfolg zu werten.

Impfschäden: Die Häufigkeit von Impfschäden ist nach der Wiederimpfung wesentlich geringer als nach der Erstimpfung.

a) Komplikationen an der Haut

Nebenpocken (überwiegend auf dem Lymphwege entstandene Vakzinepusteln in der unmittelbaren Umgebung der Impfstelle),

Vaccinia serpigiosa (Zusammenfluss mehrerer Nebenpocken),

Impfulkus (Pustelnekrose mit nachfolgender Geschwürsbildung),

Impfkeloid (gutartige Bindegewebswucherung an der Impfstelle),

Vaccinia progressiva (fortschreitende Ausdehnung der Vakzinepusteln mit Nekrotisierung, z.B. bei Antikörper-Mangelsyndrom),

Vaccinia secundaria (durch mechanische Verschleppung von Vaccinia-Viren an der geimpften Person entstandene Vakzinepusteln, vorzugsweise an Haut-Schleimhautgrenzen, z.B. Auge, Lippe, Nase, Anal- und Genitalregion),

Vaccinia translata (Folge einer Übertragung des Vaccinia-Virus von Geimpften auf eine empfängliche Person),

Vaccinia generalisata (durch hämatogene Streuung entstandenes Pustellexanthem, gelegentlich mit abortiven Nachschüben; selten Narbenbildung),

Ekzema vaccinatum (hämatogenes, disseminierte pustulöses Exanthem nach Aussaat des Vaccinia-Virus auf exematöse Hautflächen, überwiegend bei Personen mit endogenem Ekzem).

b) Komplikationen am Nervensystem

Postvakzinale Enzephalopathie (überwiegend bei Kindern unter zwei Jahren) und postvakzinale Enzephalitis (Enzephalomyelitis).

Inkubationszeit: 3 Tage bis 3 Wochen, meist 7 bis 10 Tage.

Akute Erscheinungen: Bewusstseinstörung bis zur Bewusstlosigkeit, Fieber über den 10. Tag nach der Impfung hinaus, seitenbetonte oder generalisierte Krampfanfälle (besonders oft bei der Enzephalopathie), Gliedmaßenlähmungen, gelegentlich isolierte Hirnnervenlähmungen, seltener Meningismus.

Die postvaksinale Enzephalopathie (bzw. Enzephalitis) geht nicht immer mit ausgeprägten derartigen Symptomen einher; sie kann auch symptomarm (aber nicht symptomlos!) verlaufen und wird dann oft als „blande Enzephalopathie“ bezeichnet. Wenn eine solche Enzephalopathie zur Frage steht, ist neben einer genauen Feststellung der Krankheitserscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Apathie, abnorme Schläfrigkeit, Nahrungsverweigerung, Erbrechen), die während der Inkubationszeit nach der Impfung vorgelegen haben, eine eingehende Ermittlung und Würdigung des weiteren Verlaufs notwendig. Dabei ist vor allem zu prüfen, ob auf einen Entwicklungsknick (deutlicher Entwicklungsstillstand, Verlust bereits erworbener Fähigkeiten) im Anschluss an die Impfung geschlossen werden kann oder ob eine Progredienz von hirnganischen Störungen zu erkennen ist. Bei einem Impfschaden ist eine solche Progredienz nicht zu erwarten, wenn nicht hirnganische Anfälle den Hirnschaden mitbestimmen. Überdies muss beachtet werden, dass in der Regel eine Parallelität zwischen dem Schweregrad des Symptombildes der postvaxinalen Enzephalopathie (bzw. Enzephalitis) und dem Ausmaß der Folgen besteht; nach einer symptomarmen Enzephalopathie ist nicht mit einem sehr schweren Hirnschaden zu rechnen.

Dauerfolgen: Spastische Lähmungen, organische psychische Entwicklungsstörungen oder Veränderungen, hirnganische Anfälle, extrapyramidale Hyperkinesen, seltener Sprachstörungen, Hirnnervstörungen (auch mit Schädigung des Gehörs), dienzepale Störungen.

Bei zerebral Vorgeschiedigten treten nach Pocken-Schutzimpfungen Hirnschädigungen häufiger auf.

Am peripheren Nervensystem als Seltenheit Neuritis (z.B. Augenmuskellähmung, bei Wiederimpfung Pektoralisparese) oder Polyradikulitis.

c) Allgemeine Komplikationen (selten)

Impfangina,

Myokarditis, besonders bei oder nach Ekzema vaccinatum (Inkubationszeit 9 bis 15 Tage),

Pneumonie, vor allem bei Vaccinia generalisata (Inkubationszeit 7 bis 10 Tage),

Nierenschädigungen,
Osteomyelitis (ab 14 Tage nach der Impfung),
Ostitis (Inkubationszeit etwa 4 Wochen).

Wenn nach einer Erstimpfung keine Pustelreaktion aufgetreten ist und wenn außerdem keine Vaccinia-Antikörper nachgewiesen werden konnten, ist keine der vorgenannten Organerkrankungen mit Wahrscheinlichkeit mit der Impfung in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

2. Poliomyelitis-Schutzimpfung

a) mit Lebendimpfstoff:

Übliche Impfreaktionen: Einige Tage nach der Schluckimpfung gelegentlich – nur wenige Tage anhaltend – Durchfälle, Erbrechen, erhöhte Temperaturen, Exantheme, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit.

Impfschäden: Poliomyelitisähnliche Erkrankungen mit schlaffen Lähmungen von wenigstens sechs Wochen Dauer (Impfpoliomyelitis): Inkubationszeit beim Impfling 3 bis 30 Tage, Auftreten von Lähmungen nicht vor dem 6. Tag nach der Impfung. – Bei Immundefekten sind längere Inkubationszeiten zu beachten (bis zu mehreren Monaten).

Beim Guillain-Barré-Syndrom ist ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung dann wahrscheinlich, wenn die Erkrankung innerhalb von 10 Wochen nach der Impfung aufgetreten ist, außerdem Impfviren und/oder eine Antikörperbildung nachzuweisen waren und andere Ursachen der Erkrankung ausscheiden.

Die sehr selten beobachtete Meningoenzephalitis und/oder die Manifestation eines hirnorganischen Anfallsleidens ohne die Symptome einer Impfpoliomyelitis bedürfen stets einer besonders sorgfältigen diagnostischen Klärung. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung ist dann wahrscheinlich, wenn die Erkrankung zwischen dem 3. und 14. Tag nach der Impfung nachgewiesen wurde und außerdem Impfviren und/oder eine Antikörperbildung nachzuweisen waren und andere Ursachen der Erkrankung

ausscheiden. Einzelne hirnorganische Anfälle nach der Impfung (z.B. Fieberkrämpfe) mit einer mehrmonatigen Latenz zur Entwicklung eines Anfallsleidens können nicht als Erstmanifestation des Anfallsleidens gewertet werden.

Da das Impfvirus von Geimpften ausgeschieden wird, kann es auf Kontaktpersonen übertragen werden und bei diesen – innerhalb von 7 bis 60 Tagen nach Einnahme der Vakzine durch den Geimpften – zu Impfreaktionen und ggf. Impfschäden führen.

b) mit Impfstoff aus inaktivierten Viren:

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, selten leichte Allgemeinerscheinungen.

Impfschäden: Sind bei den heutigen Impfstoffen nicht beobachtet worden.

3. Masern-Schutzimpfung

a) mit Lebendimpfstoff:

Übliche Impfreaktionen: Ab 7. Tag gelegentlich das Bild der Impfmasern (milde Imitation der Krankheit), ohne Infektionsgefährdung der Umgebung, bis zu 3 Tagen anhaltend.

Impfschäden: Akut entzündliche Erkrankungen des ZNS bedürfen einer besonders sorgfältigen diagnostischen Klärung. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung kommt in Betracht, wenn die Erkrankung innerhalb von 7 bis 14 Tagen nach der Impfung aufgetreten ist, eine Antikörperbildung nachweisbar war und andere Ursachen der Erkrankung ausscheiden. Wenn Krampfanfälle innerhalb der ersten postvakzinalen Woche auftreten, können diese in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen, da in diesem Zeitraum das Impfvirus noch zu keiner Virämie geführt hat. Sehr selten akute thrombozytopenische Purpura ohne Spätfolgen.

b) mit Spaltimpfstoff:

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, selten leichte Allgemeinerscheinungen.

Impfschäden: Außer sehr seltenen allergischen Reaktionen keine Schäden.

4. Röteln-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Innerhalb der ersten 3 Wochen gelegentlich Arthralgie/akute Arthritis, Exantheme, erhöhte Temperaturen, Lymphadenitis.

Impfschäden: Sehr selten chronische Arthritiden. Gefahr der Fruchtschädigung innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate.

5. Influenza-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Selten geringe Lokalreaktion, milde Allgemeinerscheinungen.

Impfschäden: Selten akute thrombozytopenische Purpura. Selten Guillain-Barré-Syndrom (bis zu 10 Wochen nach Impfung). Andere akut entzündliche Erkrankungen des ZNS sind noch seltener und bedürfen einer besonders sorgfältigen diagnostischen Klärung. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung kommt in Betracht, wenn die Erkrankung innerhalb von 3 Wochen nach der Impfung aufgetreten ist, eine Antikörperbildung nachweisbar war und andere Ursachen der Erkrankung ausscheiden.

6. Gelbfieber-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Selten zwischen dem 5. und 8. Tag leichte „grippale“ Allgemeinerscheinungen.

Impfschäden: Äußerst selten Meningoenzephalitis (vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern), selten Thrombozytopenien.

7. Tollwut-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Neben Lokalreaktion erhöhte Temperaturen, stärkere Allgemeinerscheinungen, Abgeschlagenheit, gelegentlich Gelenkbeschwerden.

Impfschäden: Bei den früher verwendeten Hirngewebs-Impfstoffen nach einigen Tagen bis zu mehreren Wochen Enzephalomyelitis oder Polyneuritis, gelegentlich Phlegmone, Nephritis.

Bei den heute verwendeten Zellkultur-Impfstoffen sehr selten Neuritis, Polyneuritis, Guillain-Barré-Syndrom.

8. Cholera-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Vor allem nach Wiederimpfung wenige Tage anhaltende Lokalreaktion, regionäre Lymphknotenschwellung, gelegentlich Fieber, Durchfälle, Übelkeit, selten Exantheme.

Impfschäden: Sehr selten Neuritis.

9. Typhus-Schutzimpfung

- a) Bei oraler Impfung: Keine Impfschäden.
- b) Bei parenteraler Impfung:

Übliche Impfreaktionen: Ähnlich wie nach Cholera-Schutzimpfung, meist etwas ausgeprägter, Exantheme häufiger.

Impfschäden: Gelegentlich Thrombosen, Neuritis, Enzephalomyelitis, Nierenschäden, Reaktivierung tuberkulöser Erkrankungen.

10. Tuberkulose-Schutzimpfung (BCG)

Übliche Impfreaktionen: 2 Wochen bis 3 Monate nach der Impfung knötchenförmige Infiltration, manchmal mit Einschmelzung des Impfherdes, regionäre Lymphknotenschwellung. Keine Allgemeinerscheinungen.

Impfschäden: Längerdauernde und ausgedehnte Ulkusbildung, manchmal mit Lymphknoteneinschmelzung. Sehr selten Keloide, Lupoide, Tuberkulide, auch Generalisation (miliare Aussaat), Otitis oder Osteomyelitis, manchmal mit Latenzzeiten bis zu mehreren Jahren; Erregernachweis [BCGStamm] erforderlich.

11. Pertussis-Schutzimpfung

a) Vollbakterienimpfstoff

Übliche Impfreaktionen: Häufig Lokalreaktion mit Schwellung der regionären Lymphknoten, Temperaturerhöhung zwischen 1. und 3. Tag; Inappetenz, Erbrechen. Außerdem sehr selten innerhalb weniger Stunden nach der Injektion schockähnliche Zustände.

Impfschäden: Selten. Gelegentlich nach anhaltendem schrillen Schreien – innerhalb von 3 Tagen Auftreten einer Enzephalopathie, dabei oft hirnorganische Anfälle, manchmal progredienter Verlauf. Nach Enzephalopathie selten auch Dauerschäden (spastische Lähmungen und geistige Retardierung). Selten Neuritis (insbesondere Hirnnerven), selten Nephrose.

b) Azelluläre Impfstoffe

Übliche Impfreaktionen: Wie bei Vollbakterienimpfstoff, aber seltener.

Impfschäden: Langzeiterfahrungen stehen noch aus.

12. Diphtherie-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Im allgemeinen nur geringe Lokalreaktion, auch mit Allgemeinerscheinungen und Exanthenen.

Impfschäden: Sehr selten akut entzündliche Erkrankungen des ZNS; sie bedürfen einer besonders sorgfältigen diagnostischen Klärung. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung kommt in Betracht, wenn die Erkrankung innerhalb von 28 Tagen nach der Impfung aufgetreten ist, eine Antikörperbildung nachweisbar war und andere Ursachen der Erkrankung ausscheiden. Sehr selten Neuritis, vor allem der Hirnnerven (wie bei der Krankheit), Thrombose, Nephritis.

13. Tetanus-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, verstärkt nach Hyperimmunisierung.

Impfschäden: Sehr selten Neuritis, Guillain-Barré-Syndrom.

14. Mumps-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Innerhalb der ersten drei Tage gelegentlich Fieber, sehr selten Parotitis, Lymphknotenschwellung.

Impfschäden: Sehr selten Meningitis nach 7-30 Tagen ohne Dauerschäden, Orchitis (meist einseitig). Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Impfung und einem insulinabhängigen Diabetes mellitus (Typ-I-Diabetes) ist wissenschaftlich umstritten; eine Kannversorgung kommt in Betracht (siehe Nummer 120).

15. Hepatitis-A-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, geringe Allgemeinbeschwerden, gelegentlich leichter Temperaturanstieg.

Impfschäden: Langzeiterfahrungen stehen noch aus.

16. Hepatitis-B-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, geringe Allgemeinbeschwerden, gelegentlich leichter Temperaturanstieg.

Impfschäden: Vorübergehende, bis zu mehreren Wochen anhaltende Arthralgien, sehr selten Neuritis, Polyneuritis, Guillain-Barré-Syndrom.

17. Haemophilus-influenzae-b-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Lokalreaktion, geringe Allgemeinbeschwerden, gelegentlich Urtikaria.

Impfschäden: Extrem selten Guillain-Barré-Syndrom.

18. Frühsommer-Meningoenzephalitis-Schutzimpfung

Übliche Impfreaktionen: Innerhalb von 12 bis 48 Stunden nach Impfung Lokalreaktion, geringe Allgemeinbeschwerden.

Impfschäden: Extrem selten periphere Nervenschäden.

NERVENSYSTEM UND PSYCHE

58

58 Gehirnerschütterung

Bei der Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) handelt es sich um eine reversible und morphologisch nicht nachweisbare Funktionsstörung des Gesamthirns, wobei quantitative Unterschiede durch den Verlauf der Hauptstoßwelle bestimmt werden. Die Gehirnerschütterung ist also nicht in erster Linie eine selektive Störung des durch seine Lage besonders geschützten Hirnstammes. Unerlässlich für die Annahme einer Gehirnerschütterung ist der Nachweis einer initialen Bewusstseinsstörung – nicht notwendigerweise Bewusstlosigkeit. Häufig ist eine retrograde Amnesie. Erbrechen, Atemstörungen, Kreislaufstörungen, Veränderungen des Blutdrucks usw. können unspezifische, rasch reversible zentrale Reaktionen sein. Die Gehirnerschütterung geht nicht mit neurologischen Herdsymptomen einher. Die postkomotionellen Störungen, auch solche vegetativer Art, klingen meist in wenigen Wochen, seltener innerhalb von Monaten ab. Bei anhaltenden Störungen ist eine „Verschiebung der Wesensgrundlage“ (siehe Nummer 24 Absatz 6) – z.B. infolge schädigungsfremder psychosozialer Faktoren – in Betracht zu ziehen.

59

59 Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule

Nach Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule kommen nicht nur radikuläre Reiz- und Ausfallserscheinungen vor, sondern durch gleichzeitige Beschleunigung des Kopfes auch reversible Hirnfunktionsstörungen wie bei Gehirnerschütterungen und selten irreversible Hirnschädigungen im Hirnstamm- und Großhirnbereich (letztgenannte Verletzungsfolgen können sich z.B. auch nach Schütteltraumen bei Säuglingen und Kleinkindern ergeben). Länger anhaltende vegetative Störungen sind nach Beschleunigungsverletzungen häufig; wenn solche Störungen nicht abklingen, ist wie nach Gehirnerschütterung eine „Verschiebung der Wesensgrundlage“ zu erörtern.

60

60 Hirnverletzungen

- (1) Die Hirnverletzung kann offen sein oder in Prellungen und Quetschungen des Gehirns bei intakten Schädelknochen (gedeckte Hirnverletzung) bestehen.
- (2) Im Gegensatz zur Gehirnerschütterung beruht das klinische Bild der Contusio cerebri auf umschriebenen, anatomisch sichtbaren Schädigungen

der Hirnsubstanz (z.B. in Form der Rindenprellungsherde), die meist bleibende Funktionsstörungen hinterlassen. Im Initialstadium kann es zu stärkeren Durchblutungsstörungen und Hirnschwellungszuständen (traumatisches Ödem) mit nachfolgender umschriebener oder diffuser Hirnatrophie kommen.

Druckschädigungen des Gehirns können bei epi- und subduralen Hämatomen – und auch nach Subarachnoidalblutungen (posttraumatischer Hydrozephalus) – auftreten.

(3) Nach Abklingen der akuten Folgen einer gedeckten Hirnschädigung treten die vasomotorischen Störungen im allgemeinen in den Hintergrund.

(4) Traumatische Zwischenhirnschäden kommen nur selten zur Begutachtung, da sie oft nicht überlebt oder in kurzer Zeit ausgeglichen werden. Die Annahme eines Zwischenhirnschadens kommt in Frage, wenn in enger zeitlicher Verbindung mit einem Hirntrauma nebeneinander

- a) charakteristische neurologische Nachbarschaftssymptome (vor allem Nystagmus),
- b) vegetative Störungen besonders im Bereich der Vasomotoren,
- c) Wasserhaushaltsstörungen, Stoffwechselstörungen,
- d) ein organisches Psychosyndrom

aufgetreten sind und in ihrer Gesamtheit bleibend nachgewiesen werden können.

Ein Zusammenhang zwischen Hirnverletzung und innerem Leiden kann als wahrscheinlich angenommen werden, wenn

- a) ein Zwischenhirnschaden durch die obengenannte Symptomatik nachgewiesen ist,
- b) eine unmittelbare zeitliche Verbindung zwischen dienzephaler Schädigung und bestimmten inneren Organstörungen besteht oder einwandfreie Brückensymptome vorhanden sind und
- c) durch Familienuntersuchung ein maßgeblicher Einfluss von Erbanlagen unwahrscheinlich ist.

(5) Der Hirnverletzte ist leidensunabhängig dem physiologischen Alterungsprozess unterworfen. Bei der Begutachtung von älteren Hirnverletzten muss somit grundsätzlich mit einem unabhängigen Nebeneinander von Hirnverletzungsfolgen einerseits und Gefäß- oder Parenchymalterung andererseits gerechnet werden. Treten bei älteren Hirnverletzten Verschlechterungen von Hirnfunktionsstörungen auf, ist stets unter besonderer Würdigung der Art der Symptome sorgfältig zu prüfen, welche Bedeutung die

Hirnverletzung und ihre Folgen einerseits und der physiologische Alterungsprozess oder pathologische Prozesse (z.B. Demenz vom Alzheimer-Typ, Multiinfarktsyndrom) andererseits für die Verschlechterung haben (siehe Nummer 47, Absätze 2 und 3).

Eine vorzeitige Entstehung oder Akzentuierung einer zerebralen Gefäßsklerose bei Hirnverletzten ist bisher nicht erwiesen. Andererseits konnten bei hirnpathologischen Untersuchungen in der Umgebung alter Hirnnarben nach offenen Hirnverletzungen Gefäßveränderungen in Form von Fibrosen als Folgen der Wundheilungen festgestellt werden; in solchen Bezirken kann es im Zuge der Alterung zu Mangeldurchblutungen kommen, die dann aber wesentlich durch die Verletzung bedingt sind. Klinisch kann daraus eine Verschlechterung der Hirnverletzungsfolgen resultieren (z.B. Wiederauftreten oder Verdeutlichung früher vorhandener Hirnfunktionsstörungen oder Auftreten von Nachbarschaftssymptomen).

Ferner ist zu beachten, dass bei den traumatischen Hirnschäden im Alter infolge einer allgemeinen Verminderung der Kompensationsfähigkeit des Gehirns Hirnverletzungssymptome, die sich in den ersten Jahren nach dem Trauma gebessert hatten, wieder stärker in Erscheinung treten können.

Für die Beurteilung einer Verschlechterung zerebraler Störungen bei Hirnverletzten im Alter ergibt sich daraus: Wenn es zu einer Akzentuierung schon vorher vorhandener Störungen, oder zu neuen Störungen, die als Nachbarschaftssymptome angesehen werden können, kommt, dann kann dieses Neue oder dieses Mehr an Störungen wesentlich durch die Hirnverletzung mitbestimmt sein, wobei nach offenen Hirnverletzungen eher zu dieser Beurteilung zu kommen ist als nach gedeckten.

Eine Zunahme zerebraler Störungen, insbesondere eine Progredienz des Psychosyndroms, kann außerdem wesentlich durch die Hirnverletzung bedingt oder mitbedingt sein, wenn diese zu hirnorganischen Anfällen geführt hat, vor allem, wenn die Anfälle im Alter häufiger geworden sind.

Gegen eine wesentliche Mitwirkung der Hirnverletzungsfolgen bei Verschlechterungen im Alter sprechen neuartige Ausfallerscheinungen, die weder als Nachbarschaftssymptome gedeutet noch sonst mit der Lokalisation und Ausdehnung der Hirnverletzung in Beziehung gebracht werden können. Im übrigen ist zu beachten, in welchem Zeitraum sich neue Störungen entwickelt und welchen Umfang sie haben. Wenn im Zuge der Alterung neue Störungen sehr langsam in Erscheinung getreten sind, kann dies die Annahme einer wesentlichen Mitwirkung der Hirnverletzung – zumindest für die ersten Jahre der Progredienz – mehr stützen, als wenn die Verschlechterung des Zustandes sehr schnell eingetreten ist und sogleich einen

erheblichen Umfang angenommen hat. Es ist daneben zu berücksichtigen, ob sich Hinweise für erhebliche Hirndurchblutungsstörungen infolge einer Arteriosklerose oder auch im Rahmen einer Herzinsuffizienz (insbesondere Rechtsherzinsuffizienz) ergeben oder ob ein Bluthochdruck vorliegt, der einerseits als besonderer Risikofaktor für zerebrale Ischämien bekannt ist und andererseits auch direkt auf die Hirndurchblutung einwirkt. Von Bedeutung ist auch, in welchem Alter neue Störungen in Erscheinung getreten sind; je höher das Alter hierbei war, desto eher muss mit erheblichen Alterungsveränderungen des Gehirns gerechnet werden.

(6) Bei der Apoplexie ist zu prüfen, ob es sich um einen Hirninfarkt oder um eine Blutung bei einem unabhängig von der Hirnverletzung veränderten Hirngefäßsystem oder – was selten vorkommt – um eine Folge der Hirnverletzung handelt. Bei Todesfällen ist eine Klärung durch Obduktion anzustreben.

(7) Parkinson-Syndrome können nur in Ausnahmefällen als Hirntraumafolge beurteilt werden. Wegen ihrer geschützten Lage werden die Stammganglien des Gehirns nur sehr selten von Hirnverletzungen mitbetroffen. Demzufolge kommt die Annahme eines traumatischen Parkinsonismus nur dann in Betracht, wenn eine schwere Hirnverletzung oder wiederholte leichtere Traumen mit Hirnstambbeteiligung nachgewiesen sind und nach einmaligem Trauma die ersten extrapyramidalen Störungen in enger zeitlicher Verbindung mit dem Trauma aufgetreten sind und wenn außerdem andere Ursachen des Parkinson-Syndroms unwahrscheinlich sind.

(8) Hirnabszesse können sich auch noch viele Jahre nach der Verletzung ausbilden.

(9) Nur ausnahmsweise wird man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Hirntrauma und Tumor annehmen können (siehe Nummer 142).

(10) Hirnschäden können auch indirekt durch traumatische Schädigungen der hirnversorgenden Gefäße (z.B. Aneurysma dissecans) entstehen.

61 Hirnerkrankungen

61

(1) Ebenso wie durch Gewalteinwirkungen und Vergiftungen können durch Erkrankungen reversible Störungen oder irreversible Schäden des Gehirns entstehen.

(2) Von besonderer Bedeutung sind die Dauer- und Spätfolgen von infektiösen Hirnerkrankungen (toxisch-infektiös oder infektiös-vasal). Die bleibenden zerebralen Störungen und Ausfälle sind vom Sitz und Ausmaß der

primären Hirnherde abhängig. So wurden nach der Encephalitis lethargica (von Economo) zahlreiche sehr wechselnde neurologische, meist extrapyramidale Symptome neben häufigen seelischen Veränderungen beobachtet, die oftmals erst nach langem symptomarmen Intervall in Erscheinung traten und deshalb eine sorgfältige differentialdiagnostische Abgrenzung (z.B. gegen Paralysis agitans) erfordern. Bei den seltenen Dauerfolgen nach Fleckfieberenzephalitis kommen ähnliche neurologische und psychische Störungen vor, allerdings nicht in derselben charakteristischen Ausprägung. Das gleiche gilt für die Begleitenzephalitiden.

(3) Für die zerebralen Gefäßerkrankungen gelten die Ausführungen in den Nummern 92 und 93, in gleicher Weise. Hirngefäßaneurysmen entwickeln sich in der Regel schädigungsunabhängig. Außergewöhnlich schwere körperliche Belastungen können Mitursache einer Blutung sein.

(4) Bei Hirnatrophien (mit entsprechenden Hirnfunktionsstörungen) ist zwischen den symptomatischen und idiopathischen Formen zu unterscheiden. Die Beurteilung der symptomatischen Formen (z.B. nach Dystrophie oder Fleckfieber), die im allgemeinen keine Progredienz zeigen, richtet sich nach dem Grunderleiden. Es ist zu beachten, dass Atrophien als Residuen perinataler Schädigungen, infolge zerebraler Gefäßprozesse oder auch im Gefolge toxischer Schädigungen (z.B. chronischer Alkoholismus) relativ häufig sind. Die idiopathischen Hirnatrophien sind keine Schädigungsfolge.

(5) Chronische toxische Enzephalopathien kommen u.a. bei schweren chronischen Leberkrankheiten nach operativen Maßnahmen (portokavale Anastomose) und ebenso als Folge einer spontanen Entwicklung von Umgehungsbahnen vor (portokavale Enzephalopathie). Neben dem Nachweis von entsprechenden psychischen oder neurologischen Störungen kann die Diagnose durch das Elektroenzephalogramm und durch Bestimmung des Ammoniakspiegels gestützt werden.

Exogen-toxische Enzephalopathien können bei Kontakt mit einzelnen Chemikalien (z.B. Industriestoffe, Schwermetalle) vorkommen. Das Elektroenzephalogramm ist hierbei meist nicht aussagekräftig.

(6) Infolge von schweren Herzerkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Stillstand) kann es zu hypoxischen Hirnschäden kommen. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grunderleiden.

62

62 Traumatische Rückenmarkschädigungen

(1) Bei den traumatischen Rückenmarkschädigungen sind – wie bei den Hirnverletzungen – offene und gedeckte Schädigungen zu unterscheiden.

Die – selteneren – offenen Verletzungen (meist Schuss- oder Stichverletzungen) bereiten gutachtlich infolge der eindeutigen Lokalisation der Verletzung keine Schwierigkeiten.

(2) Gedeckte Rückenmarkschädigungen können direkt (durch Stoß oder Schlag) oder indirekt (insbesondere durch extreme Beugungen oder Überstreckungen der Wirbelsäule) zustande kommen, häufiger bei engem Spinalkanal. Sie sind nicht immer mit Frakturen oder Luxationen der Wirbelsäule verbunden.

(3) Bei einer *Commotio spinalis* handelt es sich um eine voll reversible traumatische Schädigung des Rückenmarks. Die im Anschluss an das Trauma auftretenden Funktionsstörungen (bis zum kompletten Querschnittssyndrom) bilden sich innerhalb von Stunden bis zu einem Tag vollständig zurück.

(4) Eine *Contusio spinalis* liegt vor, wenn eine Quetschung, Prellung oder Zerrung des Rückenmarks zu einer Zerstörung von Rückenmarksgewebe mit entsprechenden bleibenden Folgen geführt hat (komplette oder inkomplette Querschnittssyndrome, auch intramedulläre Schädigungsmuster wie bei *Syringomyelie* infolge der besonderen Verletzbarkeit der grauen Rückenmarksubstanz). Die Symptomatik in den ersten Tagen nach der Verletzung ist im allgemeinen wesentlich ausgeprägter als die Dauerfolgen.

(5) Als *Hämatomyelie* wird eine Blutung in das Rückenmark – mit anschließender Nekrose – bezeichnet, die ein partielles Querschnittssyndrom oder – häufiger – eine *Syringomyelie*-Symptomatik zur Folge hat. Solche Blutungen sind meist traumatisch bedingt, können aber auch aufgrund einer Gefäßmißbildung (z.B. Angiom) entstehen. Nach einem Trauma entwickelt sich die Symptomatik mit einer Latenz von Minuten oder Stunden bis zu mehreren Tagen und bildet sich nach anfänglicher Progredienz oft partiell wieder zurück.

(6) Eine seltenere Traumafolge stellt die *Spätmyelopathie* dar, bei der infolge einer zystischen Degeneration nach längerem symptomfreien Intervall (Latenzen von Jahren sind beschrieben) ein fortschreitendes Querschnittssyndrom, teilweise mit *Syringomyelie*-Symptomatik in Erscheinung tritt. Die traumatische Rückenmarkschädigung muss zumindest durch die Symptome einer *Commotio spinalis* nachgewiesen sein, wobei zu beachten ist, dass die Höhe des fortschreitenden Querschnittssyndroms um mehrere Segmente (bis zu sechs) von der Höhe der unmittelbar nach dem Trauma aufgetretenen Symptomatik bzw. einer nachgewiesenen Wirbelkörperfraktur abweichen kann.

63

63 Rückenmarkerkrankungen

(1) Die Myelitis tritt als selbständige Viruserkrankung, als von einem anderen Herd fortgeleiteter Infekt (fortgeleitete Myelitis) oder parainfektios auf. Der ursächliche Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn schädigende Vorgänge nachgewiesen werden können, welche die Infektion oder den primären Herd verursacht oder wesentlich begünstigt haben, wobei das Leiden in einer angemessenen zeitlichen Verbindung aufgetreten sein muss.

(2) Die Syringomyelie ist eine auf einer Anlagestörung beruhende Höhlenbildung im Rückenmark, deren erste Erscheinungen meist im 3. und 4. Lebensjahrzehnt auftreten. Eine Erblichkeit ist nicht nachgewiesen.

Die Pathogenese konnte bisher nicht ausreichend geklärt werden. Bei der Art des Leidens ist wissenschaftlich umstritten, ob folgende Umstände für die Manifestation und den weiteren Verlauf des Leidens von ursächlicher Bedeutung sind:

- a) Schwere Wirbelsäulentraumen,
- b) entzündliche Rückenmarkerkrankungen (u.U. als Folge von langdauernden peripheren Eiterungsprozessen),
- c) körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen,
- d) Krankheiten, bei denen eine toxische Schädigung oder eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als erfüllt anzusehen, wenn die Erstsymptome der Syringomyelie während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate danach (bis zu 6 Monaten) aufgetreten sind.

(3) Die amyotrophische Lateralsklerose gehört zu den degenerativen Systemerkrankungen des Zentralnervensystems. Erbgebundenes Auftreten ist vereinzelt nachgewiesen. Bei Blutsverwandten findet man überdies manchmal andere degenerative Systemerkrankungen.

Gesicherte Erkenntnisse über die Ätiologie dieses Leidens liegen nicht vor.

Wenn sich das Bild einer amyotrophischen Lateralsklerose mehrere Jahre bis Jahrzehnte nach einer Poliomyelitis entwickelt hat und sich die Symptome eng an diejenigen der durchgemachten Poliomyelitis anlehnen, ist – im Sinne eines Post-Poliomyelitis-Syndroms – ein ursächlicher Zusammenhang mit der Poliomyelitis als wahrscheinlich anzusehen.

Sonst ist bei diesem Krankheitsbild eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen.

Als in ihrer ursächlichen Bedeutung umstrittene Faktoren für die Krankheitsentwicklung werden in der Wissenschaft diskutiert:

- a) Poliomyelitis (wenn deren Symptomatik keine enge Korrelation zu der Symptomatik der amyotrophischen Lateralsklerose erkennen lässt),
- b) schwere Wirbelsäulentraumen,
- c) Elektrotraumen (mit Stromverlaufsrichtung über das Rückenmark),
- d) Barotraumen (Druckfallkrankheit),
- e) Unter- oder Fehlernährung,
- f) toxische Schädigungen,
- g) körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz erheblich herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn die Erstsymptome der amyotrophischen Lateralsklerose während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate danach (bis zu 6 Monaten), nach Überstehen einer Poliomyelitis auch mehrere Jahre danach, aufgetreten sind. Dies gilt nicht, wenn im Einzelfall eine Vererbung der Krankheit aufgrund weiterer gleicher Erkrankungen bei Blutsverwandten angenommen werden muss. Dann ist der Erbfaktor als überwiegende Bedingung für die Krankheitsmanifestation anzusehen.

(4) Die spinale progressive Muskelatrophie gehört ebenfalls zu den degenerativen Systemerkrankungen des Zentralnervensystems. Auch bei diesem Leiden fehlen gesicherte Erkenntnisse über die Ätiologie. Eine Erbllichkeit ist bei mehreren Formen nachgewiesen; bei diesen ist ein ursächlicher Zusammenhang mit äußeren Faktoren unwahrscheinlich.

Wenn sich das Bild einer spinalen progressiven Muskelatrophie mehrere Jahre bis Jahrzehnte nach einer Poliomyelitis entwickelt hat und sich die Symptome eng an diejenigen der durchgemachten Poliomyelitis anlehnen, ist – im Sinne eines Post-Poliomyelitis-Syndroms – ein ursächlicher Zusammenhang mit der Poliomyelitis als wahrscheinlich anzusehen.

Sonst ist bei im Erwachsenenalter auftretenden Formen eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen. Bei diesen Formen ist wissenschaftlich umstritten, ob folgende Umstände für die Manifestation und den Verlauf des Leidens von ursächlicher Bedeutung sind:

- a) Poliomyelitis (wenn deren Symptomatik keine enge Korrelation zu der Symptomatik der spinalen progressiven Muskelatrophie erkennen lässt),
- b) schwere Wirbelsäulentraumen,
- c) Elektrotraumen (mit Stromverlaufsrichtung über das Rückenmark),
- d) Unter- oder Fehlernährung,
- e) Erkrankungen, bei denen eine toxische Schädigung oder eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt,
- f) körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Schwere und Dauer geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn die Erstsymptome dieses Nervenleidens während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate danach (bis zu 6 Monaten), nach Überstehen einer Poliomyelitis auch mehrere Jahre danach, aufgetreten sind.

(5) Das Syndrom der spastischen Spinalparalyse ist keine einheitliche Krankheit. Es gibt symptomatische Formen (z.B. nach Lues oder Vergiftungen, insbesondere durch Triorthokresylphosphat oder durch Lathyrusarten) und die essentielle spastische Spinalparalyse, die zu den hereditär-degenerativen Systemerkrankungen gehört. Eine Kannversorgung kommt in Betracht, wenn im Einzelfall eine Vererbung nicht festgestellt werden kann.

Bei nicht erkennbarer Vererbung ist wissenschaftlich umstritten, ob folgende Umstände für die Entstehung und den Verlauf des Leidens von ursächlicher Bedeutung sind:

- a) Körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen,
- b) Krankheiten, bei denen eine toxische Schädigung oder eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn die Erstsymptome der spastischen Spinalparalyse während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate danach (bis zu 6 Monaten) aufgetreten sind.

(6) Rückenmarksgeschwülste sind nach Nummer 142 zu beurteilen.

64 Multiple Sklerose

64

Bei der multiplen Sklerose (MS) besteht in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit darüber, ob es sich um eine Infektionskrankheit oder um ein neuro-allergisches, auf einer Autoimmunreaktion beruhendes Krankheitsgeschehen handelt. Auch die Bedeutung endogener Faktoren ist noch umstritten.

In seltenen Einzelfällen kann trotzdem ein Zusammenhang der MS mit einer Schädigung wahrscheinlich sein, zum Beispiel, wenn der Schub des Leidens in augenfälliger zeitlicher Verbindung mit außergewöhnlich massiven Belastungsfaktoren auftritt und dann bei jeder der genannten wissenschaftlichen Hypothesen die gleiche Beurteilung abzugeben wäre.

Sonst ist eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen. Unter Berücksichtigung der verschiedenen wissenschaftlichen Hypothesen ist ungewiss, ob folgende exogene Faktoren für die Entstehung und den weiteren Verlauf der MS von ursächlicher Bedeutung sind:

- a) Körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen,
- b) Krankheiten, bei denen eine toxische Schädigung oder eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt,
- c) Elektrotraumen (mit Stromverlaufsrichtung über das Rückenmark).

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung dann als gegeben anzusehen, wenn die Erstsymptome der MS während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate (bis zu 8 Monaten) danach oder in der Reparationsphase (bis zu 2 Jahren) im Anschluss an eine unter extremen Lebensbedingungen verlaufene Kriegsgefangenschaft aufgetreten sind. Außerdem sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als erfüllt anzusehen, wenn die MS in enger zeitlicher Verbindung mit langdauernden konsumierenden Krankheiten, die selbst Schädigungsfolge sind, aufgetreten ist. Eine enge zeitliche Verbindung ist ebenfalls zu fordern, wenn eine ausgeprägte Impfreaktion ursächlich in Betracht kommt.

65 Myopathien

65

(1) Die progressiven Muskeldystrophien sind Muskelkrankheiten, bei denen meist ein heredofamiliäres Auftreten nachzuweisen ist. Dies gilt besonders bei den in der Kindheit sich entwickelnden Formen. Abgesehen von dem Erbfaktor ist die Ätiologie des Leidens nicht ausreichend geklärt.

Für die Kannversorgung kommen die sporadisch (also ohne erkennbare Vererbung) im Erwachsenenalter auftretenden Formen in Betracht. Die ursächliche Bedeutung folgender Faktoren ist nach den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen umstritten:

- a) Schwere Infektionen, Intoxikationen und Mangelernährungszustände,
- b) körperliche Belastungen, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz erheblich herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung bei den sporadisch auftretenden Fällen einer progressiven Muskeldystrophie dann gegeben, wenn die Erstsymptome des Leidens während der Einwirkung der genannten Faktoren oder mehrere Monate (bis zu 6 Monaten) danach aufgetreten sind.

Im übrigen können Verschlimmerungen der progressiven Muskeldystrophien mit Wahrscheinlichkeit auf längerdauernde Immobilisationen oder mechanische Überbeanspruchungen der Muskulatur zurückgeführt werden, wenn die Verschlimmerung in enger zeitlicher Verbindung mit den genannten Noxen aufgetreten ist.

(2) Bei verschiedenen anderen Myopathien können folgende Noxen eine ursächliche Bedeutung erlangen:

- ▶ langfristige Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. Resochin, Kortikosteroide u.a.),
- ▶ endokrine Erkrankungen,
- ▶ bestimmte Infektionskrankheiten (z.B. Herpes- oder Coxsackie-Virus-Infektionen, Trichinose),
- ▶ Autoimmunerkrankungen (als Folge z.B. Polymyositis),

bei der Rhabdomyolyse langdauernde Druckeinwirkungen, z.B. infolge Bewusstlosigkeit (aber auch bei Alkoholintoxikation).

Zwischen der Noxe und der Manifestation des Leidens muss eine enge zeitliche Verbindung bestehen.

(3) Bei der Myasthenie kann ein ursächlicher Zusammenhang mit exogenen Faktoren bei der Behandlung mit bestimmten Medikamenten (z.B. D-Penicillamin) als wahrscheinlich angesehen werden. Sonst kann bei dieser Autoimmunkrankheit gelegentlich eine Kannversorgung diskutiert werden.

(4) Die Myotonien sind fast alle als Erleiden erkannt und kommen in der Regel als Schädigungsfolge nicht in Betracht.

(5) Die maligne Hyperthermie kann bei entsprechender Anlage als (auch tödliche) Komplikation einer Narkose mit Relaxanzien auftreten und in Abhängigkeit vom Operationsanlaß Schädigungsfolge sein.

66 Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshüllen

66

Bei den verschiedenen Arten der Meningitis richtet sich die Beurteilung der Zusammenhangsfrage nach dem Grundleiden.

Die Pachymeningosis haemorrhagica interna ist überwiegend eine Krankheit des vorgerückten Alters, bei der pathogenetisch vielfach chronische Infektionskrankheiten und Intoxikationen (Alkoholismus) und auch die Arteriosklerose eine Rolle spielen. Wird dieses Leiden nach einem Schädeltrauma (im Kindesalter z.B. auch nach einem Schütteltrauma – siehe Nummer 59) manifest (infolge subduraler Blutung), so ist sorgfältig unter Berücksichtigung des Zeitfaktors zu prüfen, ob das Trauma wesentliche Bedingung für die Blutung ist.

Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber dem subduralen Hämatom ist eine histologische Untersuchung nach operativem Eingriff angezeigt.

67 Schädigung peripherer Nerven

67

Bei Störungen der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven ist es wesentlich zu prüfen, ob und inwieweit Gefügestörungen der Wirbelsäule, direkte oder indirekte Traumen oder andere Faktoren dafür verantwortlich sind. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich dann nach dem Grundleiden bzw. nach der Art der Schädigung.

Polyneuropathien können infektiös, parainfektiös, toxisch oder stoffwechselbedingt sein und auch serogenetisch auftreten. Daneben gibt es idiopathische Formen, bei denen eine Kannversorgung in Betracht kommt.

68 Neuralgie, Kausalgie, Stumpfbeschwerden

68

(1) Neuralgien sind im allgemeinen symptomatischer Natur und im Zusammenhang mit dem Grundleiden zu beurteilen. Eine Ausnahme bildet z.B. die idiopathische Trigeminusneuralgie, von der nur dann gesprochen werden kann, wenn sich nach eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass exogene Faktoren bei der Entwicklung der Neuralgie eine Rolle gespielt haben. Sie kann ihrem Wesen nach keine Schädigungsfolge sein.

(2) Zu trennen von den Neuralgien sind die Kausalgien, die nach unvollständiger Leitungsunterbrechung der peripheren Nerven, besonders des N. medianus und des N. tibialis, auftreten können.

(3) Nach Amputationen können Stumpfbeschwerden in Form von Stumpfnervenschmerzen oder Phantomschmerzen, selten auch kausalgiform, auftreten. Die ätiologischen und pathogenetischen Faktoren sind vielfältig; sie bedürfen einer gründlichen Abklärung, vor allem im Hinblick auf die Heilbehandlung.

69

69 Schizophrene und affektive Psychosen

(1) Bei den schizophrenen Psychosen wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Wissenschaftlich ist jedoch noch nicht genügend geklärt, welches Gewicht den dispositionellen und exogenen, psychosozialen Faktoren bei ihrem Zusammenwirken beizumessen ist. Unter Umständen kommt eine Kannversorgung in Betracht. Die Voraussetzungen für eine Kannversorgung sind dann als gegeben anzusehen, wenn

- a) als Schädigungsfaktoren tief in das Persönlichkeitsgefüge eingreifende psychosoziale Belastungen vorgelegen haben, die entweder längere Zeit angedauert haben oder zeitlich zwar nur kurzfristig wirksam aber so schwer waren, dass ihre Folgen eine über längere Zeit anhaltende Wirkung auf das Persönlichkeitsgefüge gehabt haben,
- b) die Erkrankung in enger zeitlicher Verbindung (bis zu mehreren Wochen) mit diesen Belastungen begonnen hat.

Bei episodischem Verlauf der schizophrenen Psychose gilt dies nur für die der Belastung folgende Episode.

(2) Von den Schizophrenien sind die symptomatischen Psychosen mit einem schizophrenieähnlichen Erscheinungsbild abzugrenzen, die Ausdruck einer organischen Krankheit mit Hirnbeteiligung sind. Sie sind nach dem Grundeiden zu beurteilen.

(3) Affektive Psychosen mit depressiver Symptomatik können durch schwerwiegende exogene Faktoren (Verletzungsfolgen, somatische Krankheiten) oder schwere seelische Erschütterungen mitverursacht sein, wobei dies jedoch nur für die Manifestation oder Vertiefung einer einzelnen Krankheitsepisode gelten kann. Manische Episoden sind in der Regel schädigungsunabhängig.

70 Neurosen

70

Neurosen als Ergebnis einer bis in die Kindheit zurückgehenden seelischen Fehlentwicklung, wobei der pathogenetische Schwerpunkt auf der Entstehung der prämorbid neurotischen Struktur liegt, können nur dann in einem ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen stehen, wenn diese in früher Kindheit über längere Zeit und in erheblichem Umfang wirksam waren.

71 Folgen psychischer Traumen

71

(1) Durch psychische Traumen bedingte Störungen kommen sowohl nach langdauernden psychischen Belastungen (z.B. in Kriegsgefangenschaft, in rechtsstaatswidriger Haft in der DDR) als auch nach relativ kurzdauernden Belastungen (z.B. bei Geiselnahme, Vergewaltigung) in Betracht, sofern die Belastungen ausgeprägt und mit dem Erleben von Angst und Ausgeliefertsein verbunden waren. Bei der Würdigung der Art und des Umfangs der Belastungen ist also nicht nur zu beachten, was der Betroffene erlebt hat, sondern auch, wie sich die Belastungen bei ihm nach seiner individuellen Belastbarkeit und Kompensationsfähigkeit ausgewirkt haben.

Die Störungen sind nach ihrer Art, Ausprägung, Auswirkung und Dauer verschieden: Sie können kurzfristigen reaktiven Störungen mit krankheitswertigen (häufig depressiven) Beschwerden entsprechen; bei einer Dauer von mehreren Monaten bis zu ein bis zwei Jahren sind sie in der Regel durch typische Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung charakterisiert, ohne diagnostisch auf diese begrenzt zu sein; sie treten gelegentlich auch nach einer Latenzzeit auf. Anhaltend kann sich eine Chronifizierung der vorgenannten Störungen oder eine Persönlichkeitsänderung (früher: erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) mit Misstrauen, Rückzug, Motivationsverlust, Gefühl der Leere und Entfremdung ergeben. Anhaltende Störungen setzen tief in das Persönlichkeitsgefüge eingreifende und in der Regel langdauernde Belastungen voraus.

(2) Bei länger anhaltenden Störungen und chronisch verlaufenden (auch „neurotisch“ genannten) Entwicklungen ist zu prüfen, ob die Schädigungsfaktoren fortwirken oder schädigungsunabhängige Faktoren für die Chronifizierung verantwortlich sind („Verschiebung der Wesensgrundlage“ s. Nummer 24). Gleiches gilt für psychogene Symptomverstärkungen oder Symptomfixierungen, die im Gefolge schädigungsbedingter organischer Gesundheitsstörungen auftreten.

(3) Auch die Auswirkungen psychischer Traumen im Kindesalter (z.B. sexueller Missbrauch, häufige Misshandlungen) sind nach Art und Intensität sehr unterschiedlich. Sie können ebenso zu Neurosen (siehe Nummer 70) wie zu vorübergehenden oder chronifizierten Reaktionen (siehe Absatz 1) führen.

(4) Wunsch- und Zweckreaktionen als selbständige, auf der Persönlichkeit beruhende, tendenziöse seelische Äußerungen sind nicht Schädigungsfolge.

72

72 Abnorme Persönlichkeiten

Als abnorme Persönlichkeiten (früher: „Psychopathen“) sind die Menschen zu bezeichnen, unter deren Persönlichkeitsstörungen sie selbst oder andere erheblich leiden. Es handelt sich um persönlichkeitsgebundene (konstitutionsgebundene) Merkmale verschiedener Äußerungen im psychischen Verhalten. Besonders häufig sind asthenische (neurasthenische), depressive, hypochondrische und hyperthyme Ausprägungen. Sie können nicht Schädigungsfolge sein.

73

73 Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit

Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit und ihre Auswirkungen sind grundsätzlich keine Schädigungsfolgen, es sei denn, dass sie eindeutig als Begleiterscheinungen schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen beurteilt werden können. So kommt in seltenen Ausnahmefällen die Annahme einer Schädigungsfolge für Medikamentenmissbrauch z.B. in Betracht bei außergewöhnlichen chronischen Schmerzzuständen, die nur durch hohe Medikamentendosen zu beherrschen sind, oder bei einem schwer wesensgeänderten Hirnverletzten, dem nach der Verwundung erstmals große Mengen von Betäubungsmitteln über längere Zeit verabreicht wurden.

74

74 Selbsttötung, Selbsttötungsversuch

(1) Eine Selbsttötung oder die Folgen eines Selbsttötungsversuches sind als Schädigungsfolge anzusehen, wenn zur Zeit der Tat eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung vorlag, die durch schädigende Tatbestände verursacht war.

(2) Da gewöhnlich eine Reihe von Ursachen und Motiven in ihrem Zusammenwirken den Entschluss der Selbstaufgabe reifen lässt, so dass schließlich ein belangloser Anlass zur Tatausführung genügen kann, müssen alle erreichbaren Unterlagen einschließlich der Akten der Staatsanwaltschaft und

Zeugenaussagen über die Persönlichkeit des Verstorbenen und über seine soziale Lage sowie die beruflichen und wehrdienstlichen Verhältnisse beigezogen werden. Die individuelle Belastbarkeit ist zu beachten; es ist zu fragen, wie die schädigenden Umstände gerade auf diesen Menschen gewirkt haben. Andererseits kann aus der Tatsache der Selbsttötung für sich allein nicht abgeleitet werden, dass der Suizident seinem Wesen nach seelisch nicht ausreichend widerstandsfähig war. Eine geltend gemachte Minderbelastbarkeit müsste ggf. aus der gesamten Lebensgeschichte des Suizidenten wahrscheinlich gemacht werden. Die Begutachtung soll einem erfahrenen Psychiater überlassen werden, der häufig zusätzliche Befragungen von Angehörigen usw. wird vornehmen müssen.

(3) Eine durch schädigende Tatbestände verursachte Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung kann beispielsweise in ausweglos erscheinender Situation oder bei besonderer Herbssetzung des Selbstwertgefühls angenommen werden.

(4) Selbsttötung oder die Folgen eines Selbsttötungsversuchs sind auch als Schädigungsfolgen anzusehen, wenn bei nicht-schädigungsbedingten seelischen Störungen die Selbsttötung oder der Versuch durch eine Verletzung der Fürsorgepflicht wesentlich begünstigt wurde.

AUGEN

75 Lid- und Bindehauterkrankungen

75

(1) Äußere Einwirkungen (Strahlen, Traumen, Staub, Chemikalien u.a.) können Erkrankungen der Bindehaut und der Lider hervorrufen; sie klingen zumeist nach Fortfall der Einwirkung ab, es sei denn, dass ein Dauerreiz (z.B. durch Fehlstellungen der Lider oder der Wimpern) zurückbleibt.

(2) Bei chronischen Entzündungen der Lider oder der Bindehaut sind häufig konstitutionelle Faktoren von entscheidender Bedeutung; nur gelegentlich haben äußere Einwirkungen (z.B. Strahlen, bestimmte Chemikalien) eine ursächliche Bedeutung.

76 Hornhauterkrankungen

76

(1) Hornhautnarben werden in der Hauptsache nach ihrem Einfluss auf die Sehschärfe beurteilt, wobei auch sonstige Störungen (z.B. Blendung) zu berücksichtigen sind.

(2) Herpetische Hornhautentzündungen setzen eine Infektion voraus; eine Verletzung der Hornhaut (häufig nur Mikroläsion) und auch eine erhebliche allgemeine Resistenzminderung können an der Entstehung wesentlich mitwirken. Ein ursächlicher Zusammenhang mit einer Schädigung ist nur bei einer engen zeitlichen Verbindung wahrscheinlich.

77

77 Grüner Star (Glaukom)

(1) Der einfache grüne Star (Glaucoma chronicum simplex) ist ein sich im allgemeinen allmählich ohne äußere Einflüsse auf dem Boden fehlerhafter Anlagen und Funktionen entwickelndes Leiden. Er ist keine Folge einer Schädigung.

(2) Beim kongestiven Glaukom können schwere körperliche oder seelische Belastungen wesentliche Bedingungen für das Auftreten eines akuten Anfalls (Glaucoma acutum) sein.

(3) Der sekundäre grüne Star entwickelt sich als Folge von Verletzungen oder Entzündungen des Auges. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden.

78

78 Amblyopie

Die Amblyopie entsteht auf der Basis von (meist angeborenen) Brechungsfehlern oder von Störungen des Augenmuskelgleichgewichts; sie ist grundsätzlich keine Schädigungsfolge, es sei denn, die Störungen des Augenmuskelgleichgewichts oder die Brechungsfehler seien im Kleinkindesalter schädigungsbedingt entstanden.

79

79 Brechungsfehler der Augen

Die Brechkraft eines Auges hängt ab von der Achsenlänge des Auges, dem Abstand der brechenden Flächen untereinander und deren Brechungsindizes. Refraktionsfehler (Übersichtigkeit, Kurzsichtigkeit, Astigmatismus) sind in der Regel keine Schädigungsfolgen.

Ausnahmsweise können Änderungen der Brechungsverhältnisse als Schädigungsfolge vorkommen bei Narbenastigmatismus, traumatischer Linsenverlagerung sowie Linsentrübungen oder Linsenlosigkeit (nach Operation) infolge Gewalteinwirkung, Strahleneinwirkung oder Erkrankung.

80 Traumatische Schäden der Netz- und Gefäßhaut

80

(1) Als traumatische Schäden der Netz- und Gefäßhaut kommen Folgen von Netzhautablösungen, Netzhautzerreißen, Gefäßhautrissen, Blutungen in Netz- und Gefäßhaut sowie in den Glaskörper, ferner sehr selten auch Gefäßschäden durch Embolie oder Thrombose in Betracht.

(2) Der ursächliche Zusammenhang einer Netzhautablösung mit einem Trauma ist wahrscheinlich, wenn Zeichen einer direkten Gewalteinwirkung (z.B. Sphinkterrisse, Iridodialyse, Subluxatio lentis oder Blutungen in oder vor der Netzhaut bzw. Glaskörperblutungen) festgestellt werden. Auch nach vielen Jahren kann sich die Netzhaut noch ablösen.

Ein indirektes Trauma kommt als wesentliche Bedingung einer Netzhautablösung nur in Ausnahmefällen in Betracht, wie etwa bei einer engen zeitlichen Verbindung der Netzhautablösung mit einem schweren Schädeltrauma.

81 Erkrankungen der Netz- und Gefäßhaut

81

(1) Die Entzündung der Gefäßhaut (Iritis, Iridozyklitis, Chorioiditis, Chorioretinitis) stellt meist eine entzündlich-allergische Reaktion dar. Sie kann Schädigungsfolge sein, wenn ein primärer Herd nachgewiesen werden kann, der als Schädigungsfolge anzusehen ist, oder wenn in enger zeitlicher Verbindung mit dem Auftreten der Entzündung dienstliche Belastungen vorgelegen haben, die zu einer erheblichen allgemeinen Resistenzminderung führen konnten.

Treten Rückfälle der Gefäßhautentzündung auf, muss die Zusammenhangsfrage erneut geprüft werden, da die Erkrankung durch neue Einflüsse bedingt sein kann.

(2) Bei der Periphlebitis retinae kommt eine Kannversorgung in Betracht.

(3) Erkrankungen der Netzhaut sind häufig Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung (z.B. Bluthochdruck, Arteriosklerose, Diabetes mellitus, Nierenleiden usw.). Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

(4) Die Pigmententartung der Netzhaut (Formenkreis der tapetoretinalen Degeneration) entwickelt sich auf genetischer Grundlage und verschlechtert sich laufend. Sie ist gelegentlich mit Innenohrschwerhörigkeit oder zerebrospinalen Störungen verbunden. Sie kommt als Schädigungsfolge nicht in Betracht. Die durch Infektionskrankheiten oder Vergiftungen erworbene Pigmententartung ist sehr selten. Zur Differentialdiagnose sind elektrophysiologische Untersuchungen notwendig.

82 Sehnervenerkrankungen

- (1) Sehnervenerkrankungen können traumatischer, toxischer (auch durch bestimmte Medikamente), entzündlicher oder degenerativer Art sein.
- (2) Die Sehnervenentzündungen (meist retrobulbär) können Begleiterscheinungen von anderen entzündlichen Erkrankungen im Körper oder Symptome einer Systemerkrankung des Zentralnervensystems sein; sie wurden auch bei der alimentären Dystrophie beobachtet. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.
- (3) Die primär degenerativen Sehnervenerkrankungen sind nicht Schädigungsfolge.

83 Störungen des Licht- und Farbensinns

Die Störungen des Lichtsinns (Nachtblindheit u.a.) und des Farbensinns sind im allgemeinen keine Schädigungsfolge. Erworbene Störungen können nach Traumen oder Erkrankungen und ihren Folgen vorkommen. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

HALS, NASE, OHREN

84 Schäden des äußeren Ohres

Erkrankungen des äußeren Ohres als Schädigungsfolgen sind selten. Häufiger findet man Folgen von Verletzungen, Erfrierungen oder Verbrennungen (Verlust, Gewebsdefekte, Verunstaltungen, Gehörgangsverengungen).

85 Mittelohrerkrankungen

- (1) Äußere Einflüsse, z.B. des Wehrdienstes oder der Gefangenschaft, können Ursache einer akuten Mittelohrentzündung sein.
- (2) Bei rezidivierenden oder chronischen Mittelohrentzündungen muss durch Beiziehung von Musterungsunterlagen, Krankenkassenauszügen und Krankengeschichten ermittelt werden, ob frühere Erkrankungen oder Defekte des Trommelfells (dem Betroffenen vielfach unbekannt) vorgelegen haben. Die Nachforschungen müssen auch auf die Zeit nach der in Betracht zu ziehenden Schädigung ausgedehnt werden, um Rückfälle und Neuerkrankungen richtig beurteilen zu können.

Pneumatisationshemmungen sind oft der Ausdruck einer konstitutionellen bzw. – insbesondere, wenn sie einseitig sind – im frühkindlichen Alter erworbenen Mittelohrschleimhautschwäche mit Neigung zu chronischen Mittelohrkrankheiten.

(3) Als Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung kommt die chronische Mittelohrentzündung in der Regel nur nach Traumen und bestimmten Infektionskrankheiten in Betracht; für Verschlimmerungen können auch banale Infekte von Bedeutung sein.

(4) Mittelohr-Cholesteatome sind nur in Ausnahmefällen als Schädigungsfolgen anzusehen (z.B. Gehörgangsfraktur mit sekundärem Cholesteatom).

(5) Die Otosklerose ist eine konstitutionsbedingte Knochenumbauerkran-
kung der Labyrinthkapsel mit nicht immer nachweisbarem Erbgang. Der
ursächliche Zusammenhang im Sinne der Entstehung ist unwahrscheinlich.
In einzelnen Fällen kann die Annahme einer Verschlimmerung der Hör-
störung durch äußere Einwirkungen (z.B. toxische Schädigungen) in Be-
tracht kommen.

(6) Der chronische Tuben-Mittelohrkatarrh und der Adhäsivprozeß sind
gewöhnlich Folge einer konstitutionellen Mittelohrschleimhautschwäche
und somit keine Schädigungsfolge.

86 Innenohrschäden

86

(1) Innenohrschäden können u.a. entstehen oder verschlimmert werden
durch

- a) Schalltraumen,
- b) Schädeltraumen,
- c) Barotraumen,
- d) Halswirbelsäulentraumen (z.B. Beschleunigungstrauma),
- e) Infektionskrankheiten,
- f) Behandlungsmaßnahmen (Medikamente) und bestimmte Gifte,
- g) alimentäre Dystrophie,
- h) entzündliche Erkrankungen des Mittel- und Innenohrs.

Eine enge zeitliche Verbindung mit dem schädigenden Ereignis ist die Regel.

(2) Als Schalltraumen kommen Knall- und Explosionstraumen sowie
Lärmeinwirkungen über einen längeren Zeitraum in Betracht. Die initiale
Vertäubung ist häufig reversibel.

Schon ein einzelnes Knalltrauma oder Explosionstrauma kann zu einem bleibenden Innenohrschaden führen. Beim Explosionstrauma ist auch das Mittelohr – manchmal allein – betroffen. Ein Fortschreiten des Innenohrschadens nach Knall- oder Explosionstrauma ist selten. Eine Progredienz nach Wegfall der Exposition kann nur dann als Schädigungsfolge angesehen werden, wenn auf eine erhebliche primäre Hörschädigung (wenigstens mehrere Stunden nach dem Trauma stark ausgeprägte Schwerhörigkeit) geschlossen werden kann und andere Noxen (z.B. Degeneration, Alterung) als wesentliche Bedingung der Progredienz nicht in Betracht kommen. Hierzu ist zu beachten, ob die Progredienz der Schwerhörigkeit unmittelbar nach dem Trauma oder nach einer Latenzzeit eingesetzt hat. Es können zwar Latenzzeiten von mehreren Jahren vorkommen; in solchen Fällen müssen aber besonders eingehende Untersuchungen zum Ausschluss schädigungsfremder Ursachen durchgeführt werden.

Lärmeinwirkungen (Beurteilungspegel ab 85 dB[A]) über einen längeren Zeitraum können Dauerschäden verursachen; sie sind in der Regel seitengleich, nehmen unter weiterer Exposition zu, führen aber nicht zur Taubheit. Ein schädigungsbedingtes Fortschreiten der Schwerhörigkeit nach Wegfall der Lärmeinwirkung ist nicht erwiesen.

(3) Die durch Schädeltraumen entstandenen Innenohrschäden verschlechtern sich in der Regel nicht. Eine Progredienz kann nur selten als Schädigungsfolge angesehen werden, wobei dann die gleichen Voraussetzungen wie bei einer progredienten Schwerhörigkeit nach Knall- oder Explosionstrauma erfüllt sein müssen (s. Absatz 2).

(4) Innenohrschädigungen können Störungen des Gleichgewichtsorgans zur Folge haben, wobei diese dann in enger zeitlicher Verbindung mit der schädigenden Einwirkung auftreten. Die Symptome, z.B. Schwindelerkrankungen, klingen in der Regel im Laufe von Monaten ab bzw. können durch zentrale Regulationsvorgänge kompensiert werden.

(5) Der Hörsturz ist eine plötzlich auftretende, meist einseitige Innenohrschwerhörigkeit bis -taubheit; die Ursache ist noch weitgehend ungeklärt. Ätiopathogenetisch werden akute lokale Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen sowie Virusinfektionen diskutiert. Eine Kannversorgung ist in Betracht zu ziehen.

(6) Auch bei der Menière-Krankheit ist die Ursache unzureichend geklärt, so dass auch hier eine Kannversorgung in Betracht kommt. Möglicherweise besteht ätiopathogenetisch eine enge Verwandtschaft mit dem Hörsturz.

87 Schäden der Nase und Nebenhöhlen

87

(1) Die Stinknase (Ozaena, Rhinitis atrophicans foetida) beruht auf konstitutionellen Eigentümlichkeiten. Häufig ist sie mit Nebenhöhlenveränderungen verbunden. Das gleiche klinische Bild kann als Trauma- oder Operationsfolge auftreten.

(2) Eine Behinderung der Nasenatmung ist meist durch Scheidewandverbiegung, Muschelschwellungen oder Geschwülste bedingt. Die Nasenscheidewandverbiegung ist als Schädigungsfolge anzusehen, wenn eine entsprechende Gewalteinwirkung stattgefunden hat. Gelegentlich finden sich dabei Verwachsungen im Naseninnern.

(3) Akute Nebenhöhlenentzündungen sind in der Regel Folgeerscheinungen von so genannten Erkältungskrankheiten. Sie heilen meist völlig aus, können aber unter gewissen konstitutionellen, anatomischen und pathophysiologischen Voraussetzungen in ein chronisches Stadium übergehen. Bei der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs sind die verschiedenen mitwirkenden Bedingungen (z.B. länger dauernde feuchte Kälteeinwirkung) abzugrenzen und zu werten. Wiederauftretende Nebenhöhlenentzündungen sind nicht notwendige Folge der Ersterkrankung.

(4) Störungen des Riechvermögens können z.B. durch traumatische Schädigung des zentralen oder peripheren Riechorgans, durch Entzündungszustände, Geschwülste oder Verlegung der Nasenatmung entstehen.

88 Tonsillitis

88

Die akute Tonsillitis kann durch äußere Einflüsse, z.B. des Wehrdienstes, verursacht sein. Beim erneuten Auftreten einer Tonsillitis ist der ursächliche Zusammenhang stets neu zu prüfen.

Für die häufig vorkommende chronische Tonsillitis lässt sich die Annahme einer Schädigungsfolge in der Regel nicht rechtfertigen.

89 Erkrankungen des Kehlkopfes

89

(1) Akute Kehlkopfkatarrhe heilen meist rasch ab. In Einzelfällen gehen sie unter gewissen Bedingungen (Konstitution, anatomisch-pathophysiologische Verhältnisse, länger dauernde feuchte Kälteeinwirkungen, zu trockene staubige und chemisch verunreinigte Atemluft u.a.), deren Abgrenzung bei der Zusammenhangsbeurteilung von wesentlicher Bedeutung ist, in ein chronisches Stadium über. In besonders ungünstigen Fällen können sich Stimmbandtumoren entwickeln.

(2) Nach traumatischen Kehlkopfschädigungen oder nach Infektionskrankheiten werden narbige Veränderungen am Kehlkopf beobachtet.

Ein- oder doppelseitige motorische Lähmungen des Kehlkopfes können u.a. durch Traumen, sekundäre Vernarbungen, operative Eingriffe in Kehlkopfnähe, Infektionskrankheiten oder auf rheumatischer Basis entstehen.

TIEFERE ATEMWEGE UND LUNGEN

90

90 Nichttuberkulöse Erkrankungen von Bronchien, Lungen und Rippenfell

(1) Akute entzündliche Erkrankungen der Bronchien und des Lungenparenchyms, seien sie selbständige Erkrankungen, Sekundärserscheinungen oder Folgen einer schweren Allgemeinerkrankung, heilen in den meisten Fällen aus.

(2) Die chronische Bronchitis hat eine vielschichtige Ätiologie. Konstitutionelle Momente und vor allem ein langjähriges inhalatives Rauchen spielen oft eine wesentliche Rolle. Auch andere atemwegsreizende oder -schädigende Substanzen, gehäufte langdauernde Infekte der Luftwege bei ungünstigen anhaltenden klimatischen Belastungen oder großen Strapazen (langdauernder Fronteinsatz, Kriegsgefangenschaft oder Haft unter extremen Lebensverhältnissen [siehe Nummer 139]) können für die Entwicklung eines chronischen Krankheitsbildes ursächlich bedeutsam sein. Banale Erkältungen oder gewöhnliche Witterungseinflüsse können nicht als wesentliche Bedingung einer chronischen Bronchitis angesehen werden.

Tritt eine chronische Bronchitis infolge anatomischer Veränderungen im Brustkorb auf (ausgedehnte Adhäsionen, Schrumpfung usw.), so richtet sich die Beurteilung nach dem Grundleiden.

(3) Wird eine Verschlechterung einer in ursächlichem Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen stehenden chronischen Bronchitis nach Wegfall der schädigenden Einwirkungen behauptet, so ist zu prüfen, ob und in welchem Ausmaße die Weiterentwicklung durch andere Umstände, z.B. durch Einwirkung von Noxen des Berufs und des täglichen Lebens, oder durch andere schädigungsfremde Veränderungen (Brustkorbstarre, Stauungslunge, Kyphose usw.) bedingt ist.

(4) Das anfallsartig auftretende Asthma bronchiale beruht entweder auf einer angeborenen oder auf einer erworbenen abnormen Reaktionsbereitschaft. Äußere Einflüsse können im Wege einer Umstimmung ursächlich wirksam werden. Es kommen hierfür in Betracht: Entzündliche Erkrankungen der Lungen und Atemwege, pflanzliche und tierische Allergene sowie bestimmte chemische Stoffe. Eine enge zeitliche Verbindung zwischen dem schädigenden Ereignis und der Manifestation des Leidens ist für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs zu fordern.

Eine chronisch-obstruktive Bronchitis (früher auch „spastische“ oder „asthmoide“ Bronchitis), die mit Anfällen einhergeht, ist vom Asthma bronchiale abzugrenzen und der chronischen Bronchitis entsprechend zu beurteilen.

(5) Beim Lungenemphysem ist zwischen dem primären Emphysem und den sekundären Emphysem-Formen zu unterscheiden.

Das klinisch wichtige sekundäre Lungenemphysem beruht auf einem Ursachenbündel, bei dem neben endogenen Faktoren Vorkrankheiten (chronische Bronchitis, Bronchialasthma, Bronchiektasen, Störungen der Thoraxstatik durch Verletzungen und Schwartenbildung) von Bedeutung sind. Bei dem Funktionsbild des sekundären Emphysems überwiegt die obstruktive Ventilationsstörung. Bei Veränderungen des Lungengerüsts oder der Thoraxstatik findet man auch Zeichen einer restriktiven Ventilationsstörung. Als Folge des sekundären Lungenemphysems kann sich ein chronisches Cor pulmonale entwickeln.

Das Altersemphysem ist vom sekundären Lungenemphysem abzugrenzen; es führt nicht zu wesentlichen Atembeschwerden; auch fehlen Zeichen einer obstruktiven Ventilationsstörung und einer Rechtsherzüberlastung.

(6) Zystische Veränderungen des Lungengewebes sind meist angeboren, entstehen aber auch auf dem Boden stenosierender oder einschmelzender Prozesse. Bronchiektasen können ebenfalls angeboren oder sekundär erworben sein. Die Beurteilung sekundärer Bronchiektasen richtet sich nach dem Grundleiden.

(7) Das Auftreten eines Spontanpneumothorax setzt das Vorhandensein entsprechender Gewebsveränderungen voraus. Nur bei traumatischer Einwirkung auf den Brustkorb und sehr enger zeitlicher Verbindung kann ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich sein.

(8) Unter Lungenfibrosen versteht man Lungenveränderungen, die mit einer Vermehrung oder Verfestigung des Lungengerüsts einhergehen und zu einer Lungenstarre und damit zu schwer wiegenden Funktionsstörungen der Lungen und des Kreislaufs führen können.

Von praktischer Bedeutung sind in erster Linie die Pneumokoniosen (vor allem Silikose – evtl. mit Tuberkulose –, Mischstaubsilikose, Asbestose, exogen-allergische Alveolitis), die durch besonderen Arbeitseinsatz z.B. bei Kriegsgefangenen und Internierten auftreten konnten.

(9) Brustfellentzündungen, Eiterungen und Blutungen im Brustfellraum können Schwarten, Funktionsstörungen der Lungen und des Zwerchfells durch Verwachsungen, Verlagerung des Mediastinums sowie Schrumpfung, Wirbelsäulenverbiegungen und Brustkorbverformungen zur Folge haben. In seltenen Fällen werden rezidivierende Empyeme und Bronchialfisteln beobachtet. Zum Cor pulmonale siehe Nummer 98. Die Zusammenhangsbeurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

KREISLAUFSYSTEM

91

91 Allgemeines

Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs stellen in der Gesamtbevölkerung die zahlenmäßig größte Gruppe unter den inneren Krankheiten dar. Beschwerden, die auf Herz oder Kreislauf bezogen werden, können sowohl organische als auch funktionelle Störungen zur Grundlage haben. Alterungsvorgänge spielen oft eine Rolle. Deshalb muss die Begutachtung besonders sorgfältig unter Nutzung der geeigneten technischen Möglichkeiten und Funktionsprüfungen vorgenommen werden. Nur die zusammenfassende Bewertung aller anamnestischen, klinischen und technischen Daten führt zur richtigen Diagnose. Vor einer Überschätzung und Fehldeutung technischer Einzelbefunde, insbesondere EKG, muss gewarnt werden. Behandlungsbedingte Befundänderungen (z.B. durch Digitalis) sind zu beachten.

92

92 Arteriosklerose

(1) Degenerative Gefäßwandveränderungen entwickeln sich physiologisch mit fortschreitendem Lebensalter. Ihre Variationsbreite hinsichtlich Beginn, Lokalisation und Schweregrad ist groß.

(2) Die arteriosklerotisch bedingten Organerkrankungen werden durch das Zusammentreffen mehrerer Faktoren geprägt, von denen Erbanlage, Hypertonie, Nikotin, Störungen des Kohlehydrat-, Fett- oder Purinstoffwechsels und entzündliche Gefäßwandreaktionen am bedeutsamsten sind. Überernährung ist häufig mit einigen der genannten Faktoren verknüpft. Lang

anhaltende extreme seelische Belastungen können in Einzelfällen Teilursache für akute kardiale oder zerebrale arteriosklerotische Komplikationen sein. Die genannten pathogenetischen Faktoren sind nicht immer von gleicher Bedeutung für die Entwicklung eines arteriosklerotischen Krankheitsbildes. Es steht vielmehr von Fall zu Fall der eine oder andere Faktor im Vordergrund. Eine wesentliche Begünstigung einer Gefäßsklerose durch chronische Entzündungsprozesse (z.B. Osteomyelitis) hat sich bisher nicht nachweisen lassen.

Es besteht keine durchgehende Beziehung zwischen den klinisch und röntgenologisch erkennbaren morphologischen Veränderungen und dem Grad der Funktionsstörung. Der Nachweis einer Arteriosklerose in einem Gefäßbezirk lässt im allgemeinen keinen Schluss zu über das Ausmaß der Sklerose in anderen Gefäßprovinzen.

(3) Ist einer der oben aufgeführten Umstände als Schädigungsfolge oder schädigender Vorgang die Ursache einer arteriosklerotisch bedingten Organerkrankung oder von Komplikationen, so sind auch sie als Schädigungsfolge anzusehen.

(4) Arteriosklerotische Gefäßkomplikationen, die während extremer Lebensverhältnisse oder im Anschluss daran in der Reparationsphase (bis zu zwei Jahren) auftreten, sind in der Regel Schädigungsfolge.

Darüber hinaus kommt eine Kannversorgung in Betracht, da die ursächliche Bedeutung extremer Lebensverhältnisse für Komplikationen, die sich in nicht so enger zeitlicher Verbindung und in relativ frühem Lebensalter eingestellt haben, wissenschaftlich umstritten ist.

Die Voraussetzungen für eine Kannversorgung liegen vor, wenn die arteriosklerotische Komplikation (z.B. Apoplexie, Herzinfarkt, periphere Durchblutungsstörungen infolge Gefäßeinengungen) bis zu 10 Jahren nach einer Gefangenschaft (auch Haft) unter extremen Lebensbedingungen von mindestens dreijähriger Dauer und in einem Lebensalter bis zu 50 Jahren aufgetreten ist, sofern die der Komplikation zugrunde liegende Arteriosklerose bis in die Zeit der extremen Lebensverhältnisse oder der Reparationsphase zurückzuverfolgen ist und sofern nicht in ihrer ursächlichen Bedeutung bekannte Faktoren als Ursache angesehen werden müssen.

93 Entzündliche Arterienerkrankungen

93

(1) Bei der Endangiitis obliterans (Winiwarter-Buerger-Krankheit) als generalisierter Gefäßkrankheit sind nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis eine angio-pathische Reaktionsbereitschaft und eine

allergische Reaktionslage ätiologisch und pathogenetisch bedeutsam. Die schädigende Wirkung von Tabaksubstanzen ist erwiesen. Es ist außerdem hinreichend gesichert, dass wehrdienstliche Einflüsse allgemeiner Art nicht Ursache für die Entwicklung der Endangiitis obliterans sind. Ebenso ist es unwahrscheinlich, dass ein lokales Trauma oder Infektionen für sich allein eine generalisierte Endangiitis obliterans hervorrufen.

Ungewissheit besteht über die ursächliche Bedeutung der Summation von lokalem Trauma als Lokalisatoreffekt am Ort oder in der Umgebung der Manifestation der Endangiitis und einer schweren Allgemeininfektion (vor allem gefäßaktive Infektionskrankheiten wie z.B. Typhus oder Fleckfieber), die die Eigenschaft der Sensibilisierung besitzt. Einer lokal begrenzten Eiterung (ohne nachgewiesene langdauernde Auswirkung auf den Gesamtorganismus) kann nicht die Eigenschaft eines sensibilisierenden Faktors zugesprochen werden.

Umstritten hinsichtlich ihrer ursächlichen Bedeutung sind außerdem extreme Lebensverhältnisse mit alimentärer Dystrophie.

Eine Kannversorgung kommt in Betracht wenn

- a) ein schweres lokales Trauma (auch Erfrierung, entweder durch Gewebdefekte oder durch mehrwöchige Lazarettbehandlung nachgewiesen) und eine gefäßaktive Infektionskrankheit zeitlich kombiniert als Schädigungstatbestände vorgelegen haben und die ersten Erscheinungen der Endangiitis obliterans innerhalb von drei Jahren danach in Erscheinung getreten sind oder
- b) sich eine Endangiitis obliterans unter extremen Lebensverhältnissen oder bis zu zwei Jahren danach in der Reparationsphase entwickelt hat.

(2) Die Panarteriitis nodosa und andere Immunangiopathien (Vaskulitiden) sind seltene Krankheiten, die in ihrer Ätiologie noch weitgehend unbekannt sind. Eine Kannversorgung kann in Erwägung gezogen werden.

(3) Von den fortschreitenden zur Generalisierung neigenden entzündlichen Gefäßprozessen sind die auf den Ort einer Erfrierung begrenzt bleibenden Gefäßveränderungen zu trennen.

(1) Nach Verletzungen oder Entzündungen der Gefäße oder ihrer unmittelbaren Umgebung können Aneurysmen auftreten, die oft klinisch stumm bleiben, wenn sie sich hämodynamisch nicht auf den großen Kreislauf oder das Herz auswirken. Als Komplikationen finden sich Thrombosierungen, Embolien und Rupturen. Kleinere Aneurysmen können spontan ausheilen.

Es ist umstritten, ob der Verlust einer unteren Extremität wesentliche Bedingung für die Entwicklung eines infrarenalen Bauchaortenaneurysmas ist. Eine Kannversorgung ist zu prüfen.

(2) Arteriovenöse Fisteln können – insbesondere wenn sie ausgedehnt sind – hämodynamische Rückwirkungen mit Änderung der Herzvolumenarbeit, des Blutdruckes und der Herzgröße sowie Zirkulationsstörungen distal von der Fistel bedingen. Das Ausmaß dieser Rückwirkungen geht der Shuntgröße parallel.

(3) Differentialdiagnostisch sind angeborene arteriovenöse Kurzschlüsse sowie sklerotische, entzündliche und angeborene Aneurysmen zu berücksichtigen.

95 Sonstige Gefäßsyndrome

95

Zu diesen Gefäßsyndromen gehören das Raynaud-Syndrom, die Akrozyanose, die Erythromelalgie u.a.. Es handelt sich vorwiegend um konstitutionelle Anomalien. Insbesondere beim Raynaud-Syndrom können Vibrations-traumen und Kälteeinflüsse eine ursächliche Bedeutung erlangen. Sonst werden diese Syndrome nur im Zusammenhang mit anderen Schädigungsfolgen, deren Erscheinungsbild sie überlagern können, gutachtlich bedeutsam.

96 Venenerkrankungen

96

(1) Das Auftreten von Krampfadern beruht in der Regel auf konstitutionellen Faktoren und wird durch bestimmte hormonelle Konstellationen (z.B. Schwangerschaft) begünstigt.

Sekundär können sich Krampfadern durch Abflussbehinderung, z.B. infolge tiefer Thrombosen und auch distal von ausgedehnten und tief greifenden Narben, entwickeln.

(2) Nach entzündlichen und traumatischen Schädigungen der Venen und ihrer unmittelbaren Nachbarschaft sowie bei schweren Infektionskrankheiten (z.B. Typhus, Fleckfieber) kann sich über eine tiefe Beinvenenthrombose (Phlebothrombose), auch nach längerem zeitlichen Intervall, ein postthrombotisches Syndrom ausbilden, welches u.a. mit sekundären Krampfadern einhergeht. Dieses Syndrom wird auch nach Thrombose infolge Ruhigstellung oder schwerer Allgemeinerkrankung beobachtet.

(3) Als Folge der genannten Venenerkrankungen kann sich ein Unterschenkelgeschwür entwickeln. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden. In seltenen Fällen können Traumen oder trophoneurotische Störungen, z.B. bei schweren Schädigungen des N. ischiadicus, seine Entstehung mitbedingen.

97

97 Störungen des Blutdrucks (Hypertonie, Hypotonie)

(1) Der arterielle Blutdruck steigt mit dem Alter nur unwesentlich an. Eine Bluthochdruckkrankheit kann angenommen werden, wenn sich systolische Werte von mindestens 140 oder diastolische Werte von mindestens 90 bei mehrfacher Messung unter Ruhebedingungen konstant nachweisen lassen.

Es ist zu unterscheiden zwischen primärer (essentieller) Hypertonie und den sekundären (symptomatischen) Bluthochdruckformen.

(2) Die primäre Hypertonie ist die häufigste Bluthochdruckkrankheit; für ihr Zustandekommen sind exogene Faktoren nicht von wesentlicher Bedeutung.

(3) Sekundäre Bluthochdruckformen sind

- a) der Bluthochdruck bei Nierenkrankheiten,
- b) der endokrine Bluthochdruck,
- c) der neurogene Bluthochdruck – im allgemeinen vorübergehend – (z.B. postenzephalitisch oder toxisch, wie etwa bei schwerer Kohlenmonoxidvergiftung),
- d) der Bluthochdruck durch Veränderungen der Kreislaufdynamik (Aortenisthmusstenose, Schlagvolumenhochdruck bei Aorteninsuffizienz, arteriovenösen Fisteln, extremer Bradykardie u.a.).

Die Zusammenhangsbeurteilung richtet sich bei diesen Hypertonieformen nach dem Grundleiden.

(4) Das Blutdruckniveau kann durch äußere Einwirkungen (z.B. psychische Belastungen, Ernährungs- und Klimafaktoren einer langjährigen Gefangenschaft) angehoben werden. Diese Blutdruckerhöhung ist meist vorübergehender Natur; bleibt sie bestehen, ist zu prüfen, ob andere Ursachen erkennbar sind.

Komplikationen (z.B. Apoplexie, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz), die aufgrund derartiger Blutdruckstörungen auftreten, sind gleichartig zu beurteilen.

Es ist nicht erwiesen, dass ein Gliedmaßenverlust wesentliche Bedingung für die Entwicklung eines Bluthochdrucks ist.

(5) Blutdruckerniedrigungen sind im Zusammenhang mit anderen gleichsinnigen Regulationsstörungen nur dann als Schädigungsfolge anzusehen, wenn sie nach schweren schädigungsbedingten Erkrankungen und Verletzungen entsprechender Hirnzentren auftreten.

98 Chronisches Cor pulmonale

98

(1) Das chronische Cor pulmonale entsteht durch langdauernde Drucküberlastung des rechten Herzens infolge obstruktiver und/oder restriktiver Ventilationsstörungen oder Erkrankungen des arteriellen Lungenkreislaufs. Ätiologisch sind vor allem das sekundäre Lungenemphysem, ausgedehnte schrumpfende Prozesse oder Verschwartungen (insbesondere als Tuberkulose- oder Verletzungsfolge, Lungenfibrosen), und multiple Lungenembolien von Bedeutung.

(2) Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden.

99 Herzklappenfehler

99

(1) Erworbene Herzklappenfehler können Folge einer Herzinnenhautentzündung, einer Klappensklerose oder angeborener Fehlbildungen sein. Eine rheumatische Herzinnenhautentzündung kann auch ohne gleichzeitige oder vorangehende Gelenkentzündungen und in nahezu einem Drittel der Fälle so uncharakteristisch und leicht verlaufen, dass es bei Entdeckung des Herzklappenfehlers nicht mehr gelingt, die ursächliche Herzinnenhautentzündung zu ermitteln. Die Eigentümlichkeiten des Kriegsdienstes und der Gefangenschaft konnten Streptokokken-Infektionen begünstigen. Ein ursächlicher Zusammenhang kann als wahrscheinlich angesehen werden, wenn der Betroffene im bevorzugten Alter derartigen Schädigungen nachweislich ausgesetzt war und auf Grund der bekannten Entwicklungsverläufe der erworbenen Klappenfehler eine Herzinnenhautentzündung in diesem Zeitraum angenommen werden kann.

Manche der erworbenen Klappenfehler verlaufen über viele Jahre ohne nennenswerte Beschwerden und ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

(2) Die bakteriellen Endokarditiden in ihren verschiedenen Formen setzen häufig einen vorgeschädigten Klappenapparat voraus (z.B. rheumatische Vorschädigung, angeborene Veränderungen, Herzklappenprothesen), der meist als gleichwertige Bedingung gegenüber der Bakteriämie anzusehen ist.

(3) Bei angeborenen oder vor einer Schädigung erworbenen Vitien ist zu prüfen, ob die Schädigungseinflüsse geeignet waren, eine Verschlimmerung herbeizuführen; diese Vitien führen auch ohne besondere Belastungen – zum Teil erst im höheren Lebensalter – zu den ersten klinischen Erscheinungen.

100 100 Kardiomyopathien

Man unterscheidet primäre (dilatative, hypertrophische, restriktive) und sekundäre Kardiomyopathien. Die Ursachen der primären Kardiomyopathien sind weitgehend unbekannt. Eine Kannversorgung kommt nur bei der primären dilatativen Kardiomyopathie, bei der eine entzündliche Genese diskutiert wird, in Betracht. Die sekundären Kardiomyopathien können Folge von Infektionskrankheiten durch Bakterien oder Viren, rheumatischen Krankheiten, endokrinen Störungen, Stoffwechselanomalien, toxischen Einwirkungen (z. B. Alkohol, Medikamente), Vitamin-B1-Mangel, in seltenen Fällen auch von Traumen sein. Bei ihnen richtet sich die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs nach dem Grundleiden bzw. der relevanten Noxe. Überanstrengungen führen ohne Vorschädigung nicht zu einem Herzschaden.

101 101 Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt

(1) Die koronare Herzkrankheit ist durch arteriosklerotische Veränderungen an den Herzkranzgefäßen bedingt. Die wichtigste und häufigste Komplikation der koronaren Herzkrankheit ist der Herzinfarkt. Die Beurteilung richtet sich nach Nummer 92 Absätze 2 bis 4.

(2) Wesentliche mitwirkende Faktoren für einen Herzinfarkt können Belastungen des linken Herzens (z.B. Hochdruck, extreme Tachykardien oder Bradykardien, Aortenklappenfehler) oder eine erhebliche Verminderung des Sauerstoffgehaltes des Blutes (z. B. nach akutem Blutverlust, Hypoxie) sein.

(3) Auch eine außergewöhnliche seelische Belastung oder eine außergewöhnliche körperliche Belastung bei ungenügendem Trainingszustand können Mitursache eines Herzinfarktes sein. Der Wehrdienst im Frieden bringt im allgemeinen keine körperlichen und psychischen Belastungen mit sich, die als wesentliche Bedingung eines Herzinfarktes in Frage kommen.

(4) Wenn erneut ein Herzinfarkt auftritt, so ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dieser Krankheitsverlauf von den Folgen des früheren Herzinfarktes beeinflusst wird.

102 Herzbeutelkrankungen

102

Die wichtigsten Ursachen von Herzbeutelkrankungen sind Virusinfektionen, Tuberkulose, Urämie, rheumatisches Fieber, Traumen, operative Eingriffe am Herzen, entzündliche und tumoröse Prozesse in der Nachbarschaft sowie Strahlenbehandlung. Als seltene Komplikation bildet sich ein Panzerherz aus – meist erst Jahre nach der initialen Herzbeutelentzündung.

Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden.

VERDAUUNGSORGANE

103 Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates

103

(1) Die häufigsten Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates sind die Karies und die Parodontopathie. Für die Entstehung dieser Krankheiten können neben endogenen Faktoren auch äußere Einflüsse, wie mangelnde Zahnpflege, falsche Ernährung sowie Fehlstellungen und Fehlbelastungen von Zähnen, Bedeutung erlangen. Die Parodontopathie kann auch durch endokrine Störungen (z.B. Diabetes mellitus) begünstigt werden.

(2) Nur selten können diese Erkrankungen Schädigungsfolge sein. Bei der Bundeswehr entspricht die Verpflegung den ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen; Schädigungen durch Truppenkost sind deshalb nicht zu erwarten; zahnärztliche Behandlung ist gewährleistet. Auch bei der Wehrmacht war die Ernährung ordnungsgemäß, und es war im allgemeinen auch in gewissen Zeitabständen geeignete Behandlung sichergestellt. In der Gefangenschaft traf dies jedoch in vielen Fällen nicht zu; die mangelnde Zahnpflegemöglichkeit und auch eine alimentäre Dystrophie können in solchen Fällen eine Karies oder eine Parodontopathie mitverursacht haben, wobei eine enge zeitliche Verbindung gegeben sein muss. Sonst kommen diese Krankheiten als Schädigungsfolge nur in Betracht, wenn Fehlbelastungen (z.B. durch schlecht verheilten Kieferbruch) oder schwere endokrine Störungen (z.B. schwer einstellbarer Diabetes mellitus) als Schädigungsfolge vorliegen.

104 104 Verlust oder Schädigung von Zähnen durch Gewalteinwirkung

Als Schädigungsfolge muss angesehen werden

- a) der sofortige Verlust von Zähnen oder Zahnteilen durch geeignete Gewalteinwirkung,
- b) der spätere Verlust von durch Gewalteinwirkung beschädigten Zähnen,
- c) der Verlust von Zähnen, die durch längeres Schienentragen geschädigt sind, wenn dies als Heilmaßnahme einer Schädigungsfolge notwendig war.

Bei weiterem Zahnverlust ist zu prüfen, ob Ersatzstücke, Verschlussplatten oder Kieferfunktionsstörungen hierfür eine wesentliche Bedingung sind.

105 105 Erkrankungen der Speiseröhre

Von den Erkrankungen der Speiseröhre, die nicht wie Ösophagusvarizen Symptome anderer Erkrankungen sind, werden als Schädigungsfolge z.B. die narbigen Verengungen und die durch Zug entstandenen Ausstülpungen (Traktionsdivertikel) Berücksichtigung finden müssen, wenn sie durch Umstände hervorgerufen sind, die Folgen einer Schädigung darstellen.

106 106 Erkrankungen des Magens und des Zwölffingerdarms

(1) Bei der Gastritis gibt es eine akute und eine chronische Form. Die Diagnose kann nur durch histologische Untersuchung von Magenschleimhaut sowie ergänzende mikrobiologische (z.B. Atemtest) und serologische Untersuchungen – nicht aber durch eine Röntgenuntersuchung – gestellt werden.

(2) Die akute Gastritis wird meist durch exogene Faktoren, wie Infektionen mit *Helicobacter pylori*, Intoxikationen, bestimmte Medikamente, Genussmittel (insbesondere Alkohol), Therapie mit ionisierenden Strahlen, hervorgerufen. Sie heilt bei geeigneter Behandlung folgenlos aus.

(3) Die chronische Gastritis kann unter ätiopathogenetischen Gesichtspunkten in eine Autoimmungastritis (Typ A), eine bakteriell durch *Helicobacter pylori* hervorgerufene Gastritis (Typ B) und eine chemisch-toxische Gastritis (Typ C) unterteilt werden.

Die Autoimmungastritis (Typ A) kann isoliert oder zusammen mit Autoimmunkrankheiten auftreten; eine Kannversorgung ist in Betracht zu ziehen.

Die Typ B-Gastritis ist die häufigste Form der chronischen Gastritis. *Helicobacter pylori* tritt nur beim Menschen auf und wird in der Regel von Mensch zu Mensch übertragen; diskutiert wird auch eine Schmierinfektion. Sie ist Schädigungsfolge, wenn der Betroffene einer *Helicobacter pylori*-Infektion in besonderem Maße ausgesetzt war (z.B. bei Gastroskopien, Altenpflege, Aufenthalt in Gebieten mit hoher Durchseuchung und ungünstigen hygienischen Verhältnissen) und keine Hinweise darauf bestehen, dass schon vorher eine Gastritis vorgelegen hat. Bei geeigneter Behandlung heilt die chronische Typ B-Gastritis in der Regel folgenlos aus. Unbehandelt kann sich – meist nach einer Latenzzeit von zwei bis drei Jahrzehnten – ein Magenkarzinom entwickeln. Die Entwicklung eines MALT-Lymphoms des Magens infolge chronischer Typ B-Gastritis ist umstritten; eine Kannversorgung ist zu prüfen, wenn die chronische Gastritis als Schädigungsfolge zu beurteilen ist.

Eine Typ C-Gastritis kann Schädigungsfolge sein, wenn die chemisch-toxischen Substanzen (z.B. Langzeittherapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika) schädigungsbedingt eingewirkt haben.

(4) Ähnliche Beschwerden, wie sie bei der chronischen Gastritis bestehen können, gibt es auch bei normaler Magenschleimhaut. Diese oft auch als Reizmagen bezeichneten Beschwerden sind häufig psychosomatischer Natur. Die gewöhnlich geltend gemachten Umstände, wie unregelmäßige Mahlzeiten, kalt gewordenes Essen, gefrorenes Brot, verminderte Kaufunktion, Erkältungen usw. sind keine wesentliche Bedingung. Der Einfluss der Genussgifte ist umstritten.

(5) Sowohl einzelne Geschwüre des Magens und des Zwölffingerdarms als auch das Geschwürsleiden des Magens und Zwölffingerdarms sind in der Regel Folgen einer chronischen Gastritis, meist einer durch *Helicobacter pylori* hervorgerufenen Typ B-Gastritis. Ist Letztgenannte Schädigungsfolge, sind die Geschwüre in jedem Fall entsprechend zu beurteilen.

Im übrigen können besondere exogene Faktoren ebenso wie für das Auftreten eines einzelnen Geschwürs auch für ein Geschwür im Ablauf eines Geschwürsleidens wesentliche Bedeutung erlangen. Zwar nicht die gewöhnlichen Umstände des Dienstes im Frieden, aber z.B. ungewöhnlich schwere langdauernde seelische, ggf. auch körperliche Belastungen, vor allem im Kriegseinsatz oder in der Gefangenschaft, auch entsprechend schwere Verwundungen und Infektionskrankheiten, können ein damit in enger zeitlicher Verbindung auftretendes Geschwür – nicht aber das gesamte Geschwürsleiden – mitverursachen. Die Auswirkung solcher Faktoren ist als beendet anzusehen, wenn das Geschwür ohne Funktionsstörung geheilt ist. Spätere Geschwüre können mit den vergangenen Lebensumständen

oder dem abgeheilten Geschwür nicht mehr in Zusammenhang gebracht werden. Sind nach einem als Schädigungsfolge anzusehenden Geschwür wesentliche Funktionsstörungen infolge narbiger Veränderungen (z.B. narbige Pylorusveränderungen, narbige Bulbusdeformierungen und Folgen einer Operation, besonders mit unzulänglichem funktionellen Ergebnis) zurückgeblieben oder liegen schwere Darmveränderungen nach Oberbauchverletzungen mit deutlicher Funktionsstörung des Magens und des Zwölffingerdarms vor, die selbst Schädigungsfolgen sind, so ist bei später auftretenden Geschwüren die Zusammenhangesfrage erneut zu prüfen.

(6) Nach schweren Verletzungen oder Verbrennungen, nach eingreifenden Operationen, bei schwersten akuten Belastungen, komatösen Zuständen, bestimmten exogenen und endogenen Intoxikationen, Behandlung mit bestimmten Medikamenten, treten gelegentlich einzelne oder mehrere akute Geschwüre (Streßulkus) oder Erosionen im Magen oder Zwölffingerdarm auf. Nur selten bleiben Dauerfolgen zurück.

107 107 Erkrankungen des Dün- und Dickdarms

(1) Alle Veränderungen der Form und Funktion des Darmkanals, wie Verwachsungen, Verlagerungen, Resektion von Abschnitten, Passagestörungen, sind Schädigungsfolge, wenn sie Auswirkungen von Verletzungen und Erkrankungen sind, die mit schädigenden Einflüssen in ursächlichem Zusammenhang stehen.

(2) Die akuten Durchfallerkrankungen heilen im allgemeinen rasch und folgenlos aus.

(3) Die chronischen Durchfallerkrankungen beruhen auf Bedingungen verschiedener Art. In Betracht kommen entzündliche Erkrankungen, Intoxikationen, allergische Störungen, endokrine Erkrankungen, Fermentstörungen, Störungen des Vitaminhaushalts und Schädigungen durch ionisierende Strahlen. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach der zugrunde liegenden Störung.

(4) Die Ätiologie und Pathogenese der Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis) und der Colitis ulcerosa sind in der Wissenschaft noch weitgehend ungeklärt; bei beiden Krankheiten werden genetische Faktoren, virale und bakterielle Infektionen, Autoimmunvorgänge und auch psychosomatische Mechanismen diskutiert. Unter diesen Umständen ist auch ungewiss, ob und inwieweit

a) körperliche Belastungen oder Witterungseinflüsse, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz herabzusetzen,

- b) Krankheiten, bei denen eine erhebliche Herabsetzung der Resistenz in Frage kommt,
- c) langdauernde, schwere, tief in das Persönlichkeitsgefüge eingreifende psychische Belastungen

von ursächlicher Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf dieser Darmkrankheiten sind.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn die ersten Symptome der Darmkrankheit während der Einwirkung der genannten Faktoren oder längstens 6 Monate danach aufgetreten sind.

(5) Die Divertikulose ist nicht Schädigungsfolge.

(6) Die Wurmfortsatzentzündung (Appendizitis) entwickelt sich unabhängig von äußeren Einflüssen.

(7) Vorfälle der Mastdarmschleimhaut und des Mastdarms sowie Hämorrhoiden beruhen auf einer Gewebsschwäche. Länger dauernde, erhebliche Reizzustände im untersten Darmabschnitt können in einzelnen Fällen bedeutsam sein.

(8) Mastdarmfisteln entstehen nach entzündlichen Vorgängen im Bereich des den Enddarm umgebenden Bindegewebes.

108 Erkrankungen der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse

108

(1) Schäden der Leber können sehr verschiedene Ursachen haben. Besonders zu nennen sind: Chronischer Alkoholkonsum, Leberentzündungen, langdauernde Störungen in den Gallenwegen, Stoffwechselstörungen, bestimmte Arzneimittel sowie Intoxikationen. Schäden der Leber können außerdem als Begleiterscheinungen verschiedener akuter und chronischer Erkrankungen und infolge der Summation von schädigenden Einwirkungen unter extremen Lebensverhältnissen (siehe Nummer 139) auftreten.

(2) Die akute Hepatitis kommt als eigenständige Virushepatitis und als Begleiterscheinung von vielen Infektionskrankheiten, aber auch aufgrund bestimmter Medikamente vor. Zu den verschiedenen Formen der Virushepatitis und zu ihrer Differenzierung wird auf die Nummer 54 verwiesen.

Die akute Hepatitis kann anikterisch verlaufen.

Während die Hepatitis A und E nicht chronisch verlaufen, muss bei der Hepatitis B und insbesondere bei der Hepatitis C und D mit Komplikationen und Folgezuständen gerechnet werden: fulminante Hepatitis (akutes Leberversagen), chronische Hepatitis, Leberzirrhose, primäres Leberzellkarzinom, selten auch aplastische oder hämolytische Anämien, Splenomegalie.

Chronische Verläufe nach Infektion mit Hepatitis-C-Virus sind nach Verabreichung von kontaminierten Blutprodukten, z.B. im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe, beobachtet worden.

(3) Bei der chronischen Hepatitis werden je nach Ätiologie, Morphologie, Verlauf und klinischem Befund vor allem Virus-Hepatitis, Autoimmunhepatitis, Arzneimittelhepatitis und kryptogene Hepatitis unterschieden.

Voraussetzung für eine sachgerechte Beurteilung ist die Klärung der Ursache. Dies erfordert neben klinischen und laborchemischen Parametern - auch im Hinblick auf Diagnose und Differentialdiagnose - einen histopathologischen Befund der Leber.

Die chronische Virushepatitis wird auch „replizierende chronische Hepatitis“ genannt; die früheren Bezeichnungen „ohne/mit Progression“ werden nicht mehr verwandt.

Der Verlauf wird von der klinisch-entzündlichen Aktivität, dem histologischen Grad der nekro-inflammatorischen Aktivität (Grading) und dem Stadium der Fibrose (Staging) bestimmt. Er kann über viele Jahre gleich bleibend sein, aber auch spontan ohne oder mit „Restfibrose“ ausheilen oder aber auch mit einer zunehmenden Fibrose in eine Leberzirrhose übergehen. Noch nach Jahrzehnten kann sich ein Leberzellkarzinom entwickeln.

Als extrahepatische Manifestationen kommen vor allem Kryoglobulinämie, Glomerulonephritis, Arthritis und Vaskulitis in Betracht.

Wenn bei einer chronischen Virushepatitis der Zusammenhang mit einer früher durchgemachten akuten Hepatitis zu beurteilen ist, muss berücksichtigt werden, dass chronische Hepatitiden in der Regel nicht über viele Jahre ganz symptomlos verlaufen. Die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs einer chronischen Hepatitis mit einer vor Jahren durchgemachten akuten Hepatitis ist wahrscheinlich, wenn

- a) serologisch eine Infektion mit Hepatitis-B- oder -C-Viren nachgewiesen ist,
- b) weder aus dem immunologischen Bild noch aus anderen Umständen begründet auf eine schädigungsunabhängige Entwicklung geschlossen werden kann und

- c) in den Jahren nach Einwirkung des schädigenden Ereignisses für eine chronische Hepatitis sprechende Brückensymptome nachgewiesen sind.

Je größer der zeitliche Abstand zwischen der akuten Hepatitis und der klinischen Manifestation der chronischen Hepatitis ist, um so eher muss damit gerechnet werden, dass schädigungsunabhängige Noxen (z.B. Übergewicht, Alkohol) eine ursächliche Bedeutung erlangt haben. Es ist zu beachten, dass Verläufe einer chronischen Hepatitis von zwei Jahrzehnten und mehr vorkommen.

Die Autoimmunhepatitis wird durch den Nachweis bestimmter Autoantikörper bei Fehlen der Virusmarker diagnostiziert. Ihre Ursache ist ungeklärt, eine Kannversorgung kommt in Betracht. Die Autoimmunhepatitis ist von der klinisch-morphologisch ähnlichen Arzneimittelhepatitis (z.B. durch Methyldopa, Nitrofurantoin, Minocyclin, Isoniazid, Sulfonamide, Halothan) abzugrenzen.

(4) Die Leberzirrhose ist das Spätstadium chronisch-entzündlicher Vorgänge in der Leber, das sich aufgrund fast aller in Absatz 1 genannten Noxen über verschiedene morphologische Bilder entwickeln kann. Bei der fortgeschrittenen Leberzirrhose ist die primäre Schädigung aus dem morphologischen Befund oft nicht mehr erkennbar. Klinisch kann die Aktivität der Zirrhose unterschiedlich sein.

Wenn sich die Entwicklung der Leberzirrhose lückenlos bis zur primären Schädigung zurückverfolgen lässt, bereitet die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs keine Schwierigkeiten. Wird dagegen eine Leberzirrhose erst in einem Spätstadium entdeckt, so muss sehr sorgfältig geprüft werden, welche Noxen in Betracht kommen. Die Leberzirrhose kann dann aber auch noch ohne Nachweis von Brückensymptomen als Schädigungsfolge angesehen werden, wenn

- a) eine relevante Hepatitis oder extreme Lebensverhältnisse mit einer Schädigung der Leber durch eine Infektionskrankheit vorgelegen haben und
- b) weder aus dem morphologischen und immunologischen Bild noch aus anderen Umständen begründet auf eine schädigungsunabhängige Entwicklung geschlossen werden kann.

(5) Die Fettleber kommt vor allem bei chronischem Alkoholkonsum, Überernährung, Diabetes mellitus, Hyperlipidämien vor. Sie ist nicht die Folge einer Hepatitis oder von Jahre zurückliegenden Gefangenschaftseinflüssen. Die Fettleber in unkomplizierter Form bildet sich nach Wegfall der Noxe immer zurück.

(6) Voraussetzung für eine zutreffende Beurteilung ist eine klare Diagnose. Angaben über Erkrankungen, die zu Leberschäden führen können, sollten den Gutachter stets veranlassen, gezielte Untersuchungen vorzunehmen, da Leberschäden sich über längere Zeit unbemerkt oder uncharakteristisch entwickeln können.

(7) Entzündungen der Gallenwege entstehen bei Abflussstörungen in den Gallengängen. Die daraus hervorgehenden Krankheitsbilder, die sich mit immer wieder auftretenden Rezidiven über viele Jahre hinziehen können, sind entsprechend dem Grundleiden ggf. als Schädigungsfolge anzusehen. Sekundär kann es bei Erkrankungen der Gallenwege zu Leberschädigungen kommen.

Die primäre biliäre Zirrhose und die primär sklerosierende Cholangitis sind Erkrankungen der Gallenwege unbekannter Ursache; Autoimmunprozesse werden diskutiert. Eine Kannversorgung ist in Betracht zu ziehen.

(8) Die Steinbildung in den Gallenwegen beruht in der Regel auf endogenen Faktoren, die für die Zusammensetzung der Gallenflüssigkeit und damit für die Ausfällung von Konkrementen von Bedeutung sind. Es können aber auch hämolytische Anämien sowie Abflussstörungen der Gallenwege (Cholestase) eine Rolle spielen. Eine Steinbildung, die sich nachweisbar an eine derartige schädigungsbedingte Leber- oder Gallenwegserkrankung anschließt, ist als Schädigungsfolge anzusehen.

(9) Steckschüsse innerhalb des Lebergewebes oder Durchschüsse durch die Leber heilen meistens ohne wesentliche Funktionsstörungen aus. Wenn größere Gefäße oder größere Gallengänge betroffen sind, können sich Funktionsstörungen einstellen.

(10) Die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse können als Folge von Erkrankungen im Oberbauch (z.B. Verlegung der Gallengangsmündung), durch Alkoholkonsum oder auch als Folge von Infektionskrankheiten auftreten. Gewalteinwirkungen auf den Oberbauch führen nur in seltenen Fällen zu anhaltenden Schäden der Bauchspeicheldrüse.

Über die Zuckerkrankheit siehe Nummer 120.

109 109 Eingeweidebrüche

(1) Eingeweidebrüche treten gewöhnlich an physiologisch schwachen Stellen der Bauchwand auf, und zwar an ihren natürlichen Pforten (Leistenkanal, Schenkelkanal, Nabel, Zwerchfelldurchtritt der Speiseröhre u.a.), an bindegewebigen Brücken zwischen Muskeln der Bauchwand (Mittellinie, Beckenboden, Zwerchfell) sowie an vorgebildeten Taschen innerhalb der

Bauchhöhle. Sie beruhen auf Bildungsfehlern, auch dann, wenn sie erst im Laufe des Lebens offenbar werden (zu weit angelegte Pforten und Taschen, zu schwache Muskulatur, zu wenig straffes Bindegewebe, meist in Verbindung mit auch sonst nachweisbarer Gewebsschwäche). Sie können nur in Ausnahmefällen Schädigungsfolge sein. Hochgradige Abmagerung kann das Auftreten von Brüchen der vorderen Bauchwand vorübergehend begünstigen, wenn geeignete Bildungsfehler vorhanden sind. Durch Verlust des Fettes, Lockerung des Gefüges und Schwund von Strukturen des Stütz- und Füllgewebes in der Umgebung von vorgebildeten Bruchpforten und -kanälen kann ein Bruch erkennbar werden. Dadurch allein lässt sich jedoch kein ursächlicher Zusammenhang begründen, es sei denn, es kommt unter der genannten Voraussetzung bei gleichzeitiger schwerer körperlicher Belastung (schwere Arbeit im Zustand der alimentären Dystrophie) zur klinischen Manifestation eines Bruches. Die Brucheinklemmung wird man dagegen als Schädigungsfolge auffassen können, wenn sie bei besonderer Belastung eingetreten ist. Sie ist mit gelungener Reposition oder Operation beseitigt, falls sich keine weiteren Folgen zeigen. Der Bruchrückfall nach gelungener Operation ist keine Schädigungsfolge mehr.

(2) Schädigungsfolge sind dagegen Brüche in Narben oder Lücken, die selbst eine Schädigungsfolge darstellen, und Gewaltbrüche, die auf schädigende Vorgänge zurückzuführen sind. Der Gewaltbruch als Folge von Zerreißung der Bauchwand und des Bauchfells ist selten. Er setzt eine schwere Gewalteinwirkung voraus, die meist auch andere Verletzungen verursacht, und macht wegen des akuten bedrohlichen Zustandsbildes bei Bauchfellzerreißung meist sofortige stationäre Behandlung nötig. Brüche, die während oder nach plötzlicher Körperanstrengung (Bauchpresse) aufgetreten sein sollen, ohne dass peritoneale Erscheinungen bestanden, sind keine Gewaltbrüche.

NIEREN UND HARNWEGE

110 Funktionelle Störungen und anatomische Anomalien der Nieren

110

(1) Zu den funktionellen Störungen zählen die orthostatische (lordotische) Proteinurie und bei stärkeren körperlichen Belastungen und Kälteeinwirkungen auftretende pathologische Harnbefunde wie Proteinurie, Hämaturie und Hämoglobinurie. Diese Abweichungen sind vorübergehende Störungen und kommen als Schädigungsfolge nicht in Betracht.

(2) Die angeborenen anatomischen Anomalien der Nieren und Harnwege sind dem Betroffenen in den meisten Fällen unbekannt. Sie sind nicht Schädigungsfolge. Es muss aber berücksichtigt werden, dass unter Umständen ein schädigender Vorgang ein derartiges Harnwegssystem schwerer treffen kann als ein gesundes.

111

111 Nierenerkrankungen

(1) Es empfiehlt sich folgende Einteilung:

1. vorwiegend glomeruläre,
2. vorwiegend tubulo-interstitielle,
3. vorwiegend vaskuläre Nierenerkrankungen.

Bei dieser im wesentlichen auf morphologischen Gesichtspunkten beruhenden Einteilung kommen häufig Übergangsformen vor, welche die diagnostische Zuordnung erschweren.

(2) Die akute Glomerulonephritis tritt vor allem postinfektiös diffus (z.B. nach Angina, Scharlach, Grippe) oder parainfektiös herdförmig bzw. diffus (z.B. im Verlauf eitriger Erkrankungen) auf. Schwere körperliche Belastungen – u.U. in Verbindung mit Kälte- und Nässeinflüssen –, die nach Art und Dauer die Resistenz gegenüber Infekten erheblich herabzusetzen vermögen, können bei der Krankheitsmanifestation eine mitursächliche Bedeutung haben. Eine Sonderform in Kriegszeiten war die Feldnephritis. Die unter Felddienstverhältnissen, in Gefangenschaft und Internierung aufgetretene akute Nierenentzündung ist praktisch immer Schädigungsfolge.

(3) Die chronische Glomerulonephritis kann sich an eine akute Glomerulonephritis anschließen; die Kausalitätsbeurteilung richtet sich dann nach derjenigen des akuten Stadiums.

Bei der Mehrzahl der chronischen Glomerulonephritiden kann jedoch weder auf ein akutes Vorstadium noch auf eine vorangegangene Infektion geschlossen werden. Die Ätiologie dieser chronischen Glomerulonephritiden ist in der medizinischen Wissenschaft noch nicht ausreichend geklärt; Autoimmunvorgänge spielen eine Rolle. Dementsprechend ist eine Kausalversorgung in Betracht zu ziehen, wenn ein Krankheitsbeginn in enger zeitlicher Verbindung mit körperlichen Belastungen und Witterungseinflüssen, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet waren, die Resistenz erheblich herabzusetzen, angenommen werden kann.

(4) Das nephrotische Syndrom ist keine Krankheitseinheit, sondern ein klinischer Symptomenkomplex, der durch massive Eiweißausscheidung im Urin, Ödeme, Hypoproteinämie und – nicht immer – Hyperlipidämie gekennzeichnet ist. Dem nephrotischen Syndrom können sehr verschiedene Krankheitsprozesse zugrunde liegen, wobei vor allem die chronische Glomerulonephritis, aber auch Plasmozytom, Amyloidose und diabetische Glomerulopathie sowie medikamentös bedingte glomeruläre Erkrankungen von Bedeutung sind. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

(5) Die chronische abakterielle interstitielle Nephritis ist oft die Folge einer jahrelangen Einnahme von Schmerzmitteln in hohen Dosen (Analgetikaneuropathie).

(6) Die Pyelonephritis entsteht aufsteigend von entzündlichen Erkrankungen der unteren Harnwege aus oder durch Absiedlung von Erregern (metastatisch) über die Blut- und Lymphbahn. Voraussetzung für die Entstehung einer bakteriellen Pyelonephritis sind in der Regel zusätzliche konditionierende Faktoren (z.B. Harnwegsobstruktion, Vorschädigungen der Nieren durch Analgetika, Hypokaliämie, Diabetes mellitus, Gravidität). Schwere Allgemeinerkrankungen und schwere körperliche Belastungen, u.U. in Verbindung mit Kälte- und Nässeinflüssen können über eine erhebliche Resistenzherabsetzung eine mitursächliche Bedeutung erlangen.

Die chronische Pyelonephritis verläuft nicht selten symptomarm und kann chronische oder rezidivierende Entzündungen der ableitenden Harnwege unterhalten.

Auf metastatischem Wege können auch Nierenabszesse und paranephritische Abszesse (z.B. bei Tuberkulose oder Staphylococcus-aureus-Sepsis) ohne weitere konditionierende Faktoren zustande kommen.

Pyelonephritis, Nierenabszess, paranephritischer Abszess und ihre Folgen sind Schädigungsfolge, wenn die aufsteigende Entzündung oder der zur Metastasierung führende Herd Schädigungsfolge ist.

(7) Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs bei gefäßbedingten Nierenerkrankungen richtet sich nach dem Grundleiden.

(8) Alle parenchymatösen Nierenleiden können zur Niereninsuffizienz führen.

112 Harnsteinleiden

112

(1) Es ist zu unterscheiden zwischen aseptischen Steinen, Steinen mit begleitendem Harninfekt und infektabedingten Steinen.

(2) Voraussetzung für die Harnsteinbildung ist stets das Zusammentreffen mehrerer Störungen, wobei ebenso Störungen der Harnzusammensetzung (Harnübersättigung mit steinbildenden Substanzen) wie Beeinträchtigungen des Harnabflusses oder Strukturveränderungen der Niere oder des Nierenbeckens im Vordergrund stehen können.

(3) Für die meisten Steinbildungen spielen endogene Faktoren, Ernährungseinflüsse sowie Störungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion die entscheidende Rolle, so dass Harnsteine nur selten als Schädigungsfolge in Betracht kommen; dies gilt fast immer für organische Harnkonkremente (aus Harnsäure, Uraten, Zystin, Xanthin), meist aber auch für anorganische Steine (kalzium-, oxalat-, phosphathaltige).

(4) Als Schädigungsfaktoren können eine wesentliche Bedeutung erlangen: Harnwegsengen, ggf. auch Blutgerinnelbildung im Nierenbecken nach Verletzungen, Papillennekrosen (z.B. bei Durchblutungsstörungen), extremer Wasserverlust bei ungenügendem Flüssigkeitsersatz, schwere Entkalkungsvorgänge bei langdauernder Immobilisation (kalziumhaltige Steine), langdauernde Behandlung mit bestimmten Medikamenten, langanhaltende schwere Enteropathien – z.B. Crohn-Krankheit, Colitis ulcerosa – (oxalat-haltige Steine) sowie Harnwegsinfektionen.

Ist einer der genannten Faktoren als Schädigung zu berücksichtigen, muss beachtet werden, dass sich nach Harnwegsinfekten – insbesondere mit ureasebildenden Bakterien – Infektsteine (z.B. Struvitsteine) im Verlauf von 4 – 6 Wochen entwickeln können, während für die Bildung anderer Steine mehrere Monate angenommen werden müssen. Sind die ursächlich wirkenden Faktoren ausgeschaltet und der durch sie bedingte Stein entfernt, so ist bei einer späteren Steinbildung die Kausalität erneut zu prüfen.

113

113 Erkrankungen der ableitenden Harnwege

(1) Die Pyelonephritis ist in Nummer 111 Absatz 6 behandelt.

(2) Die krankhafte Erweiterung des Nierenhohlsystems (Nierenbeckenkelchektasie verschiedener Schweregrade) kann angeboren oder erworben sein. Eine erworbene Erweiterung des Nierenhohlsystems ist Schädigungsfolge, wenn als Folge einer Schädigung eine Abflussbehinderung besteht. Angeborene Erweiterungen des Nierenhohlsystems können durch schädigende Ereignisse verschlimmert werden.

(3) Bei Entzündungen der unteren Harnwege ist bei der Anamneseerhebung besonders auf sexuelle Gewohnheiten und Partnererkrankungen zu achten. Kälte- und Nässeinflüsse haben in der Regel keine ursächliche Bedeutung. Die akuten Entzündungen der unteren Harnwege heilen bei normalen

Abflussverhältnissen unter geeigneter Therapie im allgemeinen aus. Beim unmittelbaren Übergang in ein chronisches Stadium ist Schädigungsfolge anzunehmen, wenn die akute Entzündung Schädigung war. Bei einer Wiedererkrankung ist zu prüfen, ob die ursprüngliche Erkrankung noch eine wesentliche Rolle spielt. Bei Frauen ist zu berücksichtigen, dass sie auch unter normalen Lebensbedingungen häufiger an aufsteigenden Harnwegsinfektionen leiden. Instrumentelle Eingriffe an den Harnwegen können zu Harnwegsinfektionen führen.

(4) Über die Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane siehe Nummer 55 Absatz 7).

(5) Störungen der Harnentleerung können z.B. bei subvesikalen Abflusshindernissen und neurogenen Störungen auch ohne wesentliche entzündliche Erscheinungen auftreten.

Abflusshindernisse der unteren Harnwege können über die Stauung zur Pyelonephritis führen.

GESCHLECHTSORGANE

114 Schäden der männlichen Geschlechtsorgane

114

(1) Der akuten Prostatitis (Entzündung der Vorsteherdrüse) geht meist in sehr kurzem Zeitabstand eine Harnwegsinfektion (siehe Nummer 113, Absatz 3) voraus; selten entsteht die Prostatitis metastatisch. In seltenen Fällen kann sich aus einer akuten Prostatitis eine chronische Prostatitis entwickeln; sie ist Schädigungsfolge, wenn das akute Stadium entsprechend zu beurteilen ist. Die häufigere primär-chronisch beginnende Prostatitis ist in der Regel keine Schädigungsfolge. Differentialdiagnostisch ist die chronische Prostatitis gegenüber der konstitutionell bedingten Prostatopathie, Erkrankungen im Analbereich sowie gegenüber dem Prostataadenom und -karzinom abzugrenzen.

(2) Die Nebenhodenentzündung entsteht in der Regel kanalikulär auf dem Boden einer Urethritis. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach der Primärinfektion.

(3) Schädigungen der Hoden können außer durch direkte Traumen auch durch Hodentorsion sowie durch Entzündungen (meist hämatogen, vor allem bei der Parotitis epidemica) oder durch eine Beeinträchtigung der Blutzufuhr (gelegentlich nach Operationen in der Leistengegend) eintreten und zur Hodenatrophie führen. Eine Hodentorsion durch ein direktes Trauma ist selten.

(4) Potenzstörungen (erektiler Dysfunktion) können Begleiterscheinungen organischer oder psychischer Störungen sowie medikamentenbedingt sein. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

(5) Bei Hydrozelen (sog. Wasserbrüchen) ist ein ursächlicher Zusammenhang mit einem schädigenden Vorgang im allgemeinen unwahrscheinlich, es sei denn, dass ein schweres Trauma oder eine Erkrankung von Hoden und Nebenhoden als Ursache nachgewiesen ist.

(6) Für die Entstehung einer Varikozele (sog. Krampfaderbruch) ist wie bei den Krampfadern im allgemeinen eine konstitutionelle Gewebsschwäche wesentliche Bedingung. Äußere Faktoren haben nur selten eine ursächliche Bedeutung. Die Beurteilung entspricht der bei Krampfadern (siehe Nummer 96).

(7) Eine Vergewaltigung als Schädigung kann sowohl zu Körperschäden als auch zu seelischen Störungen (siehe Nummer 71, Seite 251) führen. Bei Vergewaltigungen erworbene Infektionen, auch venerischer Art, sind als Schädigung anzusehen.

115

115 Schäden der weiblichen Geschlechtsorgane

(1) Durch Gewalteinwirkung kann es zu vorübergehenden oder dauernden Veränderungen an den Geschlechtsorganen (auch mit Beteiligung der Harnröhre) kommen.

(2) Entzündliche Veränderungen der Geschlechtsorgane können auf direktem Wege, auf dem Blutwege oder durch Übergreifen von Nachbarorganen aus entstehen.

Für akute und chronische entzündliche Veränderungen können exogene Einwirkungen wesentliche Bedingung sein. Als solche kommen u.a. in Frage: ungünstige hygienische Verhältnisse, Resistenzminderung durch übermäßige körperliche und gegebenenfalls zusätzliche langanhaltende außergewöhnliche seelische Belastungen, ungenügende Behandlungsmöglichkeiten. Nach Entzündungen entstehen nicht selten dauernde Organveränderungen (z.B. Verwachsungen, Saktosalpinx, Tuboovarialzyste).

(3) Bezüglich der Tuberkulose der Unterleibsorgane wird auf Nummer 55 Absatz 7 verwiesen; über die echten Geschwülste siehe Nummer 142.

(4) Als Folge nichttraumatischer, umweltbedingter schädigender Einwirkungen (Hunger, Flucht, Kasernierung oder Haft in Verbindung mit anderen Belastungen) treten nicht selten Menstruationsstörungen bis zu langdauerndem Aussetzen der Periode auf. Im allgemeinen verschwinden diese

Störungen nach einiger Zeit, wenn die schädigenden Einwirkungen aufgehört haben. Bleiben solche Störungen sehr lange Zeit darüber hinaus oder dauernd bestehen oder sind sie mit Störungen anderer innersekretorischer Drüsen verbunden, dann bedarf die Zusammenhangsfrage einer besonders eingehenden Prüfung.

(5) Scheiden- und Gebärmutterensenkungen bis zum Vorfall beruhen auf einer Schwäche des Halteapparates und des Beckenbodens. Sie sind häufig die Folge einer besonderen Belastung durch vorangegangene Geburten; daneben ist vielfach eine konstitutionelle Gewebsschwäche – insbesondere in Verbindung mit Übergewicht – von Bedeutung. In einzelnen Fällen wird man langdauernde körperliche Schwerarbeit als Mitursache für das Auftreten von Vorfällen ansehen können.

(6) Eine Vergewaltigung als Schädigung kann sowohl zu Körperschäden als auch zu seelischen Störungen (siehe Nummer 71) führen. Bei Vergewaltigungen erworbene Infektionen, auch venerischer Art, sind als Schädigung anzusehen.

(7) Wird durch schädigende Einwirkungen eine Frau während der Schwangerschaft betroffen und wird dadurch die Leibesfrucht geschädigt, so sind die daraus sich entwickelnden Gesundheitsstörungen des Kindes Schädigungsfolge.

STOFFWECHSEL

116 Fettsucht

116

Bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage ist zu prüfen, welcher Art und Grundlage die Fettleibigkeit ist (meist alimentäre Fettsucht infolge Überernährung, selten endokrin oder posttraumatisch bedingte Fettsucht). Eine Schädigungsfolge kann eine Fettsucht nur sein, wenn sie sich aufgrund einer schädigungsbedingten Störung entwickelt hat.

117 Gicht

117

Die primäre Gicht ist eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung. Sie kann nicht auf schädigende Einflüsse zurückgeführt werden.

Demgegenüber kann eine sekundäre Gicht eine Schädigungsfolge sein, z.B. bei Niereninsuffizienz.

118 118 Eisenspeicherkrankheit

Bei der Eisenspeicherkrankheit (Hämochromatose) ist eine genetisch bedingte von einer erworbenen Form zu unterscheiden. Für die erworbene Form können gehäufte Transfusionen Ursache sein.

INNERSEKRETORISCHE DRÜSEN

119 119 Allgemeines

(1) Die Erkrankungen oder Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion sind wegen ihrer konstitutionellen Grundlage, abgesehen von seltenen Ausnahmen, keine Schädigungsfolge.

Ausnahmen:

1. Zerstörung des innersekretorischen Organs,
2. Verletzung des bereits erkrankten oder funktionsgestörten innersekretorischen Organs,
3. Schädigung des innersekretorischen Organs infolge Erkrankung (z.B. Tuberkulose, sonstige Infektionen) oder Behandlungsmaßnahmen.

(2) Die Zuckerkrankheit und die innersekretorischen Erkrankungen der Schilddrüse werden nachstehend erörtert. Störungen der innersekretorischen Funktion der männlichen und weiblichen Keimdrüsen siehe Nummer 114 und Nummer 115; Hypophysen- und Zwischenhirnstörungen siehe Nummer 60.

120 120 Diabetes mellitus

Die Zuckerkrankheit ist eine dauernde Störung im Regulationsmechanismus des Gesamtstoffwechsels, die auf einer zu geringen Wirkung des Hormons Insulin beruht. Die Ursache der zu geringen Insulinwirkung kann zum einen in einem Mangel des Hormons selbst begründet sein und zum anderen in einer Unempfindlichkeit der Erfolgsorgane gegenüber dem Insulin (Insulinresistenz). In der Regel liegt der Erkrankung eine erbliche Disposition zugrunde.

Zu unterscheiden sind als relevante Formen

- der insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ-I-Diabetes; früher: Typ des jugendlichen Diabetes)

- ▶ der nicht-insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes; früher: Altersdiabetes)
 - a) bei nicht Übergewichtigen
 - b) bei Übergewichtigen
- ▶ der Diabetes mellitus verbunden mit bestimmten Syndromen und sekundär bedingt, z.B. bei Pankreaserkrankungen, Endokrinopathien und genetischen Syndromen sowie durch Arzneimittel, Chemikalien und Abnormitäten des Insulins und seiner Rezeptoren
- ▶ der Schwangerschaftsdiabetes.

Beim insulinabhängigen Diabetes mellitus ist von einer genetischen Disposition auszugehen. Diese ist jedoch von geringer Penetranz. Die Ätiologie dieser Diabetesform ist nicht geklärt. Es wird aber diskutiert, dass bei entsprechender genetischer Disposition Umwelteinflüsse, wie z.B. Infekte (vor allem mit pankreotropen Viren), toxische Substanzen sowie bestimmte Ernährungsfaktoren, und evtl. auch körpereigene Stressproteine einen Autoimmunprozess auslösen, der im Laufe von etwa einem halben Jahr bis zu mehreren Jahren – bei Kindern auch in etwas kürzeren Fristen – zur Entwicklung eines insulinabhängigen Diabetes mellitus führen kann. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Manifestation des insulinabhängigen Diabetes mellitus und einem der genannten exogenen Schädigungsfaktoren ist nicht mit Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, es sei denn, dass Brückensymptome (Immunmarker der Insulinitis) zu einem relevanten Infekt nachgewiesen sind. Anderenfalls kommt eine Kannversorgung in Betracht.

Der nicht-insulinabhängige Diabetes mellitus (dazu gehört auch ein Diabetes mellitus, der wegen Versagens der oralen Antidiabetika-Therapie mit Insulin behandelt werden muss) ist vermutlich eine heterogene Erkrankung. Pathogenetisch ist nicht eindeutig geklärt, ob die epidemiologisch nachweisbare genetische Disposition primär zu einer Störung des Glukosestoffwechsels infolge einer Insulinresistenz und/oder einer Sekretionsstörung des Insulins führt. Beim nicht-insulinabhängigen Diabetes mellitus ist die Penetranz der Erbanlage stärker als beim insulinabhängigen Diabetes mellitus. Das Hinzutreten von Faktoren, die eine Insulinresistenz begünstigen, vor allem Fettsucht, Bewegungsmangel, Hypertriglyzeridämie, bestimmte Medikamente, endokrinologische und andere Erkrankungen wie Leberzirrhose und Infekte sind in der Regel ausschlaggebend für die Manifestation dieses Diabetestyps. Dabei wird angenommen, dass der Manifestation des nicht-insulinabhängigen Diabetes mellitus eine Lebensphase mit gestörter Glukosetoleranz vorausgeht. Eine Anerkennung als Schädigungsfolge (dann im Sinne der Verschlimmerung) kommt nur selten in Betracht.

Sekundär kann sich ein Diabetes mellitus aufgrund einer weitgehenden Zerstörung des Inselzellgewebes der Bauchspeicheldrüse (z.B. durch Trauma, Entzün-

dung, Tumor), durch eine Behandlung mit bestimmten Medikamenten (vor allem Steroide), als Begleit- oder Folgekrankheit anderer endokriner Krankheiten oder eines fortgeschrittenen Leberschadens und äußerst selten infolge schwerer Zwischenhirnschädigungen (s. Nummer 60, Absatz 4) entwickeln. Ebenfalls äußerst selten kommt die Manifestation eines Diabetes mellitus auch infolge einer schweren und langdauernden psychischen Traumatisierung in Betracht, wobei eine enge zeitliche Verbindung (bis zu einem Monat) zu fordern ist. Im übrigen ist in solchen Fällen davon auszugehen, dass vorher bereits ein Vorstadium des Diabetes mellitus (pathologische Glukosetoleranz – subklinischer Diabetes mellitus) bestanden hat. Bei einer solchen Sachlage kann nur eine Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung erfolgen.

Als Schwangerschaftsdiabetes wird jede während der Schwangerschaft erstmalig erkannte Störung des Kohlenhydratstoffwechsels bezeichnet. Vor allem bei ungenügender Behandlung bestehen Risiken für Mutter und Kind. Der Schwangerschaftsdiabetes kann sich nach Beendigung der Schwangerschaft zurückbilden. Bei Persistieren des Diabetes mellitus liegt meist ein nicht-insulinabhängiger Diabetes mellitus, seltener ein insulinabhängiger Diabetes mellitus vor. Nach Rückbildung des Schwangerschaftsdiabetes besteht ein stark erhöhtes Risiko für die spätere Manifestation eines vorwiegend nicht-insulinabhängigen Diabetes mellitus.

121

121 Innersekretorische Störungen der Schilddrüse

Für die innersekretorischen Störungen der Schilddrüse sowohl im Sinne der Überfunktion wie der Unterfunktion sind endogene Faktoren im allgemeinen von entscheidender Bedeutung.

Exogene Faktoren wie bakterielle oder virale Entzündungen der Schilddrüse, toxische Schädigungen, Jodmangel oder Jodbelastungen bei vorbestehendem Adenom, können nur in seltenen Fällen eine ursächliche Bedeutung erlangen, wenn die Einwirkung entsprechend schwer ist und eine sehr enge zeitliche Verbindung besteht.

BLUT UND BLUTBILDENDE ORGANE

122

122 Blutkrankheiten

(1) Eine Blutarmut, die kein selbständiges Leiden, sondern Ausdruck einer anderen Schädigung ist (Blutungen, Infektionen, Wurmkrankheiten, Darmstörungen u.a.), schwindet nach deren Beseitigung. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden.

(2) Bei den megaloblastären Anämien sind die essentielle Form (perniziöse Anämie) und die symptomatischen Formen zu unterscheiden. Für erstere sind endogene Faktoren durchweg maßgebend. Symptomatische Formen werden mehrere Jahre nach ausgedehnten Magenresektionen, bei der Sprue und in seltenen Fällen bei chronischen Magen- und Darmveränderungen mit schweren Resorptionsstörungen beobachtet. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden.

(3) Eine hämolytische Anämie kann angeboren oder erworben sein. Erworbenere hämolytische Anämien können Folge einer Infektionskrankheit (z.B. Erkrankung durch Viren oder Mykoplasmen, Malaria), bestimmter Medikamente (z.B. einiger Antibiotika), maligner Lymphome und auch mechanischer Einwirkungen (bei Herzklappenprothesen) sein, wenn sie in enger zeitlicher Verbindung auftreten.

(4) Unter den hämorrhagischen Diathesen sind die Thrombozytopenien und Thrombozytenfunktionsstörungen am häufigsten; sie können nach Infektionskrankheiten, als Arzneimittelschäden und auch im Rahmen anderer Blutkrankheiten vorkommen.

Die plasmatischen Gerinnungsstörungen können angeboren (z.B. Hämophilien) und auch erworben sein (insbesondere bei Leberschäden und durch Medikamente – z.B. Cumarine).

Daneben gibt es gefäßbedingte Blutungsleiden (z.B. vaskuläre Purpura), die ebenfalls angeboren oder erworben sein können. Bei den erworbenen Formen sind vorausgegangene Infektionskrankheiten oder Autoimmunprozesse zu berücksichtigen.

(5) Bei der Entwicklung von Knochenmarkschäden (insbesondere aplastische Anämie [Panmyelopathie], Agranulozytose, myelodysplastische Syndrome) können bestimmte Medikamente (z.B. Zytostatika, einige Antirheumatika, einzelne Antibiotika), toxische Substanzen (vor allem organische Lösungsmittel, z.B. Benzol), ionisierende Strahlen und auch Virusinfektionen (z.B. Hepatitis) eine ursächliche Bedeutung erlangen. Häufig besteht eine sehr enge zeitliche Verbindung; aber auch Intervalle von Jahren und Jahrzehnten sind beobachtet worden.

(6) Die Ätiologie der meisten myelodysplastischen Syndrome und der Neoplasien der Hämatopoese (Leukämien, Plasmozytom, Polycythaemia vera, Osteomyelosklerose, essentielle Thrombozythämie, maligne Lymphome) ist wissenschaftlich noch weitgehend ungeklärt.

Hinreichend geklärt ist bei akuten Leukämien, myelodysplastischen Syndromen und chronischen myeloischen Leukämien die ursächliche Bedeutung von ionisierenden Strahlen in einer Knochenmarkdosis von mindestens 0,2 Sv (dieser Wert entspricht etwa der Verdoppelungsdosis), von Strahlen

radioaktiver Substanzen in vergleichbarer Stärke sowie von Zytostatika und Benzol. Dabei beträgt die Latenzzeit bis zur Erkrankung mindestens zwei Jahre nach Strahlenexposition sowie mindestens ein Jahr nach zytostatischer Behandlung oder Benzolkontamination. Unbestritten ist bei malignen Lymphomen auch die ursächliche Bedeutung von vorangegangenen Autoimmunerkrankungen.

Ungewissheit besteht im übrigen darüber, wie groß die Bedeutung genetischer Faktoren ist, ob Infektionen (durch Viren) bei der Entstehung dieser Leiden mitwirken, welchen Einfluss andere toxische Substanzen haben und ob zu den genannten speziellen Neoplasien der Hämatopoese auch Strahlen geringerer Intensität führen können.

Wegen dieser Ungewissheit sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung erfüllt, wenn sich nach folgenden Schädigungstatbeständen eine Neoplasie der Hämatopoese oder eine maligne Form des myelodysplastischen Syndroms innerhalb nachstehender Zeiträume manifestiert haben:

- a) frühestens 2 Jahre und spätestens 3 Jahrzehnte nach Einwirken ionisierender Strahlen, die nicht mit Wahrscheinlichkeit als Ursache angesehen werden können (s. oben), deren Menge aber auch nicht so gering war, dass eine wesentliche Bedeutung nicht diskutiert werden kann;
- b) frühestens ein Jahr und spätestens 6 Jahre nach Einwirken von Substanzen oder innerhalb von 6 Jahren nach chronischen Krankheiten, bei denen eine Schädigung des blutbildenden Knochenmarks oder des lymphatischen Systems in Frage kommt;
- c) innerhalb von 2 Jahren nach Infektionskrankheiten, die insbesondere auf das lymphatische System eingewirkt haben (z.B. Epstein-Barr-Virus-Infektion).

(7) Dauernde Milzvergrößerungen, auch erheblicheren Umfangs oder mit Blutbildveränderungen (Hypersplenismus), finden sich u.a. bei der Leberzirrhose, bei Blutkrankheiten, nach Pfortaderthrombose und bei allgemeiner Amyloidose mit Beteiligung der Milz. Sie sind in die Beurteilung der Grundkrankheit einzuschließen.

Eine Milzvergrößerung kann auch ein Symptom zahlreicher Infektionskrankheiten sein, das gelegentlich auch nach deren Abklingen bestehen bleibt, dann aber keine pathologische Bedeutung hat.

(8) Im Anschluss an örtliche Entzündungen sowie im Verlauf zahlreicher Infektionskrankheiten können Lymphknotenschwellungen auftreten. Dabei kann es zur Vereiterung und Einschmelzung und nach dem Durchbruch

oder der Eröffnung manchmal zu ausgedehnten Narben mit Funktionsbehinderung kommen. Bei tief greifender Zerstörung oder operativer Ausräumung können Lymphstauungen und in ihrem Gefolge elephantiastische Verdickungen entstehen.

HAUT

123 Erkrankungen der Haut

123

Bei einigen Hautkrankheiten ist in der Regel konstitutionellen Faktoren eine überwiegende Bedeutung beizumessen, wie z.B. bei Psoriasis, atopischem Ekzem (Ekzema constitutionale = Neurodermitis constitutionalis = endogenes Ekzem); außergewöhnliche seelische Belastungen können jedoch eine ursächliche Bedeutung erlangen. Andere Hautkrankheiten beruhen überwiegend auf äußeren Einflüssen, wie der Einwirkung von chemischen Substanzen (z.B. beim Kontaktekzem), physikalischen Noxen (z.B. Lichtdermatosen) oder Infektionen. Häufig wird nur durch das Zusammenwirken von endogenen und exogenen Faktoren ein Hautleiden erklärt werden können. Deshalb kann die Beantwortung der Frage, ob die Manifestation eines Hautleidens durch einen schädigenden Vorgang verursacht bzw. der Verlauf verschlimmert worden ist, sehr schwierig sein. Bei bösartigen Hauttumoren kann nach lange zurückliegenden Schädigungen (z.B. aktinische Keratose, Narben, Tuberculosis cutis luposa) sowohl mit als auch ohne Brückensymptome ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich sein. Bei einigen Hautkrankheiten (z.B. Autoimmunkrankheiten) ist eine Kannversorgung in Erwägung zu ziehen.

HALTUNGS- UND BEWEGUNGSORGANE

124 Allgemeines

124

(1) Verletzungen und Erkrankungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen ziehen häufig auch andere Organsysteme in Mitleidenschaft (z.B. Nerven, Gefäße) und können unter bestimmten Voraussetzungen an nicht unmittelbar betroffenen Teilen der Haltungs- und Bewegungsorgane sekundäre Folgen bewirken, was bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage zu beachten ist (siehe auch Nummer 129, Absatz 4).

(2) Nach Knochenbrüchen ist darauf zu achten, ob und in welchem Umfang Statik und Dynamik gestört sind. Gelenknahe und in Fehlstellung oder mit Verkürzung verheilte Brüche können zu deformierenden Veränderungen an den Nachbargelenken führen.

(3) Bei der Feststellung von Fremdkörpern ist zu beachten, dass Lage des Fremdkörpers und Eintrittspforte weit auseinander liegen können. Im allgemeinen wird die Lage eingeheilter Fremdkörper im Gewebe nicht verändert. Vergiftungen durch bleihaltige Geschosse sind nicht beobachtet worden. Fremdkörper können noch nach Jahren zu Abszessen und gelegentlich auch zu Fisteleiterungen führen.

125 125 Knochenmarkentzündung

(1) Es sind die exogene und die hämatogene Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis) zu unterscheiden.

Die hämatogene Osteomyelitis ist eine Entzündung und Vereiterung des Knochenmarks durch Erreger, die von unbekannten oder bekannten Herden stammen und in das Mark der Knochen auf dem Blutwege eingeschwemmt wurden. Sie ist Schädigungsfolge, wenn der Infektionsherd selbst in ursächlichem Zusammenhang mit einem schädigenden Vorgang steht. In seltenen Fällen kann auch ein Trauma mit schwerer Gewebsschädigung für eine Keimabsiedlung von ursächlicher Bedeutung sein, wenn örtliche Übereinstimmung und eine enge zeitliche Verbindung (wenige Tage) bestehen.

Die exogene Osteomyelitis entsteht durch Erreger, die durch Verletzung des Knochens und der den Knochen umgebenden Weichteile von außen in den Knochen gelangen und zur Infektion führen.

Jede Osteomyelitis kann in ein chronisches Stadium übergehen. Noch nach Jahren scheinbarer Ausheilung kann es zu Rezidiven kommen. Mitunter wird der Gesamtorganismus in Mitleidenschaft gezogen (z.B. Amyloidose).

126 126 Deformierende Gelenkveränderungen an den Gliedmaßen

(1) Deformierende degenerative Gelenkveränderungen (Arthrosis deformans) haben eine lange Latenz und im allgemeinen eine langsame Progredienz. Nicht selten findet sich ein Missverhältnis zwischen Beschwerden und objektivem Befund (einschließlich Röntgenbefund). Die Diagnose sollte nicht ohne röntgenologisch fassbaren Befund gestellt werden.

Röntgenologisch unterscheiden sich die primären Verschleißerscheinungen oft nicht von den sekundär-deformierenden arthrotischen Veränderungen, z.B. nach schweren Gelenkschädigungen oder nach in Fehlstellung oder mit Verkürzung verheilten Gliedmaßenbrüchen.

Verschleißerscheinungen können in ihrem Verlauf durch Traumen und ihre Folgen nachhaltig beeinflusst werden. Vergleichsbefunde nicht betroffener Abschnitte des Bewegungsapparates, insbesondere vergleichende Röntgenaufnahmen, erleichtern die Beurteilung.

(2) Auch eine Gelenkentzündung (Arthritis) kann zur Arthrose führen. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden.

127 Freie Gelenkkörper

127

(1) Freie Gelenkkörper (Gelenkmäuse) werden vor allem bei der Chondromatose und der Osteochondrosis dissecans und auch bei der fortgeschrittenen Arthrosis deformans gefunden. Einzelne freie Gelenkkörper können durch direkte Absprengung vom Knochen und/oder Knorpel infolge eines Gelenktraumas entstehen. Freie Gelenkkörper können der Ausbildung einer Arthrose Vorschub leisten.

(2) Auch als Pressluftschaden und bei einer Druckfallkrankheit können Bilder ähnlich der Osteochondrosis dissecans auftreten.

128 Schäden der Wirbelsäule

128

(1) Jede stärkere Formabweichung der Wirbelsäule von ihren physiologischen Krümmungen kann die Leistungsfähigkeit dieses dauernd statisch und dynamisch beanspruchten zentralen Bewegungsorganes erheblich mindern. Neben Funktionsminderung kann es zu degenerativen Veränderungen und zu schmerzhafter Insuffizienz kommen. Formabweichungen können vielerlei Ursachen haben (Assimilations- bzw. Entwicklungsstörungen, Rachitis, Spondylitis, Formveränderungen des Brustkorbs, Beckenschiefstand, Beckenkipfung, Hängebauch, einseitige Lähmung der Stammuskulatur, in Fehlform verheilte Wirbelbrüche u.a.).

(2) Die Skoliose ist eine nicht ausgleichbare seitliche Verbiegung der Wirbelsäule verschiedener Genese, meist aus dem Wachstumsalter stammend (und dann durch entsprechende Wachstumsstörungen der Wirbel erkennbar), seltener durch Entzündungsprozess, Trauma o.a. entstanden.

Davon abzugrenzen ist eine kompensatorische seitliche Verbiegung der Wirbelsäule – oft auch Skoliose genannt –, die eine Anpassung an eine Änderung der statischen Verhältnisse darstellt und ausgleichbar oder – nach jahrelangem Bestehen – auch fixiert sein kann. Ausgleichbare wie fixierte seitliche Verbiegungen können Krankheitswert haben; eine zusätzliche MdE kommt nur bei fixierten seitlichen Verbiegungen mit ungünstigen statisch-funktionellen Verhältnissen in Betracht.

(3) Die Scheuermann-Krankheit (Adoleszenten-Kyphose) beruht auf einer Wachstumsstörung, die häufig in einen Rundrücken (Kyphose) bzw. (selten) in einen Flachrücken mündet. Oft setzen erst im späteren Leben Beschwerden ein. Die Diagnose ist röntgenologisch zu stellen; persistierende Vorderkantenapophysen und Keilwirbelbildungen können mit traumatischen Wirbelsäulenschäden verwechselt werden. Ein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der Verschlimmerung kann nur bei abnorm schwerer körperlicher Belastung im Jugendalter angenommen werden.

(4) Osteoporosen (Osteomalazie, Osteopenie) werden nicht durch Wehrdienst, Kriegeinsatz oder ähnliche Belastungen direkt verursacht. Bei einer schweren, langdauernden Dystrophie, bei hartnäckigen Resorptionsstörungen der Verdauungsorgane, bei chronischen Erkrankungen der ableitenden Harnwege oder anderen schweren verzehrenden Erkrankungen, bei bestimmten Störungen der inneren Sekretion u.a. kann eine Osteoporose auftreten. Die auf diese Weise entstandenen Osteoporosen pflegen in der Regel mit der Heilung des Grundleidens abzuklingen, es sei denn, dass bereits eine Verformung von Wirbelkörpern aufgetreten ist (Osteopathie). Bei älteren Menschen auftretende so genannte Involutionsosteoporosen sind nicht auf äußere Einwirkungen zurückzuführen.

(5) Die Spondylolisthesis (Wirbelgleiten nach vorn auf dem Boden einer Spondylolyse und mit gleichzeitiger Bandscheibendegeneration) ist in der Regel eine schädigungsunabhängige Verknöcherungsstörung. Besonders betroffen sind die unteren Abschnitte der Lendenwirbelsäule. Eine traumatische Spondylolisthesis gibt es nur in äußerst seltenen Fällen nach einem beidseitigen Bruch des Wirbelbogens.

Eine bereits bestehende Spondylolyse oder Spondylolisthesis kann durch Wirbelsäulentraumen verschlimmert werden. Die Annahme einer Schädigungsfolge im Sinne der Verschlimmerung kommt dann in Betracht, wenn eine wesentliche Zunahme des Gleitens in enger zeitlicher Verbindung mit einem geeigneten Trauma nachgewiesen ist. Die Pseudospondylolisthesis ist Folge einer Bandscheibendegeneration; sie weist keine Wirbelbogenspaltbildung auf.

(6) An der Wirbelsäule gibt es eine Vielzahl von Anomalien und Assimilationsstörungen (Lumbalisation, Sakralisation, Übergangswirbel, Halbwirbel, Blockwirbel, Spaltbildungen an den Wirbelbögen u.a.), die von traumatischen Deformitäten zu unterscheiden sind.

(7) Die Zwischenwirbelscheibe (Bandscheibe) spielt in der Wirbelsäulopathologie eine hervorragende Rolle. Früher oder später kommt es bei fast allen Menschen durch Flüssigkeits- und Elastizitätsverlust zur Degeneration. Diese ist eine wesentliche Voraussetzung für die Osteochondrose, Spondylose oder Spondylarthrose; bevorzugt befallen sind die untere Halswirbelsäule und die untere Lendenwirbelsäule. Eine weitere Folge kann der Bandscheibenvorfall (Prolaps) sein. Bei angeblicher traumatischer Entstehung eines Bandscheibenvorfalles muss geprüft werden, ob das Trauma nach Mechanik und Schwere geeignet war, den Vorfall der Bandscheibe zu verursachen, oder ob es lediglich der Anlass zur klinischen Manifestation bei fortgeschrittener Zermürbung der Bandscheibe war.

Auch ohne Bandscheibendegeneration werden gleichartige Beschwerdebilder hervorgerufen, hinter denen sich z.B. Veränderungen an den im Wirbelkanal verlaufenden Gefäßen verbergen.

Traumatische Bandscheibenschädigungen sind selten. Sie kommen z.B. bei diskoligamentären Wirbelsäulenverletzungen oder bei Wirbelbrüchen an der benachbarten Zwischenwirbelscheibe oder bei Stich- und Schussverletzungen vor, die die Bandscheibe direkt treffen.

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule nach

- ▶ langjährigem Heben oder Tragen schwerer Lasten oder nach langjähriger Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung oder
- ▶ nach langjähriger, vorwiegend vertikaler Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen

können Schädigungsfolge sein, sofern die in den Merkblättern zu den entsprechenden Berufskrankheiten genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Gleiches gilt für die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Halswirbelsäule nach langjährigem Tragen schwerer Lasten auf der Schulter.

(8) Zur Spondylitis ankylosans (Bechterew-Krankheit) siehe Nummer 140.

129 Gliedmaßenverluste

129

(1) Beim Verlust einer oberen Extremität, besonders im Oberarm oder im Schultergelenk, erfolgt in der Regel eine seitliche Verbiegung der Wirbel-

säule, zusammen mit einer Anhebung des Schultergürtels der Amputationsseite. Diese Erscheinungen stellen im allgemeinen keine zusätzliche Behinderung, sondern einen Ausgleich der durch die Amputation veränderten Statik dar.

Nach Verlust einer unteren Extremität kann – statisch bedingt und fast immer mit einem Beckenschiefstand verbunden – ebenfalls eine kompensatorische seitliche Verbiegung der Wirbelsäule auftreten, die dann meist großbogig verläuft. Von entscheidender Bedeutung können hierbei vor allem die langdauernde Benutzung einer nicht längengerechten Prothese, die Unmöglichkeit des Tragens einer Prothese, erhebliche Bewegungseinschränkungen der verbliebenen Gelenke oder erschwelter Prothesengang infolge ungünstiger Stumpfverhältnisse sein.

Liegt bei einem einseitig Beinamputierten eine seitliche Verbiegung der Wirbelsäule ohne solche Begleit- oder Folgeerscheinungen des Gliedmaßenverlustes vor, kann die Amputation im allgemeinen nicht als wesentliche Bedingung der seitlichen Verbiegung angesehen werden.

Nach Amputation einer Gliedmaße im Wachstumsalter muss besonders mit Verbiegungen der Wirbelsäule und mit entsprechenden Wachstumsstörungen der Wirbel gerechnet werden.

Nach dem Verlust eines Beines im Oberschenkel kann sich kompensatorisch eine verstärkte Lendenlordose ausbilden, besonders bei einer Stumpf- beugekontraktur.

Bei der Beurteilung von degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule bei Amputierten ist zu berücksichtigen, dass solche Veränderungen als Verschleißerscheinungen auch bei Nichtamputierten häufig festzustellen sind.

Einem Gliedmaßenverlust kann nur dann eine wesentliche Bedeutung für degenerative Wirbelsäulenveränderungen beigemessen werden, wenn infolge des Gliedmaßenverlustes eine nicht ausgleichbare Biegung der Wirbelsäule vorliegt und so weit sich die degenerativen Veränderungen allein oder bevorzugt in diesem Bereich (konkavseitig) befinden.

Im übrigen ist zu beachten, dass sog. Wirbelsäulensyndrome auch durch das Zusammenwirken von schädigungsunabhängigen degenerativen Veränderungen und amputationsbedingten Ausgleichsbiegungen zustande kommen können; es hängt dann vom Ausmaß der degenerativen Veränderungen und der Art und dem Ausmaß der amputationsbedingten Biegungen ab, ob letztere als wesentliche Bedingung angesehen werden können.

Eine Verschlimmerung von Wirbelsäulenschäden durch einen Gliedmaßenverlust kommt in Betracht, wenn sich die Änderung der Statik nach der

Amputation funktionell besonders ungünstig auswirkt, wie es beispielsweise nach einer Beinamputation bei einem asymmetrischen lumbosakralen Übergangswirbel oder bei einer Spondylolisthesis der Fall sein kann.

(2) Es ist bisher nicht erwiesen, dass es durch einen Gliedmaßenverlust an der verbliebenen paarigen Gliedmaße zu Schäden (z.B. Arthrosen, Senkfüße, Krampfadern) durch „Überlastungen“ kommt.

Die Annahme von Schäden an unversehrten Gliedmaßen infolge einer Amputation kommt allenfalls dann in Betracht, wenn die Amputation zu einer langdauernden und sehr ausgeprägten Fehlbelastung geführt hat, wie es beispielsweise bei Beinamputierten bei der Unmöglichkeit, eine Prothese zu tragen, oder bei einer prothetisch nicht ausgleichbaren Hüftkontraktur der Fall sein kann.

(3) Gliedmaßenamputationen führen im allgemeinen in ihrer Nachbarschaft zu einer verstärkten Strahlendurchlässigkeit des Skeletts ohne Krankheitswert.

(4) Bei Gliedmaßenschäden (z.B. nicht ausgeglichene Beinverkürzungen, Gelenkversteifungen in ungünstiger Stellung) können die gleichen Folgen am Bewegungsapparat auftreten, wie nach einer Amputation mit vergleichbarer Funktionsstörung.

130 Luxationen

130

(1) Traumatisch bedingte Luxationen heilen häufig folgenlos aus. In besonders gelagerten Fällen kann es zu sekundären Schäden mit Funktionsbehinderung kommen. An eine erstmals traumatische Luxation können sich bei ungenügender Heilung Wiederholungen anschließen.

(2) Die auf einer Fehlentwicklung des Gelenks beruhende habituelle Luxation ist keine Schädigungsfolge. Sie tritt vor allem am Schultergelenk und an der Kniescheibe auf.

131 Sudeck-Syndrom

131

Es handelt sich um Umbauvorgänge an den Knochen und Weichteilen der Gliedmaßen, die zur Dystrophie und Atrophie führen können. Man unterscheidet mehrere Stadien, die fließende Übergänge zeigen. Die Anfangsphasen sind reversibel.

Die Ursachen des Leidens sind vielseitig. Es tritt überwiegend nach Knochenbrüchen und sonstigen Traumen in enger zeitlicher Verbindung auf. Vegetative Störungen sollen eine Rolle spielen.

132 132 Aseptische Knochennekrosen

Aseptische Knochennekrosen, die im Wachstumsalter entstehen (Köhler-Krankheit, Perthes-Krankheit u.a.), entwickeln sich im allgemeinen unabhängig von äußeren Einwirkungen. Sie sind in ihrer Ätiologie noch nicht restlos geklärt. U.U. ist Kannversorgung zu erwägen.

133 133 Schulter

Bei der so genannten Periarthrosis humeroscapularis handelt es sich um unterschiedliche Erkrankungen der Schulterweichteile (Rotatoren-manschettenruptur, Tendinosis oder Bursitis calcarea, Tendopathie der Supraspinatus- oder Bizepssehne u.a.). Sie ist in der Regel keine Schädigungsfolge.

Langfristige, mindestens fünf Jahre andauernde, beidseitige Benutzung von Unterarmgehstützen (z.B. bei ständiger Unmöglichkeit, ein Kunstbein zu tragen, oder bei vergleichbaren Zuständen) kann von (mit-)ursächlicher Bedeutung für Schäden an den Rotatorenmanschetten und für dadurch bedingte sekundär-arthrotische Veränderungen der Schultergelenke, insbesondere der Schulterreckgelenke, sein.

134 134 Handgelenk, Handwurzel

Kahnbeinpsuedarthrose und Lunatum-Malazie können Folgen eines Traumas (z.B. durch Hyperextensionstrauma, Vibration) sein und zu schmerzhafter Bewegungseinschränkung im Handgelenk führen. Bei Degenerationssystemen im Kahnbein kann es zu Spontanfrakturen kommen.

Die beidseitige Benutzung von Unterarmgehstützen (z.B. bei der Unmöglichkeit, ein Kunstbein zu tragen oder bei vergleichbaren Zuständen) in Extensionsstellung des Handgelenks kann (Mit-)Ursache eines Karpaltunnelsyndroms sein.

135 135 Mittelhand

Die Dupuytren-Kontraktur kommt nur selten als Schädigungsfolge in Betracht. Eine Stich- oder Schnittverletzung der Hohlhandfaszie kann als Spätfolge zu einer Narbenschrumpfung und damit zu einem Dupuytren-ähnlichen Bild führen.

136 Hüftgelenk

136

Häufige Ursache von Hüftbeschwerden und Arthrosen sind Dysplasien, Hüftkopflösungen, usw. (sogenannte Präarthrosen), die sich unabhängig von äußeren Einflüssen entwickeln.

137 Kniegelenk

137

Bei der isolierten Meniskusschädigung ist eine Verletzung gegenüber einer Meniskusdegeneration abzugrenzen. Es bedarf einer sorgfältigen Prüfung, ob ein angegebenes Trauma Ursache oder nur Anlass ist. Eine Meniskusverletzung setzt eine besondere Mechanik des Traumas (Verdrehung des Kniegelenks bei fixiertem Fuß) voraus. Die histologische Untersuchung des operativ entfernten Meniskus kann wertvolle Aufschlüsse geben. Meniskusschäden nach mehrjähriger kniebelastender Tätigkeit (z.B. in Gefangenschaft) sind nach den gleichen Grundsätzen zu beurteilen, die nach der Berufskrankheiten-Verordnung gelten.

138 Fuß

138

(1) Traumatische Fußdeformitäten entstehen vor allem durch Brüche der Fußwurzelknochen.

Die nichttraumatischen Fußdeformitäten (Senk- und Spreizfuß, Hohl- und Knickfuß) sind Folge von Stellungsanomalien von Fußknochen oder einer konstitutionellen Gewebsschwäche. Diese Fußveränderungen sind in der Bevölkerung sehr weit verbreitet. Eine solche Fußdeformität wird beim Erwachsenen durch Belastung weder hervorgerufen noch verschlimmert.

(2) Ermüdungsbrüche (Marschfrakturen) pflegen ohne Folgen auszuheilen.

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

139 Gefangenschafts-, Internierungs- und Haftschäden

139

(1) Kriegsgefangenschaft, Internierung oder rechtsstaatswidrige Haft in der DDR waren oftmals – vor allem in den ersten Jahren nach dem letzten Krieg und zum Teil viele Jahre lang – durch extreme Lebensverhältnisse geprägt, zu denen ebenso Unter- und Fehlernährung und Infektionskrankheiten (vor allem Darminfekte) wie schwere körperliche und psychische Belastungen bei mangelnder Erholungsmöglichkeit und ungünstige hygienische und klimatische Verhältnisse und auch Misshandlungen gehörten.

(2) Bei Untersuchungen von Heimkehrern aus der Gefangenschaft, Internierung oder Haft ist der Erhebung einer ausführlichen Anamnese, die vor allem die speziellen Lebensverhältnisse in ihren Einzelheiten erfasst, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Aus der Anamnese ergeben sich wesentliche Hinweise für mögliche Spätschäden.

(3) Die Unter- und Fehlernährung führte zu verschiedenen Formen der alimentären Dystrophie (anfangs auch Eiweißmangelschaden, Mangelkrankheit, Ödemkrankheit genannt), die klinisch als ödematöse und trockene – in der „Auffütterungsphase“ auch als lipophile – Dystrophie in Erscheinung trat. Ihr Auftreten und ihr Verlauf wurden begünstigt und beeinflusst durch Infektionskrankheiten sowie durch körperliche und psychische Belastungen. Daneben führte die Dystrophie zu einer Schwächung des Immunsystems und damit zu einer verminderten Widerstandskraft gegen Infektionen und andere Erkrankungen. Die während der Dystrophieperiode ablaufenden Erkrankungen zeigten infolge der veränderten Reaktionsfähigkeit des Organismus oft eine atypische Symptomatik. Lipophile Dystrophien, die vor allem nach schneller „Auffütterung“ auftraten, gingen oft mit einer dilatativen Kardiomyopathie einher.

(4) Die unkomplizierte Fehl- oder Unterernährung mit oder ohne Ödeme hinterließ bei der großen Regenerationsfähigkeit der meisten Gewebe in der Regel keine bleibenden Folgen; die Schwächung des Immunsystems bildete sich in der Regel innerhalb von zwei Jahren (Reparationsphase) zurück. Mehrphasige oder besonders langdauernde alimentäre Dystrophien oder die Summation von Dystrophie mit infektiösen oder toxischen Schädigungen konnte zu länger anhaltenden, dauernden oder erst spät in Erscheinung tretenden Folgen führen, besonders bei Betroffenen im jüngeren und höheren Lebensalter.

Nicht selten ist es als Summationsschaden nach extremen Lebensverhältnissen zu Leberschäden gekommen, zu denen auf die Nummer 108 verwiesen wird.

Unter dem Einfluss von extremen Lebensverhältnissen mit Dystrophie, ggf. mit Anämie oder Blutdruckänderung, konnte es zu Störungen der Herzfunktion (Herzrhythmusstörungen und Störungen der Erregungsrückbildung) kommen, die in der Regel vorübergehend waren. Über die Koronarsklerose und den Herzinfarkt siehe Nummern 92 und 101.

Schädigungen des Gehirns im Sinne einer dystrophisch bedingten Hirnatrophie (vor allem im Hirnstammbereich) sind insbesondere nach langdauernder schwerer Dystrophie bekannt geworden; auch Hirntraumen im Stadium der Dystrophie konnten einen dystrophischen Hirnschaden begünstigen. Eine solche Hirnatrophie ist allein aufgrund einer organischpsychischen Veränderung schwierig zu erkennen; die Diagnose ist erst durch ergänzende Untersuchungen (z.B. Computertomographie, Kernspintomographie) möglich.

(5) Als Folge des Summationstraumas – vor allem der psychischen Belastungen – können sich auch chronifizierte Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bzw. andauernde Persönlichkeitsveränderungen (früher erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) – nach extremen Lebensverhältnissen in früher Kindheit auch Neurosen – entwickeln. Hierzu wird auf die Nummern 70 und 71, verwiesen.

(6) Im Zusammenhang mit den allgemeinen körperlichen und seelischen Belastungen und als Folge der Dystrophie war nach langjähriger Gefangenschaft, Internierung oder Haft bei fast allen Betroffenen zunächst ein ausgeprägter Erschöpfungszustand mit vegetativen und psychischen Störungen (z.B. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung – siehe Nummer 71 –, Schweißneigung, Schlafstörungen, allgemeine Schwäche) zu beobachten. Diese Störungen, die besonders in der Aufbauphase in großer Vielfältigkeit augenscheinlich waren, benötigten häufig eine längere Zeitspanne (in der Regel zwei Jahre) zum Ausgleich. Schwierigkeiten beim Übergang in das Alltagsleben und in die Berufsarbeit sowie bei der Eingliederung in die Familie und die Gesellschaft konnten für den Ablauf der Heilung bedeutsam gewesen sein. Diese Allgemeinerscheinungen pflegten allmählich in wenigen Jahren folgenlos abzuklingen. Bei Jugendlichen, Frauen und im höheren Lebensalter konnte sich die Rückbildung erheblich verzögern.

(7) Hinsichtlich weiterer Folgen von extremen Lebensverhältnissen und alimentärer Dystrophie siehe Nummern 55 Absatz 5 (Tuberkulose), 64 (multiple Sklerose), 90 Absatz 8 (Pneumokoniosen), 93 Absatz 1 (entzündliche Arterienerkrankungen), 103 Absatz 2 (Zahnschäden), 106 (Ulkuskrankheit), 109 (Eingeweidebrüche), 141 (Sarkoidose), 142 Absatz 2 und 143 Buchst. a (bösartige Geschwülste).

140 Krankheiten des rheumatischen Formenkreises

140

(1) Unter Krankheiten des rheumatischen Formenkreises werden ätiologisch und pathogenetisch unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst, deren gemeinsame Merkmale Schmerz und Funktionsstörungen am Bewegungsapparat sind. Der rheumatische Formenkreis umfasst Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen entzündlicher Art (z.B. Polyarthritiden, Spondylitis ankylosans), Gelenk- und Wirbelsäulenveränderungen degenerativer Art (z.B. Arthrosen, Spondylosen), entzündliche und nichtentzündliche Krankheiten der Weichteile sowie systemische Bindegewebs- und Gefäßerkrankungen (Kollagenosen, Vaskulitiden) und Manifestationen von Stoffwechselkrankheiten (z.B. Gicht).

(2) Entzündlich-rheumatische Krankheiten sind solche mit allgemeinen Zeichen akuter oder chronischer Entzündung und bestimmten pathologisch-anatomischen Veränderungen des Bindegewebes (insbesondere des Stützapparates und der Gelenke, auch der inneren Organe, Nerven und Gefäße).

Die Begutachtung muss der ätiologischen Verschiedenartigkeit (weitgehend bekannte oder ungewisse Ätiologie) der entzündlich-rheumatischen Krankheiten Rechnung tragen, wobei der serologische Nachweis von großer Bedeutung sein kann.

a) Reaktive/postinfektiöse Arthritiden

Das akute rheumatische Fieber ist eine sehr selten gewordene Zweitkrankheit, die nach Infektionen mit beta-hämolysierenden A-Streptokokken aufgrund einer besonderen Immunreaktion entsteht. Zu den typischen Erscheinungen gehören Entzündungen der Gelenke und des Herzens, selten auch des Zentralnervensystems. Meist ist eine Tonsillitis die Vorkrankheit. Wenn durch dienstliche Verhältnisse eine Streptokokkeninfektion aufgetreten ist oder die dienstlichen Umstände das Auftreten der rheumatischen Krankheit wesentlich begünstigt haben, ist diese Erkrankung als Schädigungsfolge anzusehen. Eine enge zeitliche Verbindung muss bestehen. Die Gelenkentzündungen heilen meist ab. Am Herzen können dagegen Folgen zurückbleiben, die manchmal erst nach Jahren erkennbar werden.

Bei Rezidiven sind neu mitwirkende Bedingungen in ihrer ursächlichen Bedeutung abzuwägen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand des Rezidivs von der Ersterkrankung und bei Fehlen von Brückensymptomen wird ein Zusammenhang zwischen beiden zunehmend fraglich.

Andere akute, reaktive Arthritiden und Spondylarthritiden haben an Bedeutung zugenommen. Ursächlich kommen hier enterale, urogenitale und respiratorische Infekte durch bestimmte Bakterien (z.B. Yersinien, Salmonellen, Shigellen, Chlamydien) oder Viren (z.B. Coxsackie, Hepatitis, Röteln, HIV) in Betracht. Im allgemeinen heilen diese Arthritiden innerhalb von Monaten, spätestens in wenigen Jahren aus.

Zu den rheumatischen Manifestationen der Lyme-Borreliose siehe Nummer 54.37.

b) Die Reiter-Krankheit (Trias: Arthritis, Konjunktivitis, Urethritis) ist eine besondere Verlaufsform der reaktiven Arthritiden. Die Ätiopathogenese dieser Krankheit ist zum Teil noch ungeklärt.

Hinreichend geklärt ist nur die ursächliche Bedeutung von infektiösen Harnwegs- oder Darmerkrankungen – insbesondere durch Chlamydien, Shigellen oder Yersinien –. Sind solche Vorerkrankungen als Schädigungen nachgewiesen, kann die Beurteilung mit Wahrscheinlichkeit erfolgen.

Sonst ist eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen, wobei im Hinblick auf die Art des Leidens die Bedeutung folgender Noxen als ungewiss anzusehen ist:

1. Andere infektiöse und sonstige Krankheiten, die die Immunitätslage nachhaltig verändern,
2. körperliche Belastungen, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz erheblich herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn auf die Manifestation des Leidens in einer zeitlichen Verbindung bis zu 6 Monaten danach begründet geschlossen werden kann.

- c) Die Spondylarthritiden, deren bekanntester Vertreter die Spondylitis ankylosans (Bechterew-Krankheit) ist, sind ebenfalls chronisch entzündliche Erkrankungen. Sie kommen ebenso als eigenständige Krankheiten wie als Zweitkrankheiten vor. Es ist dabei zu beachten, dass sowohl die Wirbelsäule als auch periphere Gelenke – manchmal (insbesondere bei Frühformen) auch nur periphere Gelenke – befallen sein können.

Als Zweitkrankheit ist dieses Leiden bei der Reiter-Krankheit, bei bestimmten Enteropathien (Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit) und auch bei der Psoriasis bekannt. Die Beurteilung richtet sich in solchen Fällen nach der des Grundleidens.

Die Ätiopathogenese ist im übrigen weitgehend ungeklärt, so dass eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen ist. Wissenschaftlich werden neben genetischen verschiedene exogene Faktoren diskutiert. Unter diesen Umständen ist auch die Bedeutung folgender Noxen ungewiss:

1. Infektiöse oder andere Krankheiten, die die Immunitätslage nachhaltig verändern,
2. körperliche Belastungen, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz erheblich herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn auf einen Beginn des Leidens in einer zeitlichen Verbindung bis zu 6 Monaten danach begründet geschlossen werden kann.

- d) Die chronische Polyarthritis (cP, rheumatoide Arthritis) – früher als primär chronische Polyarthritis bezeichnet – stellt eine chronische Allgemeinerkrankung dar, bei der eine chronische abakterielle Gelenkentzündung im Vordergrund steht.

Die Ätiopathogenese der chronischen Polyarthritis ist noch weitgehend unbekannt. Es werden wissenschaftlich sowohl genetische als auch exogene Faktoren verschiedener Art diskutiert. Im Hinblick auf diese Ungewissheit ist auch die Bedeutung folgender Noxen ungewiss:

1. Infektiöse oder andere Krankheiten, die die Immunitätslage nachhaltig verändern,
2. körperliche Belastungen, die nach Art, Dauer und Schwere geeignet sind, die Resistenz erheblich herabzusetzen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn auf eine Manifestation des Leidens in einer zeitlichen Verbindung bis zu 6 Monaten danach begründet geschlossen werden kann.

- (3) Kollagenosen und Vaskulitiden kommen ebenso als eigenständige Krankheitsbilder wie auch als Zweitkrankheiten vor. Hinreichend geklärt ist nur die ursächliche Bedeutung einer persistierenden Hepatitis-B-Virus-Infektion bei der klassischen Panarteriitis. Eine Quarzstaubexposition kann eine Sklerodermie induzieren. Selten können bestimmte Medikamente (z.B. INH, Hydralazin, Methyldopa, Procainamid, D-Penicillamin) einen so genannten medikamenten-induzierten Lupus erythematodes bedingen, der nach Absetzen des Medikamentes wieder verschwindet. Sind solche Schädigungen nachgewiesen, kann eine Beurteilung mit Wahrscheinlichkeit erfolgen. Sonst ist eine Kannversorgung in Betracht zu ziehen.

- (4) Der Weichteilrheumatismus umfasst Schmerzzustände sehr unterschiedlicher, entzündlicher und nicht-entzündlicher Genese, wobei die generalisierte Tendomyopathie die wichtigste nicht-entzündliche Form darstellt. So weit der Weichteilrheumatismus Begleiterscheinung eines anderen Leidens (z.B. Wirbelsäulenveränderungen) ist, kommt er als Schädigungsfolge in Betracht, wenn das Grundleiden Schädigungsfolge ist.

- (5) Hinsichtlich der degenerativen Gelenkerkrankungen siehe Nummer 126.

141 Sarkoidose

141

Bei der Sarkoidose (Boeck-Krankheit) handelt es sich um eine generalisierte granulomatöse Erkrankung, deren Ätiologie noch weitgehend ungeklärt ist.

Wissenschaftlich werden neben genetischen auch exogene Faktoren diskutiert. Allerdings sprechen alle in der medizinischen Wissenschaft gesammelten Erfahrungen dafür, dass für die Manifestation und den Verlauf der Krankheit körperliche Belastungen (auch schwererer Art und über Monate andauernd) keine ursächliche Bedeutung erlangen können.

Eine relevante Ungewissheit besteht noch hinsichtlich der Auswirkung

1. infektiöser oder anderer Krankheiten, die die Immunitätslage nachhaltig verändern,
2. extremer und langdauernder Belastungen, wie sie etwa unter Gefangenschafts-, Internierungs- oder Haftinflüssen vorkommen.

Haben solche Umstände als Schädigungstatbestände vorgelegen, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung als gegeben anzusehen, wenn die ersten Symptome der Sarkoidose während der Einwirkung der genannten Faktoren oder längstens 6 Monate danach aufgetreten sind.

142 Geschwülste

142

(1) Bösartige Geschwülste (z.B. Karzinome, Sarkome) entstehen durch Umbildungsvorgänge besonderer Art in Körperzellen. Die eingetretene Umbildung der Zellen ist an bestimmten Eigenheiten ihres Baues, ihres Stoffwechsels, ihrer Anordnung, d.h. an Besonderheiten des Wachstums, erkennbar. Die Fähigkeit der Zellen, maligne zu entarten, ist fast allen Körpergeweben eigen, wenn auch in verschiedenem Grade; sie ist aber nicht bei allen Menschen gleich groß. Viele bösartige Geschwülste treten bevorzugt in höherem Lebensalter auf.

Der Annahme einer überwiegend endogenen Entstehung aller bösartigen Geschwülste stehen viele Ergebnisse der Geschwulstforschung entgegen. Eine Reihe karzinogener Substanzen, mit denen der Mensch im täglichen Leben in Berührung kommt, und bestimmte Vorkrankheiten, die den Boden für eine Geschwulstentwicklung abgeben können (Präkanzerosen), wurden ermittelt. Wichtig scheint bei der Entwicklung von bösartigen Geschwülsten die Gesamtmenge der jeweiligen Noxe zu sein, die je nach Konzentration erst nach längerer, oft erst nach sehr langer Einwirkungsdauer den für die Krebsentstehung nötigen Grenzwert erreicht.

(2) So weit bösartige Geschwülste maßgeblich auf beruflichen Schädigungen beruhen, sind sie entschädigungspflichtige Berufskrankheiten, z.B. bestimmte Hautkrebsse, ChromatLungenkrebs, Schneeberger Lungenkrankheit, Lungenkrebs und Mesotheliom nach Asbestexposition, Krebs der Harnwege durch aromatische Amine u.a.. Erfüllen schädigende Vorgänge die Voraussetzungen, wie sie hinsichtlich der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten gelten, ist der Krebs Schädigungsfolge (auf die Berufskrankheiten-Verordnung und die dazu ergangenen Merkblätter wird verwiesen). Als schädigende Vorgänge kommen vor allem Arbeit im Bergbau während der Gefangenschaft und auch langdauernde Kontakte mit bestimmten Schmier- und Treibstoffen sowie deren Verbrennungsprodukten in Betracht.

Bestimmte bösartige Geschwülste können auch am Ort einer über Jahre und Jahrzehnte in Gang gehaltenen Zellneubildung (Zellproliferation und -regeneration) entstehen, wie z.B. krebsige Entartung einer Lungenkaverne, Leberkrebs bei Leberzirrhose, Anastomosenkrebs am Magenstumpf oder bösartige Geschwülste in Fisteln und Narben. In solchen Fällen ist ein ursächlicher Zusammenhang mit der Vorkrankheit in der Regel wahrscheinlich.

(3) Der ursächliche Zusammenhang zwischen einem Trauma und einem bösartigen Tumor kann wahrscheinlich sein, wenn gleichzeitig folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Die Gewalteinwirkung muss diejenige Körperstelle unmittelbar oder mittelbar betroffen haben, an welcher sich später der Tumor entwickelt.
- b) Die Gewalteinwirkung muss derartig beschaffen gewesen sein, dass sie länger dauernde und eingreifende Gewebs- und Stoffwechselstörungen in dem betreffenden Gebiet hervorbringen konnte und nach Lage des Falles hervorgebracht hat.
- c) Der Zeitraum zwischen der Gewalteinwirkung und den ersten sicher auf eine Geschwulstbildung zu beziehenden Erscheinungen muss mit der Größe, dem geweblichen Aufbau und der Wachstumsgeschwindigkeit der besonderen Gewebsart in Einklang gebracht werden können, d.h. er darf ein gewisses Maß nicht über- oder unterschreiten.
- d) Zwischen den auf die Gewalteinwirkung zu beziehenden unmittelbaren Krankheitserscheinungen und den auf die Geschwulstbildung zu beziehenden Symptomen müssen Übergänge bestehen.

(4) Soweit nicht über die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs entschieden werden kann, sind die Voraussetzungen für eine Kannversorgung gegeben, wenn das allgemeine Risiko, an Krebs zu erkranken, durch Schädigungstatbestände individuell erheblich erhöht worden ist.

Dies trifft zu

- a) bei Personen, die durch dienstliche Verhältnisse in vermehrtem Maße der Einwirkung von für den entsprechenden Tumor bekannten karzinogenen Substanzen ausgesetzt waren, wobei aber die Exposition nicht so massiv war, dass man die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs annehmen könnte, andererseits aber auch nicht so gering war, dass man dieser Exposition im Verhältnis zu der Menge im täglichen Leben aufgenommenen, gleichartig wirkender karzinogener Substanzen keine wesentliche Bedeutung zumessen könnte;
- b) bei Personen mit chronischen Entzündungen, die mit schädigenden Einwirkungen in ursächlichem Zusammenhang stehen, sofern die chronische Entzündung über mindestens 5 Jahre bestanden und der Krebs sich in dem Gebiet der chronischen Entzündung entwickelt hat.

Besteht lediglich ein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der Verschlimmerung zwischen einer Schädigung und einer chronischen Entzündung, muss der auf die Schädigung zurückzuführende Anteil den Verlauf der Entzündung wesentlich, also mindestens annähernd gleichwertig, mitbestimmen haben.

(5) Gutartige Geschwülste werden im allgemeinen nicht durch äußere Einwirkungen verursacht. Demgegenüber können geschwulstähnliche Wucherungen in Narben, in Blutungs- und Quetschungsherden und bei ähnlichen Verletzungen Schädigungsfolge sein, wenn die Narben usw. Schädigungsfolge sind.

143 Erkrankungen durch physikalische und chemische Noxen

143

Wenn als Schädigung physikalische oder chemische Noxen bei Erkrankungen geltend gemacht werden, die in der Liste der Berufskrankheiten genannt sind, erfolgen die Beurteilungen nach den in den Merkblättern zu den entsprechenden Berufskrankheiten aufgeführten Grundsätzen.

a) Schädigung durch Strahlen

An der Begutachtung von Strahlenschäden sollte in Zweifelsfällen ein strahlenbiologisch erfahrener Sachverständiger beteiligt werden.

(1) Als ionisierende Strahlen werden Röntgenstrahlen und andere ionisierende Teilchen bezeichnet, die u.a. durch den Zerfall natürlicher oder künstlicher radioaktiver Stoffe entstehen. Sie sind energiereich und können im lebenden Gewebe zu Störungen der Zelltätigkeit, zum Zelluntergang und damit zu funktionellen, morphologischen und genetischen Veränderungen führen.

Das Ausmaß der biologischen Wirkung ist vor allem abhängig von der Strahlendosis, der Strahlenart und -energie, der zeitlichen und räumlichen Verteilung der Dosis sowie der Strahlenempfindlichkeit des betroffenen Gewebes.

Die Dosis-Wirkungs-Beziehung bestimmt entscheidend den Umfang der Strahlenwirkung. Man unterscheidet dabei Dosis-Wirkungs-Beziehungen mit einer Schwellendosis, unterhalb der keine Strahleneffekte zu beobachten sind (deterministisch = nichtstochastisch) und Dosis-Wirkungs-Beziehungen ohne Schwellendosis (stochastisch), bei denen selbst im niedrigen Dosisbereich Effekte auftreten können. Die Höhe der Schwellendosis kann je nach Organ unterschiedlich sein.

Bei deterministischen Strahlenwirkungen (z.B. akute Schäden, Katarakt, fibrotische Prozesse, chronisches kutanes Strahlensyndrom) kommt eine Anerkennung mit Wahrscheinlichkeit in Betracht, wenn die Schwellendosis erreicht oder überschritten wird.

Bei stochastischen Strahlenwirkungen (vor allem bösartigen Neubildungen, insbesondere Leukämien, sowie Bronchial-, Brust- und Schilddrüsenkarzinom) hängt es von mehreren Faktoren ab, ob eine Beurteilung mit Wahrscheinlichkeit erfolgen kann; ggf. kommt eine Kannversorgung in Betracht (siehe auch Nummern 122 und 142).

Nach Anwendung von Thorotrast, das in den Jahren 1928 bis 1950 zur Röntgendarstellung von Gefäßen und Hohlräumen (z.B. Nierenbecken, Fisteln) benutzt wurde, sind häufig am Ort der Applikation und in Leber, Milz, Lymphknoten und Knochenmark Ablagerungen von radioaktivem Thorium zurückgeblieben. Durch Strahlenschädigung und Fremdkörperreiz können diese Ablagerungen am Applikationsort zu Thorotrastgranulomen (sog. Thorotrastome), zum Teil mit Fistelbildung und auch mit maligner Entartung, führen. An der Leber und Milz können sich Fibrosen, an der Leber auch mit zirrhotischem Umbau, entwickeln. Weitere Folgen sind Leberkarzinome, Endotheliome der Leber, seltener Leukämien und aplastische Anämien.

Oft treten die Folgen der Thorotrastablagerung erst viele Jahre – bis zu Jahrzehnten – nach der Applikation in Erscheinung.

Die MdE-Bewertung richtet sich nach Art, Umfang und nachweisbarer Auswirkung des Thorotrastschadens. Bei ausgedehnten Ablagerungen in Leber und Milz ist die MdE mindestens mit 30 v.H. zu bewerten.

Bei ehemaligen Kriegsgefangenen, die mehrere Jahre im Uranbergbau gearbeitet haben, sind vermehrt bösartige Geschwülste der Atmungsorgane beobachtet worden (siehe Nummer 142 Abs. 2 und 4). Schäden anderer Art konnten bisher nicht sicher nachgewiesen werden.

Über Blutkrankheiten infolge ionisierender Strahlen siehe Nummer 122 Absätze 5 und 6.

(2) Folgen nichtionisierender Strahlung (z.B. Radar) sind nur bei hochgradiger Exposition in Form von thermischen Schäden (insbesondere Katarakt) nachgewiesen.

b) Schädigung durch elektrischen Strom

(1) In Abhängigkeit von Stromstärke, Stromart, Stromweg und Dauer der Einwirkung, denen der Betroffene ausgesetzt war, können organische Dauerschäden auftreten. Der Strom kann einerseits zu Reizwirkungen auf erregbare Gewebe und andererseits zu Wärmewirkungen führen. Der Stromweg kann aus Strommarken an der Haut erschlossen werden. Das Vorhandensein von Strommarken ist jedoch nicht Voraussetzung für die Anerkennung einer Schädigungsfolge.

(2) Bei niedrigen Spannungen (50 bis 1000 Volt) können bei entsprechender Stromstärke und vorwiegend bei Wechselstrom am Herzen Kammerflimmern und auch andere Rhythmusstörungen auftreten, die – soweit sie überlebt werden – in der Regel keine Dauerschäden hinterlassen. Auch Hirnfunktionsstörungen sind im allgemeinen vorübergehend. In Einzelfällen sind bleibende zerebrale Schäden beobachtet worden. Veränderungen am Rückenmark sind ebenfalls selten und haben oft eine relativ günstige Prognose.

(3) Bei Hochspannungsunfällen (auch bei Blitzschlag) treten vor allem äußere und innere Verbrennungen und innere Verkochungen auf. Der Nachweis und die Lokalisation der Strommarken erleichtert die Zusammenhangsbeurteilung. Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen (wie Muskelrisse, Muskelzerstörungen, Knochenbrüche, Hitzesprünge in den Knochen) und bleibende Rückenmarkschäden sind beschrieben worden. Durch Muskelzerfall (Crush-Syndrom) kann es zu einem bleibenden Nierenschaden kommen.

(4) Liegen Augen oder Ohren im Stromfluss, können u.a. Katarakte, Uveitis, retrobulbäre Neuritis, Aderhautrisse bzw. Schwerhörigkeit auftreten.

(5) Bei Elektrotraumen, die mit ausgedehnten Verbrennungen oder Nekrosen einhergehen, ist mit entsprechenden Komplikationen zu rechnen (siehe unter c, Absatz 4).

c) Schädigung durch Hitze

(1) Bei Exposition gegenüber strahlender Hitze kann es zu tetanieähnlichen Hitzekrämpfen kommen, die im allgemeinen nicht zu Dauerschäden führen. Die Hitzeerschöpfung bleibt ohne Dauerfolgen.

(2) Der Sonnenstich als Folge direkter Hitzebestrahlung des ungeschützten Kopfes ist durch plötzliche zerebrale Erscheinungen gekennzeichnet, bevor es zu allgemeinen Zeichen der Wärmeeinwirkung kommt.

(3) Der Hitzschlag durch Verhinderung der Wärmeabgabe bei zu großer Wärmezufuhr von außen (hohe Luftfeuchtigkeit, geringe Luftbewegung, trübes Wetter, Marschkolonnen) ist durch starke Erhöhung der Kerntemperatur und durch Einschränkung bzw. Sistieren der Schweißsekretion charakterisiert. Geht dieses Stadium in einen Zusammenbruch der Kreislaufregulation über, können vor allem schwere Veränderungen der Ganglienzellen des Gehirns sowie der Leber und der Nieren die Folge sein. Außerdem werden Blutungen durch kapillare Schädigungen, auch in den Hirnhäuten, beobachtet.

(4) Bei Verbrennungen oder Verbrühungen ist – abhängig von ihrer Ausdehnung und Tiefe – neben den lokalen Veränderungen mit den Folgen einer Verbrennungskrankheit (z.B. akute Magengeschwüre, Leber- oder Nierenschädigung) zu rechnen.

d) Schädigung durch Kälte

Als Folgen einer allgemeinen extremen Unterkühlung können Herzkammerflimmern, Erosionen der Magenschleimhaut, akute Magengeschwüre, Anämie (Kältehämolysen) oder Nierenschäden auftreten. Die vorgenannten Schäden können auch dann vorkommen, wenn örtliche Erfrierungen nicht aufgetreten sind.

Ein lokaler Kälteschaden kann akut zu Erythem, Blasenbildung und Nekrosen führen. Ein chronischer Kälteschaden der Haut äußert sich durch rezidivierende juckende Rötung und Knotenbildung im Bereich der Akren (Frostbeulen = Perniones), die durch Erwärmung nach relativer Abkühlung meist im Frühjahr oder Herbst in Erscheinung treten. Die Auswirkungen eines lokalen Kälteschadens auf die Gefäße bleiben stets auf die Lokalisation des primären Kälteschadens begrenzt.

e) Schädigung durch Luftdruckänderung

(1) Als Druckfallkrankheit (Dekompressionskrankheit) werden die Gesundheitsstörungen bezeichnet, die durch schnellen Luftdruckabfall mit Bildung von Stickstoffgasblasen in Blut und Gewebe verursacht werden.

Zu den Krankheitszeichen, die auch noch nach vielen Stunden auftreten können, gehören vor allem Gelenk- und Muskelschmerzen sowie Hör- und Gleichgewichtsstörungen, ferner Tonusverlust der Muskulatur, Asphyxie, mehrtägige Temperatursteigerungen, örtliche Zirkulationsstörungen (z.B. Marmorierung der Haut, Herzdurchblutungsstörungen). In der Regel klingen diese Symptome unter Rekompensation ab.

Als Dauerfolgen schwerer Schädigungen sind Rückenmarkschäden (mit Lähmungen überwiegend der unteren Gliedmaßen und anderer Querschnittssymptomatik), Hirnschäden, Hörstörungen, aseptische Knochennekrosen und sehr selten Sehstörungen oder Folgen eines Herzinfarktes beschrieben.

Bei raschem Aufstieg in große Höhen oder bei Zwischenfällen während des Höhenfluges ist die Gefährdung durch den Luftdruckabfall nicht so groß, wie bei vorherigem Aufenthalt in Überdruck.

Bei einer rapiden Dekompression, die wie bei Tauchern auch beim Höhenflug vorkommen kann, können Verletzungen der Lungen und anderer lufthaltiger Organe – u.U. mit Luftembolien – auftreten.

(2) Bei schnellem Luftdruckanstieg (z.B. beim Tauchen) kann es zu Trommelfellrissen kommen.

f) Schädigung durch Sauerstoffmangel

Bei Aufenthalt in großen Höhen (über 4000 Metern) ohne Anpassung oder Ausgleich können Dauerschäden am Zentralnervensystem, Netzhautblutungen sowie bei mehrwöchigem Aufenthalt in großen Höhen Schäden am Herz-Kreislaufsystem auftreten. Die individuelle Empfindlichkeit gegenüber Sauerstoffmangel ist unterschiedlich groß.

g) Schädigung durch Erstickungsgase

(1) Bei der Wirkung der Erstickungsgase unterscheidet man eine äußere und eine innere Erstickung.

(2) Die äußere Erstickung entsteht durch Verdrängung des Sauerstoffs in der Atemluft, z.B. durch Stickstoff oder Kohlendioxid. Erste Symptome treten beim Gesunden bei Sauerstoffkonzentrationen unter 15 Vol.% auf und äußern sich unspezifisch mit Störungen wie Müdigkeit und Konzentrationschwäche. Personen mit vorgeschädigten Organen (z.B. Koronarsklerose) können bereits bei Sauerstoffkonzentrationen oberhalb der vorgenannten Grenze entsprechende Symptome zeigen (z.B. Stenokardien). Bewusstlosigkeit tritt bei Sauerstoffkonzentrationen unter 10 Vol.% auf. Dauerschäden können sich durch Hypoxien an einzelnen Organen (z.B. Gehirn, Herz) entwickeln.

(3) Die innere Erstickung wird durch Interaktionen einiger Gase, insbesondere Kohlenmonoxid (CO), im Stoffwechsel hervorgerufen. Die Höhe der Konzentration von CO in der Atemluft, das Atemminutenvolumen, und die Einwirkungsdauer des CO sowie das Herzminutenvolumen und die Umgebungstemperatur bestimmen die Schwere der CO-Schädigung, die letztlich zur inneren Erstickung führen kann. Besonders betroffen werden die für Sauerstoffmangel empfindlichen Gewebe wie Gehirn und Herz.

Bei akuten Vergiftungen treten ab Carboxi-Hämoglobin(CO-Hb)-Spiegeln von 15% unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Übelkeit und Kopfschmerzen auf. Ab 25% CO-Hb werden EKG-Veränderungen beobachtet. Bewusstlosigkeit tritt ab 40% CO-Hb ein. Eine CO-Hb-Konzentration von über 60% ist in der Regel tödlich. Dauerschäden treten fast ausschließlich nach schweren akuten Vergiftungen auf. Hirnschäden, vor allem im Stammhirnbereich (parkinsonähnliche Bilder, zentralvegetative Störungen), Herzmuskelfunktionsstörungen und Sehstörungen sind bekannt.

Nach Langzeiteinwirkung im Niedrigdosisbereich sind ähnliche Dauerschäden beschrieben worden; ihre Annahme setzt sorgfältige differentialdiagnostische Erwägungen voraus.

(4) Die so genannte Rauchvergiftung geht nicht allein oder überwiegend auf CO zurück, obwohl CO auch im Rauch enthalten sein kann. Der bei Verbrennungsprozessen entstehende Rauch ist in seiner Zusammensetzung unterschiedlich. Die im Einzelfall mögliche gesundheitsschädigende Wirkung ist insofern nicht einheitlich. Die Begutachtung setzt im Einzelfall die Kenntnis der verbrannten Substanzen voraus.

h) Schädigung durch Reizstoffe

(1) Bei den Reizstoffen werden gut wasserlösliche und schwer wasserlösliche Stoffe unterschieden.

(2) Zu den gut wasserlöslichen Reizstoffen gehören Tränengase, die schleimhautreizend im oberen Atembereich und an den Augen wirken; Dauerschäden sind auch nach wiederholter Einwirkung nicht beobachtet worden.

Zu den gut wasserlöslichen Reizstoffen sind ferner künstliche Nebelmittel zu rechnen. Nach akuter Einwirkung treten Reizerscheinungen im Bereich der Atemwege und der Augen auf, die sich jedoch in der Regel vollständig zurückbilden. Bei einer schweren Vergiftung kann es – meist erst nach Stunden – zu einem Lungenödem kommen. Im weiteren Verlauf kann eine Bronchopneumonie auftreten.

(3) Die schwer wasserlöslichen Reizstoffe (z.B. Stickoxide) wirken auf die Alveolen und können nach einer mehrstündigen Latenz zu einem toxischen Lungenödem führen. Spätfolgen können Lungenfibrosen sein.

Abkürzungsverzeichnis

BVG	Bundesversorgungsgesetz
EStG	Einkommensteuergesetz
HHG	Häftlingshilfegesetz
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KBLG	Gesetz über Leistungen an Körperbeschädigte
OEG	Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
RVG	Reichsversorgungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StrRehaG	Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz
StVG	Straßenverkehrsgesetz
SVD 27	Sozialversicherungsdirektive Nr. 27
SVG	Soldatenversorgungsgesetz
VfG-KOV	Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung
VwV-StVO	Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung
VwRehaG	Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz
WDB	Wehrdienstbeschädigung
WFGV	Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz
ZDB	Zivildienstbeschädigung
ZDG	Zivildienstgesetz

Stichwortverzeichnis

(Die Zahlen hinter den Stichwörtern sind Seitenzahlen)

A

A

Adipositas	99	Antikoagulantienbehandlung	30
Ahorn-Sirup-Krankheit	31	Anzeigepflicht, gesetzliche	18
AIDS	106, 176	Aortenklappenfehler	230
Akne	108	Aphasie	42
Akteneinsicht	16	Apoplexie	203, 225, 228
Allergien	32, 188, 190, 192	Appendizitis	235
Alterungsprozess, Hirnverletzte	201	Apraxie	42
Amblyopie	53, 216	Arbeitshypothese	150, 151
Amerikanisches Felsengebirgsfieber	178	Arbeitsunfähigkeit	7, 21
Amöbenruhr, Amoebiasis	184	Sachverständigenbeirat	4
Amyloidose	32, 113, 161, 241, 250, 252	Berufsgheimnis	6
Amyotrophische Lateralsklerose	153, 206	Aseptische Nekrosen	118
Analogbeurteilung Anämien	104, 105, 174, 175, 236, 238, 249, 268	Astigmatismus	216
Anamnese	13, 16, 162, 242, 260	Astrozytom	44
Anastomosenkrebs	266	Aszites	84
Aneurysmen	74, 204, 226, 227	Auskunftserteilung	18
Anforderungen an den Gutachter	3	Außengutachter	19
Anpassungsschwierigkeiten, soziale	47, 48, 49, 61	Autoimmungastritis	154, 232
		Autoimmunhepatitis	154, 236, 237
		Autoimmunkrankheiten	108, 232, 251

B

B

Balkangrippe	177	Bechterew-Krankheit	112, 255, 263
Ballondilatation	72	Beckenkorprothese	135, 139
Bandscheibenoperation	111	Beckennierte	87
Bandscheibenschaden	115, 254, 255	Beckenschiefstand	253, 256
Bang-Krankheit	178, 179	Bedingung, wesentliche	17, 148, 156, 157, 207, 209, 211, 216, 217, 220, 221, 222, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 243, 244, 256, 262
Banti-Syndrom	179		
Basalzellkarzinome	110		

Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung	155, 214, 215	Bizepssehnenriss	120
Befundberichte	6	Blasenschrittmacher	90
Begleiterscheinungen, seelische	12, 22, 23, 24, 39, 61, 81, 165, 244	Blastenschub	103
Behandlung truppenärztliche	158	Blastomykose	184
Beziehung von Unterlagen	5, 6, 17, 218	Blickfeld	50, 53
Berufsanamnese	162	Blindheit	12, 28, 29, 33, 34, 51, 54, 55, 164, 165, 218
Berufsgeheimnis, ärztliches	6	Blutdruckmessung	9, 228
Besondere Belastungen	149, 230	Blutreinigungsverfahren	89
Betäubungsmittelmissbrauch	214	Blutstammzelltransplantation	104
Betreuungsaufgaben	168	Blutungsleiden	105, 249
Beurteilung nach Aktenlage	7	Boeck-Krankheit	265
Beurteilungsspannen	37	Borreliose	183, 262
Beweglichkeit, dauernde Einbuße der körperlichen	134, 136	Brill-Zinsser-Krankheit	177
Bewegungsmessung	21	Brucellosen	178
Bilharziose	187	Brückensymptome	149, 150, 201, 237, 247, 251, 262
Bindegewebskrankheiten	32	Bundesversorgungsgesetz (BVG)	22, 132, 133, 146, 147, 273
Biopsie	9, 10, 14		

C

C

Campylobacter	182	Choreatische Syndrome	43
Candidiasis	184	Claudicatio intermittens	73
Chlamydien	262, 263	Contergan-Schäden	5
Cholera	179, 197	Coxsackie-Viren	210, 262
Cholera-Schutzimpfung	197	Crohn-Krankheit	79, 153, 234, 242, 263
Cholesteatom	219	Crush-Syndrom	269
Chondromalacia patellae	126	Cushing-Syndrom	101
Chondromatose	253		

D

D

Darmkarzinoid	80	DiGeorge-Syndrom	106
Datenschutz	6	Diphtherie	179, 198
Dekompressionskrankheit	270	Diphtherie-Schutzimpfung	198
Demenz	22, 41, 202	Doppler-Druckmessung	9
Dengue-Fieber	177	Doppler-Sonographie	13
Dermatomyositis	32, 108, 113	Dreitagefieber	173
Dialyse	27, 30, 89, 217	Duldungspflicht	157
Dienstbeschädigung	145, 146, 273	Dumping-Syndrom	78
Diensteigentümliche Verhältnisse	149	Dupuytren-Kontraktur	258
Dienstunfähigkeit	21	Dystonie, vegetative	15

E

E

Echinokokkose	187	postvakzinale	192, 193
Echokardiographie	9	toxische	204
Encephalitis lethargica (Economo)	172, 204	Ependymom	44
Endangiitis obliterans	153, 225, 226	Epstein-Barr-Virus-Infektion	173, 250
Endemisches Fleckfieber	178	Erethische Kinder	167
Endoskopie	14	Erfrierung	218, 226, 270
Enteritis infectiosa	273	Ergometerbelastung	71, 72
Entziehungsbehandlung	48, 49	Erschöpfungszustand	261, 269
Entzündlich-rheumatische Krankheiten	111, 112, 262	Erste Wagenklasse	142
Enzephalopathie	84, 173, 192, 193, 198, 204	Erythema nodosum	188
hepatische (portokavale)	84, 204	Erythrozytenenzymdefekte	105
		Evozierte Potentiale	12, 13
		Extrapyramidale Störungen	43, 193, 203, 204

F

F

Fachgerechte Behandlung	156	Feldfieber	180
Faszienlücke am Oberschenkel	125	Feldnephritis	240
Faszienverletzung	112	Felsengebirgsfieber, amerikanisches	178
Fehlbelastung	231, 257	Fibromyalgie-Syndrom	113
Fehlbeurteilung	17, 36, 132, 191	Fleckfieber	177, 178, 204, 226, 227

Fleckfieberenzephalitis	204	Fuchsbandwurm	187
Folgeschaden	79, 155, 159, 161	Funktionsbeeinträchtigung	20, 24, 25, 26, 35, 50, 84, 86, 87, 111, 112, 114, 117, 118, 121, 125
Frey-Syndrom	63	Funktionsprüfungen	9, 10, 12, 224
Frostbeule	270	Funktionssysteme	15, 22
Frühsommer-Meningo-enzephalitis (FSME)	171, 199	Fürsorgepflicht, Verletzung der	215
Frühsommer-Meningoenzephalitis-Schutzimpfung	199		

G

G

Galaktosämie	31	Gesetz über Leistungen an Körperbeschädigte (KBLG)	145, 273
Gangbild	11	Gesetzliche Melde- und Anzeigepflichten	18
Gastroskopie	233	Gesundheitliche Schädigung	36, 149, 190
Gedeihstörungen	72	Giardiasis	185
Gefangenschaft	8, 149, 209, 213, 218, 222, 225, 228, 229, 231, 233, 237, 240, 259, 260, 261, 265, 266	Glaubhaftmachung	132, 149
Geh- und Stehbehinderung	25, 135, 139	Gleichstellung	139, 140
Gehvermögen, Einschränkung	117, 133, 137, 138, 139	Gliedmaßenmessungen	11
Geiselnahme	213	Glioblastom	44
Gelbfieber	177, 196	Glomerulonephritis	154, 182, 236, 240, 241
Gelbfieber-Schutzimpfung	196	Glukosetoleranz, pathologische	247, 248
Gelegenheitsursache	148	Gonorrhoe	184
Gelenkbeweglichkeit, Messung	11, 21	Grad der Behinderung	20, 131, 132, 133, 134
Gerinnungsstörungen	249	Grippe	172, 240
Geruchsstörung	12	Grippe-Schutzimpfung	196
Gesamt-GdB/MdE-Grad	16, 24, 25	Großwuchs	115
Gesamtschau, ärztliche	25	Guillain-Barré-Syndrom	194, 196, 198, 199
Gesamtwortverstehen	58	Günther-Krankheit	101
Geschmacksstörung	12	Gürtelrose	175, 176
Gesetz über den Zivildienst (ZDG)	146, 151, 273	Gutachtenüberprüfung	18, 19
Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)	147, 151, 273		

H

H

Haemophilus influenzae	180, 199	Herpes simplex	110, 172
Haemophilus-influenzae-b-Schutzimpfung (Hib)	199	Herzschrittmacher	73
Häftlingshilfegesetz (HHG)	146, 273	Herzszintigraphie	9
Halluzinationen	43, 44	Hirnabszess	203
Hämaturie	239	Hirnbeschädigte	40, 166, 167
Hämochromatose	246	Hirnhautentzündung	179, 180
Hämodialyse	89	Hirschsprung-Krankheit	79
Hämoglobinurie	239	Histoplasmose	184
Hämophilie	31, 105, 249	HIV-Infektion	106, 176, 184, 187
Hämorrhoiden	80, 235	Hochtonverlust	12, 57
Hanta-Virus-Infektion	176	Homozystinurie	31
Hasenpest	183	Hörprüfungen	12
Hautleishmaniose	186	Hundebandwurm	187
Heilbehandlung	18, 27, 148, 168, 212	Hyperlipidämie	237, 241
Helicobacter pylori	232, 233	Hyperreagibilität	69
Hepatitis-Schutzimpfung	199	Hyperthermie, maligne	211
Herpes corneae	186	Hypoglykämischer Schock	30, 138

I

I

Ichthyosis	109	Influenza	172, 196
Ileuserscheinungen	80, 86	Influenza-Schutzimpfung	196
Immunangiopathien	154, 226	Inneres Organsystem	164
Immundefekte	31, 106, 187, 194	Instabilität	115, 116, 119, 125
Impfpoliomyelitis	194	Insulinbehandlung	99
Impfstoffe	190, 191, 195, 197, 198	Intelligenzmangel	46
Infektsteine	242		

J

J

Juvenile chronische Polyarthritis	32
-----------------------------------	----

K

K

Kahnbeinpseudarthrose	258	Kleider- oder Wäscheverschleiß	17, 148
Kala-Azar	185	Kleinwuchs	79, 114, 115
Kanikola-Fieber	181	Knalltrauma	220
Kannversorgung	150 ff, 199, 206 ff	Knickfuß	127, 259
Kapitalabfindung	167	Knochenmarkdosis	249
Kardiopulmonale Untersuchungen	9	Kokzidioidomykose	184
Karies	231	Kontrastmittelinjektion	14
Karzinogene Substanzen	265, 267	Kopfschmerzen	41, 194, 272
Kataplexien	43	Körperersatzstücke	117
Kausalkette	149	Krankenlager, dauerndes	28, 166
Kavernenkrebs	190	Kreatinin	10, 88
Kernspintomographie	13, 260	Kreislauffunktionsprüfungen	224
Keuchhusten	180	Kriegsgefangenschaft	149, 209, 213, 222, 259
Keuchhusten-Schutzimpfung	198	Kriegsopferfürsorge	148, 169
Kinderlähmung	172		
Kinderlähmung-Schutzimpfung	194		

L

L

Laboruntersuchungen	9	Leichenöffnung	159
Laborwerte	9, 98	Leidensbezeichnung	82
Lambliasis	185	Leishmaniasis	185, 186
Lathyrus	208	Leistungspsychologische Untersuchungen	13
Laufbanduntersuchung	9	Leptospirosen	180
Lazarett	157, 226	Lichtdermatosen	251
LDL-Apherese	99	Lues	184, 208
Lebenserwartung	168	Luftembolie	271
Lebensmittelvergiftung	182	Lumbalisation	255
Leberbiopsie	9	Lumbalpunktion	14
Legasthenie	45	Lunatum-Malazie	118, 258
Legionellose	183	Lungenfunktionsprüfungen	9, 68
Lehrmeinung	3, 150, 151		

Lupus erythematodes	32, 108, 113, 264	Lymphödem	75, 94, 110
Lymphadenopathiesyndrom	106, 176	Lyssa	174
		Lyssa-Schutzimpfung	196

M

M

Magnetresonanztomographie	13	Messbandstreckenverfahren	11
Malaria	186, 249	Milwaukee-Korsett	116
Maligne Hyperthermie	211	Mindestvomhundertsätze	22
Maltafieber	178, 179	Mittelbare Schädigungsfolge	154, 155
MALT-Lymphom	154, 233	Mitursache	148, 191, 204, 230, 245
Marschfraktur	259	Mononukleose, infektiöse	
Masern	173, 195	Mumps	173, 176
Masern-Schutzimpfung	195	Mumps-Schutzimpfung	199
Mastektomie	94, 95	Muskeldystrophie, progressive	153, 209, 210
Medikamentenabhängigkeit, -missbrauch	214	Muskelreizerscheinungen	115
Medulloblastom	44	Muskelschwäche	81, 101, 114
Melde- und Anzeigepflichten, gesetzliche	18	Myelitis	35, 111, 113, 149, 161, 172, 173, 174, 179, 182, 192, 194, 197, 206, 207, 208, 225, 252
Meningitis epidemica	179	Mykosen	110, 184
Meningoenzephalitis	171, 172, 173, 175, 176, 194, 196, 199	Myokarditis	193
Meningokokken-Meningitis	179	Myopathien	71, 72, 154, 209, 210, 230, 260, 264
Mesaortitis luica	184	Myotonie	210

N

N

Nachprüfung	16, 17, 18, 34, 40, 79, 142	Neufeststellung	34, 35
Nachschaden	159, 160	Nierenbiopsie	10
Nachtblindheit	55, 218	Nierenfunktionsprüfung	10
Nachuntersuchung	44	Notwendigkeit ständiger Begleitung	133, 140
Nahrungsmittelvergiftung	182	Nuklearmedizinische Untersuchungen	10
Neoblase	92		

O

O

Obduktion	203	Opferentschädigungsgesetz (OEG)	147, 151, 273
Ödeme	74, 75, 76, 88, 94, 107, 110, 201, 241, 260, 272	Organtransplantation	31, 35, 37, 55, 68, 72, 84, 89, 104, 141
Öffentliche Veranstaltungen	141, 142	Orientbeule	186
Ohnarmer	135	Orientierungsfähigkeit, Störung der	133, 137, 138
Ohnhänder	135, 140, 142, 166	Orthopädische Hilfsmittel	11
Operationen, nachteilige Folgen	216, 221, 234, 243	Ozaena	62, 221

P

P

Pappataciefieber	173	Phlebodynamometrie	9
Paratyphus	181, 182	Phlyktäne	188
Parkerleichterung	135, 139	Pocken	174, 175, 178, 191, 192, 193
Parodontopathie	231	Pocken-Schutzimpfung	191, 193
Parotitis epidemica		Poliomyelitis	172, 173, 194, 206, 207, 208
Pauschbetrag für außergewöhnlichen Kleider- oder Wäscheverschleiß	17	Poliomyelitis-Schutzimpfung	194
Perimetrie	12, 50	Polymyalgia rheumatica	113
Perthes-Krankheit	118, 258	Postvakzinale Enzephalitis, Enzephalopathie	84, 173, 192, 193, 198, 204
Pertussis	180, 198	Protozoeninfektion	184, 186
Pertussis-Schutzimpfung	198	Provokationstest	14
Pflegebedürftigkeit	27	Psychologische Untersuchung	13
Pflegezulage	17, 26, 28, 35, 142, 160, 162, 164, 165, 166, 167	Punktbewertung, Schwerstbeschädigtenzulage	17, 35, 41, 162, 164, 165
Pflegezulagestufen	28, 142, 165, 167		
Phantomschmerzen	24, 212		

Q

Q

Q-Fieber	177	Quincke-Ödem	107
----------	-----	--------------	-----

R

R

Radarstrahlen	269	Resistenzminderung	149, 216, 217, 244
Radioaktive Substanzen	14, 250, 267, 273	Rhabdomyolyse	210
Rauschmittelsucht	48	Rheumatische Krankheiten	111, 112, 113, 222, 229, 230, 231, 261, 262, 264
Raynaud-Syndrom	227	Rickettsienpocken	178
Rechenstörung	45	Rickettsiosen	178
Rechtschreibschwäche	45	Rindenblindheit	34
Rechtsstaatswidrige Haft	259	Rollstuhlbenutzung	28, 139, 140, 141
Regelwidrigkeit	21	Röntgenuntersuchungen	9, 10, 232
Rehabilitation	5, 46, 168	Röteln	174, 196, 262
Reichsversorgungsgesetz (RVG)	145, 273	Röteln-Schutzimpfung	196
Reiter-Krankheit	153, 262, 263	Rückfallfieber	181
Reparationsphase	189, 209, 225, 226, 260	Ruhr	181, 184, 185
		Rundfunkgebührenpflicht	135, 141

S

S

Salmonellosen	182, 262	Schneidekantendistanz	63
Sarkoidose	70, 153, 261, 265	Schütteltrauma	211
Sauerstoffmangel	230, 271	Schwangerschaft	196, 227, 245, 247, 248
Schädigender Vorgang	156, 225, 240	Schwerbehinderte	3, 6, 7, 14, 17, 19, 24, 26, 129 ff.
Schädigungsfolge	14, 15, 16, 17, 19, 20, 34, 35, 142, 148, 149, 150, 151, 152, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 189, 204, 209, 210, 211, 227, 231, 234	Schwerstbeschädigtenzulage	17, 35, 41, 162, 164, 165
Auswirkung	20	Schwindel	60, 61, 220
Bezeichnung	14, 20	SED-Unrechtsbereinigungsgesetze	146, 147
Scharlach	182, 240	Seelische Begleiterscheinungen	22, 23, 24, 81, 106
Schistosomiasis	187	Selbsttötung	155, 214, 215
Schlaf-Apnoe-Syndrom	70	Selbstverletzung	155
Schlafattacken, -lähmungen	43, 44	Sensibilitätsstörung	11, 39
Schlafstörungen	41, 261	Sharp-Syndrom	32
Schlammfieber	180	Shigellosis	181
Schluckstörungen	64, 77	Silikose	68, 224
Schneeberger Lungenkrankheit	266		

Sollwerte (EGKS)	9, 21	Still-Syndrom	32
Sonnenstich	270	Strafrechtliches Rehabilitierungs-	
Sonographie	9, 10, 13	gesetz (StrRehaG)	
Soziale Anpassungsschwierigkeiten	47	Straßenverkehrsgesetz (StVG)	146, 273
Sozialversicherungsdirektive Nr. 27		Straßenverkehrsordnung (StVO)	135, 273
	145, 273	Stumpfverhältnisse	11, 117, 122,
Spätmyleopathie	205		123, 256
Spätschaden	161, 260	Suchtkrankheiten	48
Spina bifida	50	Südamerikanisches Fleckfieber	178
Spirographie	9	Sudeck-Syndrom	257
Sprachaudiogramm	12, 56	Suizid	155, 214, 215
Sprachstörungen	12, 56, 137, 193	Synkopale Anfälle	42
Sprechstörungen	63, 114	Syphilis	184, 208
Sprue	80, 181, 249	Syringomyelie	153, 205, 206
Ständige Begleitung	133, 140	Systemmykosen	110
Steuerliche Nachteilsausgleiche	133	Szintigraphie	9, 13

T

T

Tabes dorsalis	184	Trophische Störungen	123, 128
Tagesschläfrigkeit	43, 44	Truppenärztliche Behandlung	158
Tendomyopathie, generalisierte	264	Tsutsugamushifieber	178
Tetanie	101, 269	Tuberkulose	173, 188, 190, 229, 231,
Tetanus	183, 198		241, 243, 244, 246, 261
Tetanus-Schutzimpfung	198	extrapulmonal	70
Thalassämie	105	Lunge, Pleura	68, 70, 141, 160, 189,
Thorotrast	169, 268		190, 224
Thrombose	84, 102, 104, 173, 177, 179,	Tuberkulose-Schutzimpfung	197
	181, 183, 197, 198, 217, 227, 250	Tularämie	183
Tollwut	174, 196	Typ-I-Allergie	32
Tollwut-Schutzimpfung	196	Typ-I-(II)-Diabetes mellitus	99, 154, 173,
Tonaudiogramm	12, 57		199, 246, 247
Torticollis spasmodicus	43	Typhus	177, 181, 182, 197, 226, 227
Toxoplasmose	186, 187	Typhus exanthematicus	177
Transfusionsbedürftigkeit	104, 105	Typhus-Schutzimpfung	197
Tripper	184	Typische Berufskrankheit	136

U

U

Überlastungsschäden	223, 229, 257	Ungünstige Stumpfverhältnisse	11, 117, 122, 123, 156
Überprüfung von Gutachten	18, 19, 36	Unrichtigkeit von Entscheidungen	158
Umfangmessungen	75	Unterkühlung	270
Unentgeltliche Beförderung	133, 137, 140	Unterlassung von Maßnahmen	157
Unfall	8, 40, 145, 146, 149, 155	Uranbergbau	169, 268
Unfallversicherung, gesetzliche	132, 136	Urethrozystoskopie	10
Ungeeignete Formulierungen	15, 19	Urinal	91
Ungewissheit	151, 152, 209, 226, 250, 264, 265	Urodynamische Untersuchung	10

V

V

Variola	174	Verschiebung der Wesensgrundlage	35, 200, 213
Varizellen	176	Verschlimmerung	82, 145, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 158, 189, 210, 219, 230, 247, 248, 254, 256, 267
Vasomotorische Störungen	41, 201	Vertrauensschutz	36
Vegetative Dystonie	15	Verwaltungsentscheidungen	147
Veränderungen im Alter	21	Rücknahme von -	35, 36
Verbrennung	107, 218, 234, 269, 270	Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	147, 151, 273
Verbrühung	270	Verwaltungsvorschrift Nummer 5 zu § 30 BVG	22, 52
Vergewaltigung	149, 213, 244, 245	Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO)	135, 273
Verhältnisse, diensteigentümliche	149	Virushepatitis	83, 174, 235, 236
Verletzung der Fürsorgepflicht	215	Vorschaden	152, 153, 156, 159, 160
Verletzungsfolgen	10, 40, 62, 67, 68, 155, 174, 183, 200, 201, 202, 203, 205, 212, 216, 218, 226, 229, 234, 242, 251, 252, 258		
Verordnung zur Durchführung des § 31 Abs. 5 BVG	162		

W

W

Wahrscheinlichkeit	20, 131, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 158, 168, 194, 210, 247, 250, 263, 264, 266, 267, 268, 273	Wesentliche Änderung der Verhältnisse	34, 35
		Wesentliche Bedingung	148, 156, 157, 211, 216, 217, 220, 222, 227, 228, 230, 232, 233, 244, 256
Wegstrecken im Ortsverkehr	133, 137	Willensbestimmung, Beein- trächtigung der freien	155, 214, 215
Wehrdienstbeschädigung (WDB)	145, 146, 273	Windpocken	175
Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz (WFVG)	145, 273	Wolhynisches Fieber	178
Weil-Krankheit	180	Wundstarrkrampf	183, 198
Werkstatt für Behinderte	46	Wunschreaktionen	214
		Wurmkrankheiten	248

Y

Y

Yersinien	182, 262, 263
-----------	---------------

Z

Z

Zahnschäden	10, 261	Zivildienstbeschädigung (ZDB)	146, 273
Zahnschema	10	Zivildienstgesetz (ZDG)	146, 273
Zeckenbissfleckfieber	178	Zöliakie	32, 80
Zeitliche Verbindung	150, 151, 201, 209, 210, 219, 223, 231, 248, 249, 252, 262	Zoster	175, 176
Zisternenpunktion	14	Zweckreaktionen	214
		Zystoskopie	10
		Zytomegalie-Virus-Infektion	176

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Referat Information, Publikation, Redaktion

Postfach 500

53108 Bonn

Stand: April 2004

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Bestell-Nr.: K 710

Telefon: 0180/5151510 (0,12 EUR/Min.)

Telefax: 0180/5151511 (0,12 EUR/Min.)

Schriftlich an Herausgeber

E-Mail: info@bmgs.bund.de

Internet: <http://www.bmgs.bund.de>

Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800/1110005 (zum Nulltarif)

Telefax: 0800/1110001 (zum Nulltarif)

E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.de

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMGS, Bonn

Druck: Clausen & Bosse GmbH, 25917 Leck