



Arbeitskompendium

der



versorgungsmedizinisch
tätigen Leitenden

Ärztinnen und Ärzte



der Länder
und der Bundeswehr



Arbeitskompendium

der
versorgungsmedizinisch
tätigen Leitenden
Ärztinnen und Ärzte
der Länder
und der Bundeswehr

Band I

Schwerbehindertenrecht

Vorwort

Im Januar 2009 trat die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) mit den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ in Kraft. Damit wurde die von der Rechtsprechung geforderte Verrechtlichung der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ umgesetzt. Die Zielsetzungen der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ gleichen denen der Anhaltspunkte:

Sie dienen den versorgungsärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern nunmehr als rechtsverbindliche Norm für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertungsgrundlage für die verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung einer sachgerechten Relation untereinander.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ werden auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention werden unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) Teilhabebeeinträchtigungen in vergleichbarer Weise abgebildet.

Der unabhängige „Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ berät das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten und bereitet die Fortentwicklung der Anlage zu § 2 der VersMedV entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vor. Um dem hohen wissenschaftlichen Anspruch gerecht zu werden setzt sich der „Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ in seiner Grundstruktur aus acht versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzten und acht Vertretern der klinischen Wissenschaft und Lehre sowie einem Vertreter der Bundeswehr zusammen.

Aus rechtsförmlichen Gründen konnten Teile der „Anhaltspunkte“ nicht in eine bundesministerielle Verordnung übernommen werden. Dies betrifft vor allem inhaltliche Ausführungen zum sozialen Entschädigungsrecht sowie Ausführungs- und Umsetzungshilfen, die den Ländern vorbehalten sind.

Die Aufgabe einer einheitlichen Umsetzung der Bewertungsvorgaben

aus den „Anhaltspunkten“ in den Ländern wurde bis Ende 2008 durch den bis dahin tätigen ärztlichen Sachverständigenbeirat der Sektion Versorgungsmedizin beim BMAS geleistet. Um auch weiterhin eine einheitliche Anwendung des wissenschaftlich allgemein anerkannten Lehrbuchwissens zu gewährleisten, sollte durch die Länder - mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales - eine Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsverwaltung gebildet werden.¹ Nur durch die Vereinheitlichung und Optimierung der Güte der Begutachtungsdurchführung im Schwerbehindertenrecht und sozialen Entschädigungsrecht kann ein hoher länderübergreifender Qualitätsstandard bei der Bewertung des Ausmaßes von Teilhabebeeinträchtigungen erreicht werden.²

Deshalb gründeten die Leitenden Ärztinnen und Ärzte im März 2009 die „Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr“, welche vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützt wird. Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es, durch regelmäßigen, fachlichen Austausch eine bundeseinheitliche Beurteilung und Bewertung versorgungsmedizinischer Sachverhalte zu gewährleisten sowie Qualitätsstandards zu entwickeln und zu sichern. Zu den Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft gehört es, versorgungsmedizinische Fachfragen in den Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales einzubringen. Mitglieder sind die versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr mit je einer Stimme.

Die Mitglieder und ihre Vertreter unterliegen der sachlichen Neutralität und sind bezogen auf die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung nur ihrem Gewissen verantwortlich. Die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft können als Empfehlung zur einheitlichen Umsetzung den Ländern sowie dem BMAS und dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat von der Vorsitzenden/dem Vorsitzenden bekannt gegeben werden.

Die fachgerechte Anwendung der versorgungsmedizinischen Grundsätze setzt eine sozialmedizinische Begutachtung voraus, welche neben dem klinisch-fachärztlichen Wissen die Besonderheiten versorgungsmedizinisch relevanter Begutungskriterien zu berücksichtigen hat.

¹Bundesrat Drucksache 767/08 vom 17.10.2008

²Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Als wesentliches Instrument der Qualitätssicherung gibt die Arbeitsgemeinschaft das „Arbeitskompendium der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr“ heraus. Die Inhalte des Arbeitskompendiums geben versorgungsmedizinische Belange komplex wieder. Sie umfassen neben aktualisierten Leitlinien zur Begutachtung und deren Durchführung den Teil A - D der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sowie die Kapitel der „Anhaltspunkte“ 2008 zur Kausalitätsbeurteilung bei den einzelnen Krankheitszuständen. Eingearbeitet und den entsprechenden Gesundheitsstörungen zugeordnet wurden die aktuell relevanten Auszüge aus den Niederschriften über die Tagungen der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (bis November 2008).

Die Arbeitsgemeinschaft wirkt daran mit, dass die in der Versorgungsmedizin-Verordnung nicht berücksichtigten Teile der „Anhaltspunkte“ weiter entwickelt werden. Im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der VersMedV werden die Grundlagen der Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Gesundheitsstörungen auf ihre Gültigkeit geprüft und in die VersMedV übernommen. Bis dahin sind die in den „Anhaltspunkten“ enthaltenen Ausführungen zur Kausalität im Sinne antizipierter Sachverständigengutachten weiterhin gültig und im Kompendium eingearbeitet.

Das Arbeitskompendium wird über die versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr zur Verfügung gestellt.

Unser Dank für die Unterstützung bei der Erstellung des Arbeitskompendiums gilt Herrn Kollegen Rödel aus Bayreuth für den Entwurf des Deckblattes sowie den Kollegen der Fachlichen Leitstelle des Versorgungsamtes Hamburg, insbesondere Frau Dr. Marie-Luise Kölln und Herrn Matthias Kruse, für die fachliche und technische Beratung und Hilfe.

Hamburg und Berlin im Januar 2014

Für die Herausgeber

Roswitha Funck, Thomas Kästner und Renée Wirtmüller

Inhaltsverzeichnis

I	Leitlinien der Begutachtung	1
1	Rechtsgrundlagen zur Begutachtung nach Teil 3 SGB IX	3
1.1	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) Teil 1	3
1.1.1	Schwerbehinderung	3
1.1.2	Gleichstellung	3
1.1.3	Behinderung	4
1.2	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) Teil 3	4
1.2.1	Grad der Behinderung	4
1.2.2	Feststellung der Behinderung	4
1.2.3	Feststellung GdS/GdB durch andere Rechtsvorschriften	5
1.2.4	Mehrere Beeinträchtigungen	5
1.2.5	Weitere gesundheitliche Merkmale	6
1.2.6	Ausweis	6
1.2.7	Ermächtigungsgrundlage	6
1.2.8	Unentgeltliche Beförderung	6
1.2.9	SGB IX § 229 Erläuterungen zu den persönlichen Voraussetzungen	7
1.3	Einkommensteuergesetz (EStG)	7
1.4	Außergewöhnliche Gehbehinderung	10
2	Durchführung der Begutachtung	13
2.1	Richtlinien für Gutachten	13
2.2	Fachliche Anforderungen an den Gutachter	14
2.3	Aufgaben der Leitenden Ärztinnen/Ärzte	16
2.4	Ermittlungen und andere Vorbereitungen der Begutachtung	19
2.5	Gutachterliche Beurteilung nach Aktenlage	22
2.6	Gutachterliche Beurteilung nach Untersuchung	23
2.7	Vorgeschichte	23
2.8	Befund	24
2.9	Besondere diagnostische Maßnahmen	31
2.10	Beurteilung und Bezeichnung der Gesundheitsstörungen	31
2.11	Vorschlag für eine Nachprüfung	35
2.12	Erteilung von Auskünften über den Gesundheitszustand	36
2.13	Beachtung gesetzlicher Melde- und Anzeigepflichten	37

2.14	Überprüfung von Gutachten	37
2.15	Entscheidung durch die Versorgungsverwaltung	38
3	Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV	39
3.1	Einleitung	39
3.2	Inhaltsübersicht	42
3.3	Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV (Stand: 1. Januar 2020)	43
3.4	§ 2 - Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“	46
3.5	Abkürzungsverzeichnis	46
3.6	Bürgertelefon	47
II	VersMedV	
	Kapitel A Allgemeine Grundsätze	49
1	Grundbegriffe	51
1.1	Schädigungsfolge	51
1.2	Behinderung, Schwerbehinderung und Gleichstellung	51
1.3	Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung	52
1.4	Typische Berufskrankheit	52
2	Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB)	55
3	Gesamt-GdS	65
4	Hilflosigkeit	71
5	Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen	85
6	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung	113
7	Wesentliche Änderung der Verhältnisse	123
8	Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen	125

III	VersMedV	
	Kapitel B GdS-Tabelle	127
1	Hinweise zur GdS-Tabelle	129
2	Kopf und Gesicht	141
2.1	Schädelnarben	141
2.2	Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich	141
2.3	Echte Migräne	142
2.4	Periphere Fazialisparese	144
3	Nervensystem und Psyche	145
3.1	Hirnschäden	145
3.1.1	Gesamtbewertung von Hirnschäden	146
3.1.2	Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen	149
3.2	Narkolepsie	155
3.3	Hirntumoren	155
3.4	Geistige Leistungsbeeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter	157
3.4.1	Entwicklungsstörungen im Kleinkindalter	157
3.4.2	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter	162
3.5	Verhaltens- und emotionale Störungen	167
3.5.1	Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)	167
3.5.2	Hyperkinetische Störungen	168
3.5.3	Störungen des Sozialverhaltens	169
3.6	Schizophrene und affektive Psychosen	171
3.7	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata	172
3.8	Störungen durch psychotrope Substanzen	179
3.9	Rückenmarkschäden	182
3.10	Multiple Sklerose	185
3.11	Polyneuropathien	185

4	Sehorgan	187
4.1	Verlust eines Auges mit Eiterung	192
4.2	Linsenverlust	192
4.3	Sehschärfentabelle	197
4.4	Augenmuskellähmungen, Strabismus	198
4.5	Gesichtsfeldausfälle	199
4.6	Ausfall des Farbensinns	201
4.7	Hornhauttransplantation	201
4.8	Augentumoren	201
5	Hör- und Gleichgewichtsorgan	203
5.1	Angeborene oder in der Kindheit erworbene Taubheit	204
5.2	Hörverlust	208
5.2.1	Sprachaudiometrie	208
5.2.2	4-Frequenztafel	208
5.2.3	3-Frequenztafel	209
5.2.4	Tabelle zur Ermittlung des GdS	209
5.3	Gleichgewichtsstörungen	210
5.4	Chronische Mittelohrentzündung	212
5.5	Verlust einer Ohrmuschel	212
6	Nase	213
6.1	Völliger Verlust der Nase	213
6.2	Stinknase	213
6.3	Verlust des Riechvermögens	214
7	Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege	215
7.1	Lippendefekte	215
7.2	Funktionsstörung der Zunge	215
7.3	Teilverlust des Unterkiefers	216
7.4	Zahnverlust	216
7.5	Gaumendefekt	216
7.6	Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten	217
7.7	Schluckstörungen	219
7.8	Verlust des Kehlkopfes	219
7.9	Tracheostoma	220
7.10	Funktionelle und organische Stimmstörungen	221
7.11	Artikulationsstörungen	221

8	Brustkorb, tiefe Atemwege und Lungen	223
8.1	Brustkorbdefekte	226
8.2	Chronische Bronchitis, Bronchiektasen	226
8.3	Einschränkung der Lungenfunktion	227
8.4	Lungentransplantation, Lungentumoren	228
8.5	Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,	228
8.6	Bronchialasthma bei Kindern	229
8.7	Schlaf-Apnoe-Syndrom	232
8.8	Tuberkulose	233
8.9	Sarkoidose	234
9	Herz und Kreislauf	237
9.1	Krankheiten des Herzens	239
9.1.1	Einschränkung der Herzleistung	239
9.1.2	Herzoperationen, Herzklappenprothesen	241
9.1.3	Leistungsbeeinträchtigung nach Herzinfarkt	243
9.1.4	Leistungsbeeinträchtigung nach einer Herztransplantation	243
9.1.5	Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel	244
9.1.6	Rhythmusstörungen	244
9.2	Gefäßkrankheiten	245
9.2.1	Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen	245
9.2.2	Aneurysmen, gefäßchirurgische Eingriffe	246
9.2.3	Unkomplizierte Krampfadern	247
9.3	Hypertonie (Bluthochdruck)	248
10	Verdauungsorgane	251
10.1	Speiseröhrenkrankheiten	251
10.2	Magen- und Darmkrankheiten	253
10.2.1	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden	253
10.2.2	Chronische Darmstörungen	255
10.2.3	Bauchfellverwachsungen	259
10.2.4	Hämorrhoiden	260
10.3	Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	261
10.3.1	Chronische Hepatitis	261
10.3.2	Leberfibrose, Leberzirrhose	271

10.3.3	Fettleber	271
10.3.4	Lebertumoren, Lebertransplantation	271
10.3.5	Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis	274
10.3.6	Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse	275
11	Brüche (Hernien)	277
11.1	Leisten- oder Schenkelbruch	277
11.2	Nabelbruch	277
11.3	Zwerchfellbrüche	277
12	Harnorgane	279
12.1	Nierenschäden	279
12.1.1	Verlust, Ausfall oder Fehlen einer Niere	279
12.1.2	Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion	280
12.1.3	Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion	281
12.1.4	Nierentransplantation, Nierentumoren	282
12.2	Schäden der Harnwege	284
12.2.1	Chronische Harnwegsentzündungen	284
12.2.2	Entleerungsstörungen der Blase	285
12.2.3	Blasentumoren	286
12.2.4	Harninkontinenz	287
13	Männliche Geschlechtsorgane	289
13.1	Verlust des Penis	289
13.2	Unterentwicklung, Verlust oder Schwund eines Hodens	290
13.3	Hydrozele, Varikozele	291
13.4	Entfernung maligner Hodentumoren	291
13.5	Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse	293
13.6	Entfernung maligner Prostatatumoren	293
14	Weibliche Geschlechtsorgane	299
14.1	Verlust der Brust (Mastektomie)	299
14.2	Verlust der Gebärmutter	303
14.3	Verlust eines Eierstockes	306
14.4	Entzündlicher Prozess der Adnexe	310
14.5	Endometriose	310
14.6	Scheidenfisteln	311

15	Stoffwechsel, innere Sekretion	313
15.1	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	316
15.2	Gicht	322
15.3	Fettstoffwechselkrankheit	322
15.4	Phenylketonurie	323
15.5	Mukoviszidose (zystische Fibrose)	323
15.6	Schilddrüsenkrankheiten	324
15.7	Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz	325
15.8	Porphyrien	326
16	Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	327
16.1	Verlust der Milz	327
16.2	Hodgkin-Krankheit	327
16.3	Non-Hodgkin-Lymphome	328
16.3.1	Chronische lymphatische Leukämie	329
16.3.2	Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome	329
16.4	Plasmozytom (Myelom)	329
16.5	Myeloproliferative und -dysplastische Neoplasien	330
16.5.1	Chronische myeloische Leukämie	331
16.5.2	Atypische chronische myeloische Leukämie	331
16.5.3	Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)	332
16.5.4	Chronische Eosinophilen-Leukämie/ Hypereosinophilie-Syndrom	332
16.5.5	Polycythaemia vera	332
16.5.6	Essentielle Thrombozythämie	333
16.5.7	Juvenile myelomonozytäre Leukämie	333
16.6	Akute Leukämien	336
16.7	Myelodysplastische Syndrome	337
16.8	Knochenmark- und Stammzelltransplantation	338
16.9	Anämien	339
16.10	Hämophilie	339
16.11	Immundefekte	340
17	Haut	345
17.1	Ekzeme	345
17.2	Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem	346
17.3	Akne	346

17.4	Rosazea, Rhinophym	347
17.5	Hautveränderungen bei Autoimmunkrankheiten des Bindegewebes	347
17.6	Blasenbildende Hautkrankheiten	348
17.7	Psoriasis vulgaris	348
17.8	Erythrodermien	349
17.9	Ichthyosis	349
17.10	Mykosen	350
17.11	Totaler Haarausfall	350
17.12	Naevus	350
17.13	Tumoren der Haut	351

18 Haltungs- u. Bewegungsorgane, rheum. Krankheiten 353

18.1	Allgemeines	353
18.2	Entzündlich-rheumatische Krankheiten	355
18.2.1	Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und der Wirbelsäule	355
18.2.2	Kollagenosen	359
18.2.3	Vaskulitiden	359
18.3	Nicht-entzündliche Krankheiten der Weichteile	360
18.4	Fibromyalgie	360
18.5	Chronische Osteomyelitis	364
18.6	Muskelkrankheiten	365
18.7	Kleinwuchs	367
18.8	Großwuchs	369
18.9	Wirbelsäulenschäden	370
18.10	Beckenschäden	376
18.11	Gliedmaßenschäden, Allgemeines	377
18.12	Endoprothesen	377
18.13	Schäden der oberen Gliedmaßen	381
18.14	Schäden der unteren Gliedmaßen	387

IV VersMedV

Kapitel C SER

399

V	VersMedV	
	Kapitel D Merkzeichen	401
1	Merkzeichen G	403
2	Merkzeichen B	425
3	Merkzeichen aG	437
4	(Merkzeichen GI)	453
5	Merkzeichen H	455
6	Merkzeichen BI	457
7	Merkzeichen TBI	459
8	Merkzeichen RF	461
8.1	Anhaltspunkte 2008, 33	461
8.2	Anhaltspunkte 2004, 33	461
9	Nutzung der 1. Klasse	477
10	§ 33 b EStG	479
11	Übersicht über die Parkerleichterungen	485
11.1	Blauer Parkausweis	485
11.2	Orangefarbener Parkausweis	486
11.3	Andersfarbige Parkausweise	490
12	Arbeitshilfe Merkzeichen	491
12.1	Merkzeichen G	493
12.2	Merkzeichen B	498
12.3	Merkzeichen aG	501
12.4	Merkzeichen H	508
12.5	Merkzeichen H / Kinder	510
12.6	Gehörlosigkeit	520
12.7	Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht	521
12.8	Taubblindheit	525

VI	Änderungsverordnungen	527
	Verzeichnisse	545

Teil I

Leitlinien der Begutachtung

1 Rechtsgrundlagen zur Begutachtung nach Teil 3 SGB IX

Neben den Vorschriften des Teil 3 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 dieses Compendiums geltenden Fassungen.

1.1 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) Teil 1

(Regelungen für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen)

1.1.1 SGB IX § 2 Abs. 2 definiert den Begriff Schwerbehinderung

„Menschen sind im Sinne des Teils 3 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 § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“

1.1.2 SGB IX § 2 Abs. 3 regelt die Gleichstellung

„Schwerbehinderten Menschen gleich gestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen 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 § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).“

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

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

1.2 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) Teil 3

(Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen)

1.2.1 SGB IX § 152 Abs. 1 Satz 5 definiert den Begriff Grad der Behinderung

„Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt.“

SGB IX § 152 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.

1.2.2 SGB IX § 152 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6: Feststellung der Behinderung

„1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt

der Antragstellung fest. 2) Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. 6) Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt.“

1.2.3 SGB IX § 152 Abs. 2: Feststellung GdS/GdB durch andere Rechtsvorschriften

„Feststellungen nach Absatz 1 sind nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung 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 der Versorgungsmedizin-Verordnung in Einklang steht.

1.2.4 SGB IX § 152 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.“

1.2.5 SGB IX § 152 Abs. 4: Weitere gesundheitliche Merkmale

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

1.2.6 SGB IX § 152 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...“

1.2.7 SGB IX § 153 Abs. 2 i.V.m. § 241 Abs. 5 SGB IX: Ermächtigungsgrundlage

§ 153 Abs. 2: „Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind.“

§ 241 Abs. 5: „Soweit noch keine Verordnung nach § 153 Absatz 2 erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.“

1.2.8 SGB IX § 228: Unentgeltliche Beförderung

SGB IX § 228 nennt für die Inanspruchnahme der unentgeltlichen Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr u. a. folgende Voraussetzungen:

1. erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr,

2. Hilflosigkeit,
3. Gehörlosigkeit,
4. die Berechtigung für eine ständige Begleitung.

1.2.9 SGB IX § 229 erläutert die unter den Ziffern 1 und 4 genannten persönlichen Voraussetzungen:

Abs. 1 Satz 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: „Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder andere darstellt.“

1.3 Einkommensteuergesetz (EStG)¹

Steuerliche Nachteilsausgleiche erhalten u. a.

- nach § 3 EStG (Steuerfreie Einnahmen)

steuerfrei sind:

10. Einnahmen einer Gastfamilie für die Aufnahme eines Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen nach § 2 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Pflege, Betreuung, Unterbringung und Verpflegung, die auf Leistungen eines Leistungsträgers nach dem Sozialgesetzbuch beruhen. . . .

¹neugefasst durch B. v. 08.10.2009 BGBl. I S. 3366, 3862; zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 19.06.2022 BGBl. I S. 911

26. Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten als Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher, Betreuer oder vergleichbaren nebenberuflichen Tätigkeiten, aus nebenberuflichen künstlerischen Tätigkeiten oder der nebenberuflichen Pflege alter, kranker Menschen oder Menschen mit Behinderungen im Dienst oder im Auftrag einer juristischen Person des öffentlichen Rechts ...

- nach § 9 EStG (Werbungskosten)

(2) Durch die Entfernungspauschalen sind sämtliche Aufwendungen abgegolten, die durch die Wege zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte im Sinne des Absatzes 4 und durch die Familienheimfahrten veranlasst sind. Aufwendungen für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel können angesetzt werden, soweit sie den im Kalenderjahr insgesamt als Entfernungspauschale abziehbaren Betrag übersteigen. Menschen mit Behinderungen,

1. deren Grad der Behinderung mindestens 70 beträgt,
2. deren Grad der Behinderung weniger als 70, aber mindestens 50 beträgt und die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind,

können anstelle der Entfernungspauschalen die tatsächlichen Aufwendungen für die Wege zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte und für Familienheimfahrten ansetzen. Die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 sind durch amtliche Unterlagen nachzuweisen.

- nach § 33a EStG (Außergewöhnliche Belastung)

(1) Erwachsen einem Steuerpflichtigen zwangsläufig größere Aufwendungen als der überwiegenden Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse und gleichen Familienstands (außergewöhnliche Belastung), so wird auf Antrag die Einkommensteuer dadurch ermäßigt ...

(2a) Abweichend von Absatz 1 wird für Aufwendungen für durch eine Behinderung veranlasste Fahrten nur eine Pauschale gewährt (behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale). Die Pauschale erhalten:

1. Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 oder mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 und dem Merkzeichen „G“,
 2. Menschen mit dem Merkzeichen „aG“, mit dem Merkzeichen „Bl“, mit dem Merkzeichen „TBl“ oder mit dem Merkzeichen „H“.
- nach § 33b EStG (Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen, Hinterbliebene und Pflegepersonen)
 - (1) Wegen der Aufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, für die Pflege sowie für einen erhöhten Wäschebedarf können Menschen mit Behinderungen unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 anstelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag nach Absatz 3 geltend machen (Behinderten-Pauschbetrag). Das Wahlrecht kann für die genannten Aufwendungen im jeweiligen Veranlagungszeitraum nur einheitlich ausgeübt werden.
 - (2) Einen Pauschbetrag erhalten Menschen, deren Grad der Behinderung auf mindestens 20 festgestellt ist, sowie Menschen, die hilflos im Sinne des Absatzes 3 Satz 4 sind.
 - (3) Die Höhe des Pauschbetrags nach Satz 2 richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung. Als Pauschbetrag werden gewährt bei einem Grad der Behinderung von mindestens ...
Menschen, die hilflos im Sinne des Satzes 4 sind, Blinde und Taubblinde erhalten einen Pauschbetrag von ...

Hilflos 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 4 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die

Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.

(6) Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, kann er anstelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag geltend machen (Pflege-Pauschbetrag), wenn er dafür keine Einnahmen im Kalenderjahr erhält und der Steuerpflichtige die Pflege entweder in seiner Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen persönlich durchführt . . .

Zu den Einnahmen nach Satz 1 zählt unabhängig von der Verwendung nicht das von den Eltern eines Kindes mit Behinderungen für dieses Kind empfangene Pflegegeld. Als Pflege-Pauschbetrag wird gewährt . . .

Ein Pflege-Pauschbetrag nach Satz 3 Nummer 3 wird auch gewährt, wenn die gepflegte Person hilflos im Sinne des § 33b Absatz 3 Satz 4 ist.

1.4 Straßenverkehrsgesetz (StVG) und Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO) – Außergewöhnliche Gehbehinderung²

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

²Mit in Kraft treten der Reformstufe I des BTHG zum 01.01.2017 wurde die Rechtsgrundlage zur außergewöhnlichen Gehbehinderung neu definiert und im SGB IX § 229 Abs. 3 aufgenommen. Die im Kapitel 1.4 Nr. 1 aufgeführten Regelungen sind damit nicht mehr aktuell. Siehe [Teil C].

ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können.

Hierzu zählen: Querschnittgelähmte, 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 oben genannten Verwaltungsvorschrift Ohnhänder (Ohnarmer) und kleinwüchsige Menschen mit einer Körpergröße von 1,39 m und darunter spezielle Parkerleichterungen.

2 Durchführung der Begutachtung

2.1 Allgemeine Richtlinien für Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht (versorgungsärztliche Gutachten)

Im versorgungsärztlichen 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 versorgungsärztlichen 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.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2010

3. Gutachten, die zu falsch positiven Bescheiden führen („Gefälligkeitsgutachten“) [237]

Es wird bundesweit beobachtet, dass sog. Gefälligkeitsgutachten ausgestellt werden. Eine sachlich-argumentative Auseinandersetzung ist geboten, ggf. durch Untersuchung im Amt. Bei Problemen

ist Rücksprache mit dem Justitiar/In der Ärztekammer empfehlenswert, unter Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

5. Umgang mit Gutachterinstituten im Bereich des SGB IX [238]

Beim Umgang mit Gutachterinstituten ist die Produktqualität sorgfältig zu prüfen. Hintergrund sind Berichte aus den Ländern über eine unzureichende Qualität der gutachtlichen Stellungnahmen nach Aktenlage und Gutachten nach Untersuchung. Auf den volkswirtschaftlichen Schaden wird hingewiesen.

2.2 Fachliche Anforderungen an den Gutachter

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2018

2. Einheitliche Kriterien bei der Auswahl von Gutachtern zur Beurteilung von gesundheitlichen Schäden von Opfern politischer Verfolgung in der DDR [298]

In einigen Ländern werden die Kriterien für die Auswahl von Gutachtern zur Beurteilung von gesundheitlichen Schäden von Opfern politischer Verfolgung in der DDR diskutiert. Vom BMAS gibt es keine vorgeschriebene Liste von geeigneten Gutachtern. Das BMAS hat diesbezüglich zu keiner Zeit Vorgaben gemacht, dies konnte auch im Nachgang zur Sitzung der AG vom 06. bis 07. März 2018 durch das BMAS bestätigt werden. Das BMAS geht davon aus, dass ein derartiges Schriftstück nicht existiert.

Laut weiterhin gültigem Rundschreiben zur PTBS von 12/2008 (BMAS) sind fachärztliche Gutachter zu beauftragen. Psychologische Zusatzgutachten können hilfreich sein.

Den Auswahlkriterien für Gutachter für verfolgungsbedingte Gesundheitsschäden aus Brandenburg kann aus diesem Grund aus Sicht der AG nicht zugestimmt werden.

Die Sachverständigentätigkeit verlangt eine besondere gutachtliche Ausbildung und Erfahrung, die nicht grundsätzlich bei jedem Arzt vorausgesetzt werden kann. Der versorgungsärztliche 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 Erfahrungen 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.

2.3 Aufgaben der Leitenden Ärztinnen/Ärzte

Die leitende Ärztin/der leitende Arzt überwacht die Tätigkeit der ihr/ihm unterstellten Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals und trägt hierfür ihrer/seiner Behörde gegenüber die Verantwortung für den Ärztlichen Dienst ihrer/seiner Dienststelle. Sie/er sorgt für die Verteilung und den reibungslosen Ablauf der Arbeit sowie für den richtigen Einsatz der Ärzte innerhalb ihres/seines Bereiches. Wenn eine Begutachtung außerhalb der Versorgungsdienststelle notwendig erscheint, entscheidet im Allgemeinen über den Auftrag die leitende Ärztin/der leitende Arzt. Sie/er soll sich über die Sachkenntnis auf besonderen Arbeits- und Erfahrungsgebieten aller für ihre/seine Behörde tätigen Ärzte unterrichtet halten.

Wegen Überprüfung der Gutachten durch die leitenden Ärztinnen/Ärzte: siehe Teil I B Nr. 14.

Neben Einzelbesprechungen anhand von Gutachten sorgt die leitende Ärztin/der leitende Arzt für die Weiterbildung der versorgungsmedizinisch tätigen Ärzte durch regelmäßige Zusammenkünfte. Sie/er unterrichtet ihre/seine Ärzte über versorgungsrechtliche Fragen (grundsätzliche Urteile der Sozialgerichtsbarkeit) und über aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Probleme.

Zwischen den versorgungsmedizinisch tätigen leitenden Ärztinnen/Ärzten ist ein enger Kontakt erstrebenswert. Die leitenden Ärztinnen/Ärzte sollen außerdem bemüht sein, mit den frei praktizierenden Ärzten ihres Bereiches, den Ärzten der Bundeswehr, der Sozialversicherungsträger, der Gesundheitsämter, Arbeitsagenturen, der Arbeitsgemeinschaften, der 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.

Die versorgungsmedizinisch tätigen leitenden Ärztinnen/Ärzte sollen sicherstellen, dass in ihrem Bereich die Begutachtung und die Überprüfung

der Gutachten nach einheitlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden. Er trägt dafür Sorge, dass die ärztlichen Dienste mit medizinischem Gerät und hinsichtlich ihrer medizinischen Bücherei so ausgestattet sind, dass die Gutachter in den Stand gesetzt werden, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten.

Die Leitenden Ärztinnen und Ärzte sind in ihrem Bundesland für die konsequente und einheitliche Umsetzung eines zentralen Qualitätssicherungssystems zuständig.

In besonderem Maße obliegt der Leitenden Ärztin/dem Leitenden Arzt als Qualitätssicherungsbeauftragter/m die fachliche Anleitung und Fortbildung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Berechtigte Wünsche auf fachliche Fortbildung sollen unterstützt und gefördert werden.

Die leitenden Ärztinnen/Ärzte sollten zur Weiterbildung Sozialmedizin befugt sein.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2012

5. Qualitätssicherungskonzept für externe Begutachtungen nach SGB IX, Teil 2 [259]

Es wurde einvernehmlich festgestellt, dass die Umsetzung versorgungsmedizinischer Begutachungskriterien, insbesondere der VersMedV, ein Qualitätssicherungskonzept für das fachlich-organisatorische Management mit Außengutachtern verlangt. Dies umso mehr, als dass das gutachtliche Massengeschäft nach dem Schwerbehindertenrecht nur unter Zuhilfenahme einer Vielzahl an externen Begutachtungen zu erledigen ist und heterogene Bewertungen

unvermeidbar sind, wenn Qualitätsstandards fehlen oder nur unzureichend etabliert sind.

Qualitätsstandards wurden unter Berücksichtigung der in den Bundesländern gegebenen strukturellen Unterschiede wie folgt bestimmt:

1. Rechtsgrundlage der versorgungsärztlichen Begutachtung

Rechtsgrundlagen der versorgungsärztlichen Begutachtung sind das Bundesversorgungsgesetz und die Versorgungsmedizinverordnung. Danach sind versorgungsärztliche Begutachtungen als fachliche Grundlage für Feststellungen verpflichtend.

2. Fachliche Anforderungen an externe Gutachterinnen/Gutachter

Die versorgungsärztliche Begutachtung ist im Schnittstellenbereich von Medizin und Recht tätig. Sie erfordert neben dem klinischen fachärztlichen Wissen besondere Kenntnisse auf den Gebieten des Versorgungs- und Sozialrechts. Ärzte, die als medizinische Sachverständige tätig werden, müssen eine Gutachterkompetenz erwerben und sollten über den Weiterbildungsabschluss „Sozialmedizin“ verfügen. So muss ein sozialmedizinisch versierter Versorgungsarzt nicht nur befähigt sein, auf allen medizinischen Fachgebieten die Schlüssigkeit klinischer Befunde und Diagnosen sowie deren Abgleich mit funktionellen Leistungsbeeinträchtigungen festzustellen und/oder zu prüfen, sondern er muss darüber hinaus die besonderen Regelungen der Rechtslage des Gutachtenauftrages berücksichtigen und entsprechend das sozialmedizinische Votum ableiten.

3. Fachliche Führung

Die Gleichbehandlung von anspruchsberechtigten Bürgerinnen und Bürgern erfordert die bundesweit einheitliche Umsetzung versorgungsmedizinischer Begutachungskriterien, ins-

besondere der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Die Verwirklichung einer fachlichen Qualitätssicherung mit dem Ziel homogener Begutachtungen setzt voraus, dass die Leitenden Ärzte der Länderversorgungsverwaltungen bzw. die Ärzte, die im Bundesland nachgeordnet eine leitende Tätigkeit ausüben oder die leitend in kommunalen Strukturen tätig sind, den Auftrag der fachlichorganisatorischen Führung ausführen.

Instrumente sind u. a.

- Auswahl geeigneter externer Gutachterinnen und Gutachter,
- fachliche Überprüfung externer Leistungen,
- Durchführung von Fortbildungen und sonstigen Schulungsmaßnahmen.

2.4 Ermittlungen und andere Vorbereitungen der Begutachtung

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, Förderschulen),

- 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 Krankenkassenausüßen.

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 Beziehung ärztlicher Unterlagen mit umfasst sind.

Es empfiehlt sich, für die Beurteilung wichtige Schriftstücke, die nur zur Einsichtnahme überlassen worden sind, in Kopie oder Abschrift 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.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2015

2. Divergenz zwischen ärztlichem Befundbericht und tatsächlichen Gegebenheiten [284]

Anhand eines beweiskräftigen Beispielfalls wurde die Problematik von gravierenden Missverhältnissen zwischen eingereichten ärztlichen Befundbescheinigungen und tatsächlichen Gegebenheiten vorgetragen. Fallbezogen war zu belegen, dass die Glaubhaftigkeit der dargestellten dramatischen Befundlage eines geltend gemachten Autismus durch eine vom Betroffenen veröffentlichte Selbstdarstellung nahezu aufgehoben war.

Der Fall zeigt auf, dass eine einmalige psychiatrische Konsultation, deren ergebnisfindende Wertung allein auf einem Interview mit unkritischer Übernahme des subjektiv Vorgetragenen beruht,

nicht zur Diagnosefeststellung unter Begutachtungsbedingungen führen kann.

Allgemein weisen die Mitglieder der AG darauf hin, dass auch vor dem Hintergrund von Sparzwängen für eine Sachaufklärung eine adäquate Beziehung von Befundberichten unerlässlich ist.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2011

7. Empfohlenes Vorgehen bei parallel gestelltem Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz und im Schwerbehindertenverfahren [298]

Bei parallel gestellten Anträgen nach dem SGB IX und nach dem Opferentschädigungsgesetz sind die Fälle zwingend zusammenzuführen, damit es nicht zu unterschiedlichen Bewertungen kommt. Ansonsten kommt es zu Einstufungen, die nicht in Kenntnis des gesamten Sachverhalts ergehen und ggf. wichtige Teilaspekte nicht berücksichtigen, später aber Rechtsgültigkeit erlangen können. In der Regel haben OEG Fälle Priorität, allerdings können auch Fälle nach dem SGB IX eine hohe Dringlichkeit haben, wenn es um den besonderen Kündigungsschutz geht.

2.5 Gutachterliche Beurteilung nach Aktenlage

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.

2.6 Gutachterliche Beurteilung nach Untersuchung

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 alle vorhandenen Unterlagen aus den letzten 2 Jahren, die seine Gesundheitsstörungen betreffen (z. B. Krankenblätter, Arztberichte, Röntgenbilder und EKG Befunde), mitbringt.

2.7 Vorgeschichte

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 Behandlungen durchgeführt wurden, welche Behandlungsmaßnahmen ergriffen wurden und ob und ggf. wie lange Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.
2. Den Schluss der Erhebung der Vorgeschichte bilden die Angaben über die jetzigen Beschwerden der/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.

2.8 Befund

1. Der Befund soll – gegebenenfalls unter Einbeziehung vorhandener Unterlagen – ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Untersuchten vermitteln. Erhobene Normalbefunde sollten ebenfalls dokumentiert werden. Sie sind wichtige Bezugspunkte bei der Beurteilung geltend gemachter Leidensverschlimmerungen.

2. Die Befunderhebung soll den Allgemeinbefund (Alter, Größe, Gewicht, Allgemeinzustand, Puls, Blutdruck) 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 relevanten 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 Untersuchungsbefunde 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 biotische 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:

R	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	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 Beschwie- lung der Fußsohlen zu untersuchen. Neben dem „normalen“ Gang- bild sind auch differenzierte Stand- und Gangformen zu prüfen (z. B. Ballen- und Fersenstand, Hockversuch, Grätschstand, Ein- beinstand, 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 Bewegungsein- schränkung besteht. Immer muss auf eigentätige und fremdtätige, auf schmerzfreie und schmerzhafte Bewegungsfähigkeit – auch un- ter Belastung – untersucht werden.
Die Messungen an den Gliedmaßen sind stets beiderseits vorzuneh- men; 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 Berufsgenos- senschaften herausgegebenen Messblätter zu verwenden.
14. Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule und ggf. die Art und Nut- zung 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 Ste- hen 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 un- terhalb bei maximaler Beugung) sowie segmentale Untersuchungen empfohlen.
15. Für die Beurteilung der Sehbehinderung ist in erster Linie die korri- gierte Sehschärfe (Prüfung mit Gläsern) maßgebend. Die Sehschär- fe ist grundsätzlich nach DIN 58220 zu prüfen, in Ausnahmefällen (z. B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) ist analog zu verfahr- en. Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der Deut- schen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) entsprechend eine einwandfreie gutachtliche Beurteilung erlauben. Bei der Gesichts-

feldbestimmung dürfen nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e 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, Seiltänzergang mit geschlossenen Augen) von besonderer Bedeutung.
18. Bei Geruchs- und Geschmacksstörungen sind entsprechende Funktionsprüfungen durchzuführen.
19. Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen bedürfen oft einer speziellen phoniatrischen, 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 Befunde erforderlich sein. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen, z. B. durch Hals-Nasen-Ohren- oder Augenärzte durchzuführen.

Folgen von Schädigungen des Stirnhirns, Schläfenhirns oder Scheitellhirns 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.

2.9 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.

2.10 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 wür-

digen, 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 engherzige-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“, „mäßige“, „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 Teil II Kap. A Nummer 2 (e)) 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 Dystonie“, „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 Teil II Kap. A Nummer 2 und Nummer 3).
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 2.11) 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.“

2.11 Vorschlag für eine Nachprüfung

1. Bei Abgabe seiner Beurteilung soll der Gutachter überlegen, ob und für welchen Zeitpunkt er eine Nachprüfung vorschlägt. Dabei ist für die spätere Beziehung 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 Nach-

teilsausgleiche).

Bei einigen Gesundheitsstörungen (z. B. bösartige Geschwülste) ist die erforderliche Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung zu beachten (siehe Teil II Kap. A Nummer 2(h)) 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.

2.12 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.

2.13 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.

2.14 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 die leitenden Ärztinnen/Ärzte oder von diesen bestimmten versorgungsärztlich tätigen Ärztinnen/-Ärzte, 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.

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

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.

3 Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV

3.1 Einleitung

Das Ausmaß einer nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) auszugleichenden Schädigungsfolge und der Grad der Behinderung gemäß Neunten Buch Sozialgesetzbuch wurden bis zum 31.12.2008 nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB römisch neun)“ - AHP - festgestellt. Die älteste Begutachtungsrichtlinie, die den Namen „Anhaltspunkte“ trägt, wurde 1916 „auf Grund von Beratungen des wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelm-Akademie“ verfasst, 1920 erweitert und seither vom jeweiligen für Arbeit bzw. Soziales zuständigen Ministerium herausgegeben. Zunächst waren die Anhaltspunkte nur auf „das Versorgungswesen“, das heißt vor allem auf die Begutachtung von Kriegsoptionen anzuwenden, seit 1974 galten sie auch für die Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz und trugen seit 1983 den Titel „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP).

Nach der Rechtsprechung handelte es sich bei den AHP um antizipierte Sachverständigengutachten. Ihre darüberhinausgehende Beachtlichkeit ergab sich zum einen daraus, dass sie eine dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz entsprechende Rechtsanwendung gewährleisteten und zum anderen daraus, dass sie ein geeignetes und auf jahrzehntelanger Erfahrung der Verwaltung und der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge darstellten.

Allerdings hatte die Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht, Bundessozialgericht) wiederholt gerügt, dass die AHP nicht demokratisch legitimiert wären. Weder für die AHP selbst noch für die Organisation, das Verfahren und die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums gab es eine Rechtsgrundlage im Sinne eines materiellen Gesetzes.

Durch das Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes vom 13.

Dezember 2007 (BGBl. römisch eins S. 2904) wurde § 30 Absatz 17 BVG eingefügt und damit die geforderte Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die dann durch eine Rechtsverordnung konkretisiert wurde. Nach § 152 SGB römisch neun gelten die Maßstäbe auch für die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind.

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

- Grundsätze zur versorgungsmedizinischen Bewertung von Schädigungsfolgen, Grundsätze zur Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen
- Grundsätze für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 BVG
- Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG
- Grundsätze zur medizinischen Bewertung des Grades der Behinderung und Kriterien zur Ermittlung des Gesamt-GdS
- Nachteilsausgleiche nach Teil 3 SGB IX

Rechtsgrundlagen aus anderen Rechtsgebieten sind in einer Verordnung des Bundesministeriums nicht zu wiederholen, weshalb Regelungen zu einigen Merkzeichen und Nachteilsausgleichen nicht (mehr) Gegenstand der Verordnung sind.

Es wurde durch die Verordnung sichergestellt, dass eine Fortentwicklung und Anpassung der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ausschließlich aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen erfolgt. Änderungen der Verordnung erfolgten durch Artikel 18 des Bundesteilhabegesetzes (BT-HG) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. römisch eins S. 3234) und Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. römisch eins S. 2541). Änderungen in Teil A und B der Anlage zur Verordnung erfolgten durch

fünf Änderungsverordnungen, die Änderung des Teils C durch Artikel 26 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechtes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. römisch eins S. 2652) und die Streichung der Nummer 3 in Teil D durch Artikel 18 des Bundesteilhabegesetzes (BT-HG) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. römisch eins S. 3234).

Die „Anhaltspunkte“ hatten den Wechsel zum bio-psycho-sozialen Modell der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ vor Erscheinen des SGB römisch neun schon 1983 - in Kenntnis der Diskussionen auf internationaler Ebene und zu den Vorarbeiten zum SGB römisch neun - vollzogen. Allerdings war es auf Grund besonderer gesetzlicher Vorgaben nicht möglich, dieses Modell in den Anhaltspunkten überall konsequent umzusetzen. Dies ist Aufgabe des neuen, durch die Verordnung legitimierten Beirats.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ dienen den versorgungsärztlichen Gutachtern als verbindliche Norm für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unter besonderer Berücksichtigung einer sachgerechten Relation untereinander. Nach wie vor sollen und können die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ kein medizinisches Lehrbuch oder Handbuch für Antragstellerinnen und Antragsteller darstellen oder ersetzen; sie können auch nicht alle Sachverhalte beschreiben.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ werden dem Benutzerkreis weiterhin sowohl in Buchform als auch als Download von der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.bund.de) zugänglich sein.

3.2 Inhaltsübersicht

1. Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV (Stand: 1. Januar 2020)
2. Anlage zu Paragraf 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung „Versorgungsmedizinische Grundsätze“
3. Abkürzungsverzeichnis
4. Stichwortverzeichnis
5. Bürgertelefon
6. Impressum

3.3 Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV (Stand: 1. Januar 2020)

§ 1 - Zweck der Verordnung

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

§ 2 Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“

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

§ 3 - Beirat

- (1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.
- (2)
 - a) acht versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,
 - b) eine Ärztin oder einen Arzt aus dem versorgungsärztlich-gutachtlichen Bereich der Bundeswehr,
 - c) acht wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.

- (3) Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden.
- (4) Die Mitglieder des Beirats werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von vier Jahren berufen. Wiederwahl ist möglich. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist berechtigt, Beiratsmitglieder jederzeit ohne Angabe von Gründen abzurufen. Ein Beiratsmitglied kann jederzeit seine Abberufung beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben. Nach Ausscheiden eines Mitglieds erfolgt eine Neuberufung für den restlichen Zeitraum der Berufungsperiode. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und bestimmt durch Wahl aus seiner Mitte den Vorsitz und die Stellvertretung. Die Geschäftsführung des Beirats liegt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, welches zu den Sitzungen einlädt und im Einvernehmen mit dem vorsitzenden Mitglied die Tagesordnung festlegt.
- (5) Die Beratungen des Beirats sind nicht öffentlich. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein persönliches Ehrenamt, das keine Vertretung zulässt. Die Mitglieder des Beirats unterliegen keinerlei Weisungen, üben ihre Tätigkeit unabhängig und unparteilich aus und sind nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt auch für die in Absatz 3 genannten Personen.
- (6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen und Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht auf Bundesebene erhalten ein Mitberatungsrecht im Beirat. Der Deutsche Behindertenrat benennt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales hierzu zwei sachverständige Personen für den Zeitraum der Berufungsperiode des Beirats. Er berücksichtigt dabei die Anliegen von Verbänden, die die Belange von Berechtigten nach dem sozialen Entschädigungsrecht vertreten, auch soweit sie nicht Mitglieder des Deutschen Behindertenrates sind. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Geschäftsordnung des Beirats gilt auch für die vom Deutschen Behindertenrat benannten Personen.

§ 4 - Beschlüsse

Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit der nach Paragraph 3 Absatz 2 berufenen Mitglieder gefasst.

3.4 § 2 - Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“

siehe Teil B des Arbeitskompendiums Band I

3.5 Abkürzungsverzeichnis

BVG -	Bundesversorgungsgesetz
GdB -	Grad der Behinderung
GdS -	Grad der Schädigungsfolgen
SGB -	Sozialgesetzbuch
StVG -	Straßenverkehrsgesetz
VersMedV -	Versorgungsmedizin-Verordnung
WDB -	Wehrdienstbeschädigung
ZDB -	Zivildienstbeschädigung
ZDG -	Zivildienstgesetz

3.6 Bürgertelefon

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente:	030 221 911 001
Unfallversicherung/Ehrenamt:	030 221 911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung:	030 221 911 003
Arbeitsrecht:	030 221 911 004
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:	030 221 911 005
Infos für Menschen mit Behinderungen:	030 221 911 006
Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:	030 221 911 007
Mitarbeiterkapitalbeteiligung:	030 221 911 008
Informationen zum Bildungspaket:	030 221 911 009
Informationen zum Mindestlohn:	030 60 28 00 28

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Fax: 030 221 911 017

Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

www.bmas.de | info@bmas.bund.de

Teil II

A

Allgemeine Grundsätze

1 Grundbegriffe

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

1.1 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 Schädigungsfolge (GdS) bemessen.

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

1.2 Behinderung, Schwerbehinderung und Gleichstellung

(a) Behinderung (AP 2008, 17)

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 Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(b) Schwerbehinderung (§ 2 Abs. 2 SGB IX)

Menschen sind im Sinne des Teils 3 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 § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(c) Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

1.3 Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung

- (a) 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.
- (b) Im sozialen Entschädigungsrecht ist Erwerbsunfähigkeit anzunehmen, wenn ein GdS von mehr als 90 vorliegt (§ 31 Abs. 3 BVG).
- (c) Die Erwerbsminderung (teilweise oder voll) in der gesetzlichen Rentenversicherung ist demgegenüber vom GdB/GdS-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 § 3 SGB VI geregelt.
- (d) Hinsichtlich Einkommensteuerrecht siehe Teil I A Nr. 1.3.

1.4 Typische Berufskrankheit

Die aus § 33 b EStG (siehe Teil I Pkt. 1.3) sich ergebende Frage nach der typischen Berufskrankheit ist – abgesehen von der Voraussetzung eines GdS/GdB-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.

2 Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Grad der Behinderung (GdB) – (einschließlich Rundungsregelung für Fünfergrade (AP 2008, 18.4))

- (a) GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.
- (b) Aus dem GdB und aus dem GdS ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. GdB und GdS sind grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss. Die Anerkennung von verminderter Erwerbsfähigkeit durch einen Rentenversicherungsträger oder die Feststellung einer Dienstunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf den GdB oder GdS, wie umgekehrt aus dem GdB oder GdS nicht auf die genannten Leistungsvoraussetzungen anderer Rechtsgebiete geschlossen werden kann.
- (c) GdB und GdS 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 Beurteilung des GdB und GdS nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und

ihrem Umfang typisch sind. 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 Gewebeerterung (entsprechend den altersabhängigen Sollwerten der EGKS),
- eine leichte Verminderung der Beweglichkeit der Gliedmaßen und der Wirbelsäule (= geringgradige Abweichungen von den Normwerten der Bewegungsmessungen nach der Neutral-0-Methode)
- 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 GdB/GdS Beurteilung zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (z. B. „Altersdiabetes“, „Altersstar“) bezeichnet werden.

-
- (d) Die in der GdS-Tabelle aufgeführten Werte sind aus langer Erfahrung gewonnen und stellen altersunabhängige (auch trainingsunabhängige) Mittelwerte dar. Je nach Einzelfall kann von den Tabellenwerten mit einer die besonderen Gegebenheiten darstellenden Begründung abgewichen werden.
- (e) Da der GdS seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdS nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf. Die sehr wenigen in der GdS-Tabelle noch enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng umschriebene Gesundheitsstörungen bezogen, die selten allein und sehr selten genau in dieser Form und Ausprägung vorliegen. Für die GdS/GdB-Beurteilung ist deshalb zu beachten, dass in den Fällen, in denen die Gesundheitsstörung auch nur wenig günstiger ist, als in der GdS-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.
- (f) Der GdS setzt eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen – oder voraussichtlich verbleibenden – Schaden entspricht. Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), können die zeitweiligen Verschlechterungen – aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen

Fällen bei der GdB- und GdS-Beurteilung von dem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.

- (g) Stirbt eine Antragstellerin oder ein Antragsteller innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist für diese Gesundheitsstörung der GdS anzusetzen, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Fallen Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod jedoch zusammen, kann ein GdS nicht angenommen werden. Eintritt der Gesundheitsstörung und Tod fallen nicht nur zusammen, wenn beide Ereignisse im selben Augenblick eintreten. Dies ist vielmehr auch dann der Fall, wenn die Gesundheitsstörung in so rascher Entwicklung zum Tode führt, dass der Eintritt der Gesundheitsstörung und des Todes einen untrennbaren Vorgang darstellen.
- (h) Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind beim GdS nicht zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung stellt eine andere Situation dar; während der Zeit dieser Heilungsbewährung ist ein höherer GdS gerechtfertigt, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt.
- (i) Bei der Beurteilung des GdS sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten. Die in der GdS-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS gerechtfertigt. Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen – z. B. eine Psychotherapie – erforderlich ist.
- (j) Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vor-

handenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2015

1. Berücksichtigung des für das Lebensalter typischen Zustandes bei der GdB/GdS-Beurteilung [281]

Hinsichtlich der Abgrenzung zwischen alterstypischen und pathologischen Veränderungen im Sinne behinderungsrelevanter Gesundheitsstörungen ist auf das Arbeitskompendium Teil II A Punkt 2.c zu verweisen, das in der Formulierung auf den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht von 2008 Teil A Punkt 18.2 beruht.

Die Berücksichtigung des lebensalterstypischen Zustandes in der GdB/GdS- Beurteilung ist im SGB IX verankert.

Dieser kann sich im fortgeschrittenen Lebensalter als schwer definierbar erweisen, was durchaus zu Problemen in der Begutachtung führt. Allein die Tatsache, dass eine Gesundheitsstörung häufig im Alter auftritt, macht diese noch nicht zu einem Lebensalter typischen Zustand.

März 2010

3. BSG-Urteil vom 30.09.2009 – B 9 SB 4/08 R [233]

Diskutiert wird der Begriff „Organschaden“.

Wenn verschiedene Funktionssysteme betroffen sind, müssen diese gesondert bewertet werden.

Bundessozialgericht – B 9 SB 4/08 R – Urteil vom 30.09.2009

(Link: <https://openjur.de/u/169501.html>)

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1986

1.1 GdB-Einschätzung bei Behinderungen, zu denen in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünfergrade angegeben sind [31]

Zur Frage stand, wie bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) n. F. der Grad der Behinderung (GdB) im Hinblick auf § 3 Abs. 2 SchwbG (Abstufung nach Zehnergraden) bei solchen Behinderungen zu beurteilen ist, zu denen in der MdE/GdB-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünferwerte angegeben sind.

Dr. ...führte hierzu aus, dass bereits bei der letzten Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ in den Jahren 1982/1983 angestrebt worden sei, das Ausmaß der Behinderungen entsprechend der Nr. 18 Abs. 4 der „Anhaltspunkte“ möglichst nur in Zehnergraden der MdE zum Ausdruck zu bringen. Dennoch seien einige wenige Fünfergrade beibehalten worden. Es handele sich dabei vor allem um Fünfergrade in den Tabellen der Fachgesellschaften für Augenheilkunde und für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Diese Tabellen seien schon vor 1982 von den Fachgesellschaften mit dem BMA (für den Bereich des Versorgungswesens und des Schwerbehindertengesetzes) und mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (für die gesetzliche Unfallversicherung) – im Interesse

einer möglichst einheitlichen Beurteilung in den verschiedenen Begutachtungszweigen – abgestimmt worden; sie seien unter diesen Umständen unverändert in die neuen „Anhaltspunkte“ übernommen worden. Nach eingehender Diskussion stimmten die Beiratsmitglieder mehrheitlich und ohne Gegenstimme folgendem Votum zu:

„Die sehr wenigen, in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ aus verschiedenen Gründen noch enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng umschriebene Gesundheitsstörungen bezogen, die selten allein und sehr selten genau in dieser Form und/oder Ausprägung vorliegen. Für den Gutachter bedeutet der „Zwischenwert“ zwischen den nach dem Schwerbehindertengesetz jetzt vorgeschriebenen Zehnergraden der Behinderung: Wenn die Gesundheitsstörung für den Betroffenen auch nur wenig günstiger ist, als in den „Anhaltspunkten“ beschrieben, ist der Zehnergrad unter dem Fünfergrad anzusetzen. Entspricht die Gesundheitsstörung genau der in den „Anhaltspunkten“ beschriebenen oder ist sie etwas ungünstiger, ist der über dem Fünfergrad gelegene Zehnergrad anzunehmen.“

Die Beiratsmitglieder bekundeten übereinstimmend ihre Absicht, dafür Sorge zu tragen, dass in ihren Bereichen bei der Begutachtung nach dem SchwbG entsprechend verfahren wird.

1.2 Begriff der Behinderung nach § 3 Abs.1 SchwbG n. F. [32]

Zu dem Begriff der Behinderung nach § 3 Abs.1 SchwbG n. F. wurde zunächst auf das Rundschreiben des BMA vom 18. September 1986 – VIIb 2-58102/7 – verwiesen, das den Beiratsmitgliedern zum Teil noch nicht bekannt war. Die Beiratsmitglieder waren übereinstimmend der Meinung, dass eine Abweichung vom Gesundheitszustand, die keinen GdB von wenigstens 10 (und dann nur „0“) rechtfertige, nicht als Behinderung angesehen werden könne. Es wurde nochmals darauf hingewiesen, dass nicht aus jeder geringfügigen Abweichung vom Gesundheitszustand bzw. Funktionsbeeinträchtigung (z. B. Narben, geringfügige Beeinträchtigung der Beweglichkeit eines Fingers, Fehlen von Zähnen) auf eine Be-

hinderung geschlossen werden könne. Dazu wurde herausgestellt, dass es nach der Definition der Behinderung im SchwbG auf die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung ankomme, und eine Auswirkung im Sinne einer Behinderung könne bei Abweichungen vom Gesundheitszustand bzw. Funktionseinschränkungen mit einem GdB von „0“ nicht angenommen werden.

Oktober 1989

2.1.1 Erfahrungen bei der GdB-Beurteilung von Behinderungen, für die in der MdE/GdB-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünferwerte angegeben sind – vgl. Rundschreiben des BMA vom 31.10.1986 [57]

Bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz ist der GdB im Hinblick auf § 3 Abs. 2 SchwbG in Zehnergraden anzugeben. Bei Behinderungen, zu denen in den „Anhaltspunkten“ Fünferwerte angegeben sind, ist nach dem Rundschreiben des BMA vom 31. Oktober 1986 (BVBl. 10-12/1989, 26) der über dem Fünfergrad gelegene Zehnergrad anzunehmen, wenn die Gesundheitsstörung genau der in den „Anhaltspunkten“ beschriebenen entspricht. Von einem versorgungsärztlichen Dienst war darauf hingewiesen worden, dass eine solche Anhebung des GdB-Wertes – z. B. auf 30 bei einseitigem Nierenverlust bei Gesundheit der anderen Niere – zu einer ungerechtfertigt hohen Bewertung führe. Damit waren die Fragen verbunden worden, ob unterschiedliche GdB-Werte anzugeben seien, wenn

- (a) allein eine Behinderung mit einem Fünfergrad vorliege, die gleichzeitig auch den Gesamt-GdB repräsentiere und
- (b) ein Fünferwert zusammen mit anderen Einzel-GdB-Werten im Hinblick auf den Gesamt-GdB zu beurteilen sei.

In der Diskussion wurde klargestellt, dass bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz die Bestimmungen des § 3 Abs. 2 SchwbG maßgebend seien. Danach müsse der Gutachter

entsprechend dem genannten Rundschreiben eine Behinderung, für die nach den „Anhaltspunkten“ nur ein Fünferwert in Betracht komme, mit dem darüber liegenden Zehnerwert beurteilen. Beim Fehlen weiterer Behinderungen entspreche dieser Zehnerwert dem Gesamt-GdB. Wenn neben diesem Zehnerwert weitere Behinderungen zu berücksichtigen seien, sollte der Gutachter nach Auffassung der Beiratsmitglieder bei der Bildung des Gesamt-GdB trotz des – erhöhten – Zehnerwertes nur von dem in den „Anhaltspunkten“ genannten niedrigeren Fünferwert ausgehen. Ergänzend wurde angemerkt, dass die Regelung nicht für Begutachtungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht gelte. Hier seien weiterhin die in den „Anhaltspunkten“ genannten Fünferwerte anzugeben. Es müsse dann der Verwaltung überlassen bleiben, in bestimmten Fällen Rentenleistungen nach dem nächst höheren Zehnerwert zu gewähren.

3 Gesamt-GdS

- (a) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind zwar Einzel-GdS anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdS durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdS ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.
- (b) Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdS-Werte angegeben sind.
- (c) Bei der Beurteilung des Gesamt-GdS ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdS bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdS 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.
- (d) Um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander beurteilen zu können, muss aus der ärztlichen Gesamtschau heraus beachtet werden, dass die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander unterschiedlich sein können:
 - aa) Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen.
 - bb) Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken. Dies ist vor allem der Fall, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen – also z. B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen – vorliegen.

- cc) Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden.
- dd) Die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung nicht verstärkt.
- ee) Von Ausnahmefällen (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdS von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdS von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2019

1. Das Gewicht des Einzel-GdB mit 20 bei der Bildung des Gesamt-GdB [302]

Für die Beurteilung des Gesamt-GdB nach SGB IX, Teil 3 gelten die Bestimmungen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze nach Kapitel A Nr. 3 zur Ermittlung des Gesamt-GdS.

Unter Berücksichtigung aller nach a) bis ee) getroffenen Regelungen ist bei der Gesamtwürdigung wechselseitiger Beziehungen verschiedener Funktionsstörungen und daraus resultierender Teilhabebeeinträchtigungen zu beachten, dass ein Einzel-GdB mit 20 vielfach keine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbehinderung begründet.

Für die Berücksichtigungsfähigkeit ist das Ausmaß der Einzelbe-

hinderung maßgeblich, welches - bewertet mit einem GdB in Höhe von 20 - das Vorliegen einer leichten Funktionsstörung zum Ausdruck bringt.

Diese kann sich nur dann erhöhend auf den Gesamt-GdB auswirken, wenn in der ärztlichen Gesamtschau mittels gutachtlich nachvollziehbarer Begründung darzulegen ist, dass sich die mit 20 bewertete einzelne Beeinträchtigung besonders nachteilig auf andere, dem Gesamt-GdB unterliegende Gesundheitsstörungen / Behinderungen auswirkt.

Prinzipiell ist zu beachten, dass die in Zehnerstufen unterteilte Gradeinteilung eines Gesamt-GdB mit einer Bewertung in Höhe von 100 ihren Abschluss findet. Demnach wirkt sich ein Einzel-GdB mit 20 umso weniger aus, je höher der Gesamt-GdB unter Würdigung anderer Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen bereits gebildet ist.

September 2011

2. Bewertung des Gesamt-GdB [245]

Bei der Bewertung des Gesamt-GdB ist immer der Einzelfall zu prüfen. Rechenmethoden zur Beurteilung des Gesamt-GdB dürfen insbesondere deshalb nicht angewendet werden, weil bei der Beurteilung des Gesamt-GdB die vorliegende Gesamteilhabebeeinträchtigung des Antragstellers ärztlich-gutachtlich umfassend und individuell zu beurteilen ist.

Das Ergebnis dieser Bewertung sollte zudem ärztlich begründet werden, um die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander und die daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung zu erläutern.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1990

2.1 Beurteilung des Gesamt-GdB beim Zusammentreffen eines Leidens im Zeitraum der Heilungsbewährung mit weiteren Behinderungen [72]

Von einem Beiratsmitglied wurde die Frage gestellt, inwieweit ein bestehender GdB unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung durch Hinzutreten einer weiteren Behinderung erhöht werde. Mit dieser Frage wurden zwei Beispiele zur Diskussion gestellt: Im ersten Beispiel war bei Einzel-GdB-Werten von 50 für einen Herzinfarkt im Stadium der Heilungsbewährung und von 10 für die Versteifung eines Handgelenks in ungünstiger Stellung der Gesamt-GdB mit 60 und im zweiten Beispiel bei Einzel-GdB-Werten von 80 für eine Gewebsneubildung im Bereich der Lunge ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion und von 40 für eine Herzleistungsminderung der Gesamt-GdB mit 80 beurteilt worden.

In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass der Gutachter den Inhalt des Begriffs der Heilungsbewährung beachten müsse. Ein GdB unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung schließe stets auch eine psychische Belastung, eine Einschränkung und Umstellung der Lebensführung und eine gewisse Leistungsminderung mit ein. Insofern sei bei der Bildung des Gesamt-GdB auf Überschneidungen zu achten. Ausgangspunkt müssten in jedem Fall die tatsächlichen Auswirkungen im Zusammenwirken der Organschäden sein und es sei dann zu prüfen, ob die Heilungsbewährung sich zusätzlich auswirke und eine Erhöhung des GdB rechtfertige.

Die Anwesenden hielten die in den beiden Beispielen gebildeten Gesamt-GdB-Werte für zutreffend, wenn im ersten Beispiel die tatsächliche Leistungsbeeinträchtigung des Herzens nur leichtgradig sei und im zweiten Beispiel die Funktionsstörung am Herzen

in einer Atemnot zum Ausdruck komme, da diese bei einem GdB von 80 für das Tumorleiden der Lunge bereits bis zu einem GdB von 50 mit einbezogen sei. Wenn sich im zweiten Fall die Herzleistungsminderung allerdings in ganz anderen Symptomen – z. B. allein in einer Angina pectoris – äußere, sei ein Gesamt-GdB von 90 als angemessen anzusehen.

4 Hilflosigkeit

- (a) Für die Gewährung einer Pflegezulage im sozialen Entschädigungsrecht ist Grundvoraussetzung, dass Beschädigte (infolge der Schädigung) „hilflos“ sind.
- (b) Hilflos sind diejenigen, die infolge von Gesundheitsstörungen – nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und dem Einkommensteuergesetz „nicht nur vorübergehend“ – für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.
- (c) Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen. Hilflosigkeit liegt im oben genannten Sinne auch dann vor, wenn ein psychisch oder geistig behinderter Mensch zwar bei zahlreichen Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe nicht unmittelbar bedarf, er diese Verrichtungen aber infolge einer Antriebsschwäche ohne ständige Überwachung nicht vornähme. Die ständige Bereitschaft ist z. B. anzunehmen, wenn Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist.
- (d) Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht (z. B. Hilfe beim Anziehen einzelner Bekleidungsstücke, notwendige Begleitung bei Reisen und Spaziergängen, Hilfe im Straßenverkehr,

- einfache Wund- oder Heilbehandlung, Hilfe bei Heimdialyse ohne Notwendigkeit weiterer Hilfeleistung). Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen (z. B. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung) müssen außer Betracht bleiben.
- (e) Bei einer Reihe schwerer Behinderungen, die aufgrund ihrer Art und besonderen Auswirkungen regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem Umfang erfordern, kann im Allgemeinen ohne nähere Prüfung angenommen werden, dass die Voraussetzungen für das Vorliegen von Hilflosigkeit erfüllt sind. Dies gilt stets
 - aa) bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung,
 - bb) Querschnittslähmung und anderen Behinderungen, die auf Dauer und ständig – auch innerhalb des Wohnraums – die Benutzung eines Rollstuhls erfordern,
 - (f) in der Regel auch
 - aa) bei Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderungen allein einen GdS von 100 bedingen,
 - bb) Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen, ausgenommen Unterschenkel oder Fußamputation beiderseits. (Als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mindestens der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).
 - (g) Führt eine Behinderung zu dauerndem Krankenlager, so sind stets auch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der behinderte Mensch das Bett überhaupt nicht verlassen kann.
 - (h) Stirbt ein behinderter Mensch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung, so ist die Frage der Hilflosigkeit analog Nummer 2 Buchstabe g zu beurteilen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2018

2. Merkzeichen „H“ bei Erwachsenen mit GdB unter 100 [301]

Ein Bundesland fragt, ob auch bei einem Einzel-GdB von unter 100 für die geistige Behinderung Hilflosigkeit festgestellt werden kann.

Auch bei Kombinationen von Gesundheitsstörungen mit einem Gesamt-GdB von 100 kann das Merkzeichen H festgestellt werden, wenn die Kriterien nach der VersMedV A4 b) erfüllt sind.

Dezember 2016

1. Beurteilung der Hilflosigkeit nach Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) [289] [zurück](#)

Grundsätzlich ist zu beachten, dass vor der Beurteilung der Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens „H“ zunächst immer Plausibilität und Übertragbarkeit des Pflege-Gutachtens versorgungsärztlich zu prüfen sind. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass die ICF und auch die VersMedV im Gegensatz zum Pflegestärkungsgesetz II eine Gewichtung einzelner Bereiche nicht vorsehen.

Es sind für die Feststellung die Bereiche zu prüfen, die auch bisher für die Annahme der Hilflosigkeit ausschlaggebend waren: Hilflos sind nach VersMedV diejenigen, die infolge von Gesundheitsstörungen nicht nur vorübergehend für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen.

Beurteilung nach dem alten System:

Bei diesen „Überleitungsfällen“ liegt noch das alte Pflege-Gutachten vor.

Beurteilung nach dem neuen System:

Bei Pflegegrad 1 und 2 sind in der Regel die Kriterien für das Merkzeichen „H“ nicht erfüllt. Bei einem Pflegegrad 3 ist eine sorgfältige Prüfung im Einzelfall erforderlich. Eine Hilflosigkeit kann festgestellt werden, wenn insbesondere die Prüfung der Module 1 (Mobilität), 2 (Kommunikation), 4 (Selbstversorgung) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens, vergleichbar geistiger Anregung) ergibt, dass hier ein besonders hoher Hilfebedarf besteht bzw. eine ständige Bereitschaft zur Hilfe notwendig ist.

Bei Pflegegrad 4 und 5 kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Kriterien für das Merkzeichen „H“ erfüllt sind.

Hinweis:

Bei Kindern bis 18 Monaten wird der Pflegegrad im SGB XI automatisch um einen Grad erhöht, um ständige Nachuntersuchungen zu vermeiden! Generell gelten nach der VersMedV wie bisher die bekannten speziellen Regelungen für die Feststellung einer Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter.

Nach einem Erlass des BMF vom 19.8.2016 zu § 65 Abs. 2 Satz 2 EStDV steht eine Hilflosigkeit zur Anerkennung des entsprechenden Pauschbetrags für die Einkommensteuer einem Pflegegrad 4 und 5 gleich. Das bedeutet unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Anmerkungen (s. o.) aber nicht, dass generell auch eine Hilflosigkeit i. S. der VersMedV vorliegt.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2005

1. Merkzeichen H und Pflegeaufwand [214]

Ein Beiratsmitglied zitierte hierzu das BSG-Urteil vom 12.12.03, wonach eine Grundpflege von mindestens 120 Minuten pro Tag erforderlich sei, um einen erheblichen Hilfebedarf (Nachteilsausgleich H) annehmen zu können. Dieses Urteil war im Beirat bereits erörtert worden. Die dort genannten Kriterien des zeitlichen Umfangs der Hilfeleistungen entsprechen den Kriterien der Nr. 21 der Anhaltspunkte. Es wurde darauf hingewiesen, dass nach EStDV § 66 Pflegestufe III dem Merkzeichen H gleichsteht. Bei Pflegestufe II muss, bevor Hilflosigkeit angenommen werden kann, durch den versorgungsärztlichen Dienst geprüft werden, ob das Pflegegutachten bei Nachweis von mehr als 120 Minuten Grundpflege dem notwendigen gutachtlichen Qualitätsstandard entspricht.

November 2004

6. Beurteilung des Nachteilsausgleichs „H“ bei Sehbehinderung [211]

Von einem Beiratsmitglied war gefragt worden, ob aufgrund neuer Rechtsprechung zur Hilflosigkeit von tauben Menschen auch bei sehbehinderten Menschen Hilflosigkeit bis zum Ende der beruflichen Ausbildung in Frage komme. Die Beiratsmitglieder waren einstimmig der Meinung, dass aus versorgungsmedizinischer Sicht eine Angleichung der Beurteilung der Hilflosigkeit bei sehbehinderten Menschen an die Rechtsprechung zur Hilflosigkeit bei tauben Menschen nicht erforderlich sei. Hier sei im Einzelfall zu entscheiden. Aus versorgungsmedizinischer Sicht ist nach dem Votum des Beirats eine Änderung der „Anhaltspunkte“ nicht erforderlich.

November 1999

2.1.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ – Umfang und Dauer der notwendigen Hilfen [157]

Von einem Versorgungsärztlichen Dienst war darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Aussagen in TOP 2.3 der Niederschrift vom 15./16.04.1997 zur Hilflosigkeit nach § 35 Abs. 1 BVG bzw. § 33b EStG und Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGS XI sowohl von Gutachtern als auch von Seiten der Verwaltung dahingehend fehlinterpretiert worden seien, dass es für die Feststellung von Hilflosigkeit (Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis) vor allem auf Hilfen in erheblichem Umfang, d. h. Hilfen von täglich mindestens zwei Stunden Dauer ankomme. Unter diesem zeitlichen Rahmen würden dann alle nur denkbaren Hilfen subsumiert, und es würde nicht beachtet, dass sich diese Hilfen ausschließlich auf elementare Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens beziehen müssten.

Die Beiratsmitglieder zeigten sich über eine solche Auslegung ihres Beschlusses überrascht. Sie betonten, dass die Ausführungen der o. g. Niederschrift lediglich den in § 35 BVG bzw. § 33b EStG genannten Begriff „erheblicher Umfang“ unter Beachtung der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisiere und nicht als Ersatz für die diesbezüglichen Ausführungen in Nr. 21 der „Anhaltspunkte“ oder gar der gesetzlichen Bestimmungen angesehen werden dürften. Entscheidend bleibe, dass die Hilfen für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz des Betroffenen im Ablauf eines jeden Tages erbracht werden müssen, wobei für den Umfang dieser Verrichtungen wenigstens zwei Stunden täglich zu fordern seien.

Die Ausführungen in der genannten Niederschrift seien im Hinblick auf die stringenten zeitlichen Regelungen in § 15 Abs. 3 SGB XI erforderlich gewesen und sollten zudem klarstellen, dass für Feststellungen von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI andere Voraussetzungen gelten als für die Feststellung von Hilflosigkeit nach dem BVG bzw. EStG, und dass deshalb beim Vorliegen von Entscheidungen aus einem Rechtsbereich nicht kritiklos auf das Vorliegen der Voraussetzungen in dem anderen Rechtsbereich geschlossen werden könne.

1.11.1 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – Mindestvoraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit [134]

Von einem Land waren unter Hinweis auf zwei Urteile des Bundessozialgerichts vom 2.7.1997 und 10.9.1997, in denen sich das Gericht zur zeitlichen Mindestvoraussetzung für die Annahme von Hilflosigkeit geäußert hatte, und unter Bezug auf eine diesbezügliche Veröffentlichung eines Richters des BSG (ZfS 4/98, Seite 97) Zweifel an der Richtigkeit des Beiratsbeschlusses vom 15./16.4.1997 (TOP 2.3) geäußert worden. Danach würde – im Gegensatz zu dem genannten Beiratsbeschuß – für die Feststellung von Hilflosigkeit nach § 33b EStG bzw. nach § 35 Abs. 1 BVG ausreichen, daß Hilfe in einem täglichen Umfang von mindestens einer Stunde erbracht wird.

In dem Antwortschreiben des BMA war darauf hingewiesen worden, daß die Aussagen des BSG in den genannten Urteilen und in der angesprochenen Veröffentlichung auf einem Missverständnis beruhten. Das BSG hatte in einem Urteil vom 29.8.1990 (Breithaupt 1991, 546) ganz klar ausgeführt, daß Hilflosigkeit nicht vorliegt, wenn der Betroffene nur in relativ geringem Umfang, täglich etwa eine Stunde, auf fremde Hilfe angewiesen ist und dies mit Urteil vom 8.3.1995 nochmals bestätigt. Unter ausdrücklichem Hinweis auf diese früheren Urteile und ohne Behauptung oder Begründung eines anderen Standpunktes hat das BSG dann in den späteren, vom Land angeführten oben genannten Urteilen, missverstehbar eine zeitliche Mindestgrenze von einer Stunde genannt. Aus einer offensichtlich fehlerhaften Zitierung der früheren begründeten Rechtsprechung durch das BSG könnten aber keine anderen Rechtsfolgen abgeleitet werden, die den anspruchsberechtigten Personenkreis erheblich erweitern würden.

Die Beiratsmitglieder stimmten den Ausführungen des BMA in seinem Antwortschreiben in vollem Umfang zu. Sie betonten noch einmal, daß die Feststellung von Hilflosigkeit in den genannten

Rechtsbereichen stets Hilfen in erheblichem Umfang voraussetzt. Ein erheblicher Umfang ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dann gegeben, wenn Hilfe täglich mindestens zwei Stunden erbracht wird. Eine Änderung des Beiratsbeschlusses vom 15./16.4.1997 kommt daher nicht in Betracht.

April 1997

2.4 Merkzeichen „H“ bei Gehörlosen mit abgeschlossener Berufsausbildung [126] [zurück](#)

Die Frage, ob bei einem Gehörlosen, der nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung später die Meisterschule besucht, Hilflosigkeit vorliegt, wurde von den Beiratsmitgliedern unter Hinweis auf Nr. 22 Abs. 4 Buchst. e) der „Anhaltspunkte“ und unter Berücksichtigung der Ausführungen des Bundessozialgerichts im Urteil vom 12.11.1996 – 9 RVs 9/95 (Breith. 1997, 355) bejaht. Die Feststellung von Hilflosigkeit nach dem Schwerbehindertengesetz kommt allerdings nur in Betracht, sofern die weitere Ausbildung länger als sechs Monate andauert.

November 1993

1.4 Hilflosigkeit bei Gehörlosigkeit – Urteile des BSG vom 23.06.1993 [109]

Das BSG hatte bei Gehörlosen – im Gegensatz zu den Ausführungen in Nr. 22 Abs. 4 d der „Anhaltspunkte“ – Hilflosigkeit über das 16. Lebensjahr (Beendigung der Gehörlosenschule) hinaus für die Dauer der Berufsausbildung bejaht und dies im Wesentlichen mit den in erheblichen Umfang notwendigen kommunikativen Hilfen während dieser Zeit begründet.

In der Diskussion wurde herausgehoben, daß das Gericht bei der Auslegung des Begriffs Hilflosigkeit sehr weit gegangen sei. Dennoch gebe es aus medizinischer Sicht keine grundlegenden Bedenken gegen diese Ausführungen. Bei dem Stellenwert, den das Ge-

richt der Kommunikation im Rahmen der Berufsausbildung bemessen habe, sei davon auszugehen, daß bei jeder notwendigen Ausbildung – und zwar nicht nur bei der beruflichen Erstausbildung, sondern auch bei weitergehender Ausbildung (z. B. Studium) – Hilfslosigkeit angenommen werden müsse. <Anm.: Die weiteren Erörterungen im BMA haben ergeben, daß Entsprechendes auch bei vergleichbaren Maßnahmen der beruflichen Bildung gilt.>

Aus der Feststellung von Hilfslosigkeit wegen eines erhöhten Kommunikationsbedarfs könne aber das Vorliegen weiterer Nachteilsausgleiche nicht abgeleitet werden.

Die Beiratsmitglieder empfahlen abschließend, die Urteile im Ergebnis zu akzeptieren und die Nr. 22 Abs. 4d der „Anhaltspunkte“ entsprechend zu erweitern.

April 1988

2.3 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen [52]

Zur Frage stand, ob beim Vorliegen von Hilfslosigkeit stets auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ als erfüllt angesehen werden könnten. Nach § 59 Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes wird die Begleitperson eines Schwerbehinderten unentgeltlich befördert, sofern eine ständige Begleitung notwendig ist. Daraus ergibt sich, daß Hilfslosigkeit nicht regelhaft mit der Notwendigkeit ständiger Begleitung verbunden ist.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß nach Nummer 32 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ bei hilflosen Erwachsenen oft auch die Notwendigkeit ständiger Begleitung anzunehmen sei. Bei hilflosen Kindern sei zu beachten, daß diese nicht in jedem Falle schwerbehindert seien und daß bei ihnen nicht nur die in der Nummer 21 der „Anhaltspunkte“ genannten Voraussetzungen, sondern auch eine notwendige Überwachung für die Frage der Hilfslosigkeit ausschlaggebend sein könne. Darüber hinaus sei zu beachten, daß immer nur die Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand berücksichtigt werden könne.

Unter diesen Umständen sei bei Kindern das Vorliegen von Hilflosigkeit seltener als bei Erwachsenen mit der Notwendigkeit ständiger Begleitung verbunden.

Zusammenfassend ergab sich somit, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen in jedem Einzelfall geprüft werden müssen.

November 1987

1.3.1 Hilflosigkeit bei fortgeschrittener Einschränkung der Atemfunktion [45]

Von einem Land war die Frage gestellt worden, ob wegen der Notwendigkeit einer täglichen Sauerstoffzufuhr (z. B. Sauerstoffkonzentrator über viele Stunden) die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt seien.

Die Beiratsmitglieder betonten, daß die Art der Behandlung kein Kriterium für die Beurteilung von Hilflosigkeit sei; es komme vielmehr – wie dies auch aus der Nummer 21 der „Anhaltspunkte“ hervorgehe – immer darauf an, daß fremde Hilfe in erheblichem Umfang dauernd erforderlich sei oder, wenn Hilfe nicht ständig geleistet werde, häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr in dauernder Bereitschaft sein müsse. Ob diese Voraussetzungen bei einer täglichen Sauerstoffzufuhr erfüllt seien, müsse in jedem Einzelfall geprüft werden.

Oktober 1986

3.2 Hilflosigkeit und Befreiung von der Rundfunkgebührensspflicht bei ständiger Peritonealdialyse [37]

Von einem Beiratsmitglied war die Frage gestellt worden, ob bei einer chronischen Peritonealdialyse, die in vierstündigen Abständen durchgeführt werde, die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkmale „H“ und „RF“ erfüllt seien. In der Diskussion wurde

herausgestellt, daß es sich bei der genannten Dialyseform nur um eine kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse handeln könne. Bei dieser Form der Peritonealdialyse könne die Dialyse von dem Kranken allein vorgenommen werden und schränke seine allgemeine Mobilität nur wenig ein. Es bestand Einigkeit, daß unter diesen Umständen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „H“ und „RF“ nicht als gegeben angesehen werden könnten. Die gleiche Beurteilung ergebe sich bei der intermittierenden Peritonealdialyse – einer weiteren Form der Peritonealdialyse. Zusammenfassend wurde daraus gefolgert, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „H“ und „RF“ bei allen Formen der Peritonealdialyse auch nicht eher erfüllt seien, als bei der Hämodialyse.

8. Verschiedenes – Punkt 8.1

Die vom BMA in einem Schreiben an einen Behindertenverband vertretene Auffassung, daß Schwerbehinderte, die nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen sind, auch „hilflos“ seien, hatte zu Missverständnissen geführt. Das Schreiben wurde daher den Mitgliedern der Sektion „Versorgungsmedizin“ zur Kenntnis gebracht und zur Diskussion gestellt. Die Beiratsmitglieder bekräftigten die vom BMA in diesem Schreiben vertretene Auffassung und stellen folgendes heraus: Wenn Schwerbehinderte auf Dauer auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen seien, dann müsse dies so verstanden werden, daß diese Behinderten sich ständig und auch innerhalb des Wohnraumes – abgesehen vielleicht von wenigen mühsamen Schritten – nur mit Hilfe eines Rollstuhls fortbewegen könnten und dementsprechend praktisch gehunfähig seien. Bei einem solchen Angewiesensein auf einen Rollstuhl müsse in jedem Fall eine Behinderung vorliegen, die der Nr. 21 der „Anhaltspunkte“ entsprechend Hilflosigkeit begründe. Schwerbehinderte, die nur zeitweilig einen Rollstuhl zu ihrer Entlastung benutzen – z. B. bei etwas längeren Wegen im Straßenverkehr, – könnten diesem Personenkreis nicht ohne weiteres zugeordnet werden.

Oktober 1985

2.2.1 Hilfflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern [20]

Zur Diskussion standen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Merkzeichen „H“, „G“ und „B“ bei Aphasikern. In diesem Zusammenhang berichtete Dr. ... über einen Schriftwechsel zwischen dem Bundesverband für ... und dem BMA sowie über ein Gespräch mit Vertretern des Verbandes. Hierbei war von Seiten des BMA auf folgendes hingewiesen worden:

Bei einer schweren, z. B. totalen oder fast totalen gemischten Aphasie seien nach Nummer 26.3. der „Anhaltspunkte“ stets ein MdE-Grad von 100 v. H. und nach Nummer 21 Abs. 6 der „Anhaltspunkte“ – da jeder Aphasie ein Hirnschaden zugrunde liege – regelhaft auch „Hilfflosigkeit“ anzunehmen. Im übrigen seien solche schweren Aphasien mit so erheblichen Orientierungsstörungen verbunden, daß stets auch die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ und „B“ als gegeben anzusehen seien. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keine MdE von 100 v.H. rechtfertigten, könne keine generelle Aussage gemacht werden; hier müsse im Einzelfall geprüft werden, wieweit die Voraussetzungen für Vergünstigungen erfüllt seien, wobei es vor allem darauf ankomme, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und evtl. auch Gliedmaßenlähmungen, die oft zusammen mit einer Aphasie aufträten, vorhanden seien. Die Beiratsmitglieder schlossen sich dieser Auffassung an. Im Verlauf der weiteren Erörterung wurde ergänzend noch folgendes herausgestellt: Im Hinblick auf die verschiedenen Aphasieformen sei für die Beurteilung von besonderer Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß die Aphasie von einer sensorischen Störung bestimmt sei, weil vor allem diese zu Orientierungsstörungen führe. Eine vollständige rein sensorische Aphasie (die allerdings sehr selten sei) und eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente würden, unter diesen Um-

ständen die Merkzeichen „G“ und „B“ regelmäßig auch dann rechtfertigen, wenn die diesbezügliche MdE „nur“ auf 70 v. H. oder 80 v. H. einzuschätzen sei.

April 1985

2.2.1 Hilfslosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten [19]

Es wurde erörtert, ob bei angeborener Gehörlosigkeit im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ anzunehmen seien, wenn eine Gehörlosenschule nicht besucht wurde und es sich dementsprechend auch noch im Erwachsenenalter um einen Analphabeten handele. Die Beiratsmitglieder vertraten übereinstimmend die Auffassung, daß in solchen Fällen auch im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ (und dann auch „G“) gegeben seien, solange nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Änderung der Situation erreicht werden könnte. Meist dürfte es sich allerdings um Fälle mit geistiger Retardierung handeln, bei denen auf Dauer die Voraussetzungen für die genannten Vergünstigungsmerkmale erfüllt seien (zu den Merkzeichen „G“ und „B“ siehe Nummer 30 Abs. 5 und Nummer 32 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“).

5 Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen

- (a) Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur die bei der Hilflosigkeit genannten „Verrichtungen“ zu beachten. Auch die Anleitung zu diesen „Verrichtungen“, die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung (z. B. durch Anleitung im Gebrauch der Gliedmaßen oder durch Hilfen zum Erfassen der Umwelt und zum Erlernen der Sprache) sowie die notwendige Überwachung gehören zu den Hilfeleistungen, die für die Frage der Hilflosigkeit von Bedeutung sind.
- (b) Stets ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet. Der Umfang der wegen der Behinderungen notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen muss erheblich sein. Bereits im ersten Lebensjahr können infolge der Behinderung Hilfeleistungen in solchem Umfang erforderlich sein, dass dadurch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt sind.
- (c) Die Besonderheiten des Kindesalters führen dazu, dass zwischen dem Ausmaß der Behinderung und dem Umfang der wegen der Behinderung erforderlichen Hilfeleistungen nicht immer eine Korrelation besteht, so dass – anders als bei Erwachsenen – auch schon bei niedrigerem GdS Hilflosigkeit vorliegen kann.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2022

5. Rückwirkende Anerkennung von Hilfflosigkeit im Kindes- und Jugendalter ab Geburt [308]

Gem. Teil B Nr. 3.5 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze liegt eine Behinderung erst ab dem Nachweis der Teilhabebeeinträchtigung vor. Die Regelwidrigkeit im Vergleich zum altersentsprechenden Zustand muss belegt sein (Versorgungsmedizinische Grundsätze Teil A Nr. 2c).

- (d) Bei angeborenen oder im Kindesalter aufgetretenen Behinderungen ist im Einzelnen folgendes zu beachten:
- aa) Bei geistiger Behinderung kommt häufig auch bei einem GdS unter 100 – und dann in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – Hilfflosigkeit in Betracht, insbesondere wenn das Kind wegen gestörten Verhaltens ständiger Überwachung bedarf. Hilfflosigkeit kann auch schon im Säuglingsalter angenommen werden, z.B. durch Nachweis eines schweren Hirnschadens.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 1984

2.4 Beurteilung der Hilfflosigkeit bei Ventilversorgung eines Hydrozephalus [8]

Bei der Sitzung am 4. April 1984 war die Frage, ob bei Ventilversorgung eines Hydrozephalus im Kindesalter generell Hilfflosigkeit anzunehmen sei, zunächst offen gelassen worden. Dr. ... berichtete jetzt über die vom BMA geführten Gespräche mit Neuropädiatern, aus denen sich ergab, daß sich die Lebensführung ventilversorgter Kinder, die sich normal entwickelten, von der gesunder Kinder nicht wesentlich unterscheidet. Solche Kinder dürften beispielsweise ohne spezielle Aufsicht spielen, Sport treiben oder radfahren. Lediglich in einigen Bereichen seien Ein-

schränkungen bzw. besondere Maßregeln erforderlich (z. B. beim Leistungssport oder bei starken Sonneneinwirkungen).

Unabhängig von äußeren Belastungen könnten allerdings Komplikationen – auch von Seiten des Ventils – zu jeder Zeit auftreten; sie verursachten aber erkennbare Symptome.

Die Beiratsmitglieder waren übereinstimmend der Auffassung, daß unter diesen Umständen die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ bei wegen eines Hydrozephalus ventilversorgten Kindern nicht generell gerechtfertigt sei.

- bb) Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, die für sich allein einen GdS von mindestens 50 bedingen, und bei anderen gleich schweren, im Kindesalter beginnenden Verhaltens- und emotionalen Störungen mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist regelhaft Hilflosigkeit bis zum 18. Lebensjahr anzunehmen.

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (*DritteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, war bb) wie folgt gefasst:

bb) Bei autistischen Syndromen sowie anderen emotionalen und psychosozialen Störungen mit lang dauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten ist in der Regel Hilflosigkeit bis zum 16. Lebensjahr – in manchen Fällen auch darüber hinaus – anzunehmen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2022

4. Hilfflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei tiefgreifender Entwicklungsstörung und Merkzeichen „B“ [307]

Der vermehrte Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf ist durch die zuerkannte Hilfflosigkeit im Kindes- und Jugendalter gem. Teil A Nr. 5a/b der Versorgungsmedizinischen Grundsätze abgedeckt. Nur in Ausnahmefällen, in denen besonderer Unterstützungsbedarf bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nachgewiesen ist, kann die Feststellung des Merkzeichens „B“ in Betracht kommen. Gemäß Teil D Nr. 2a) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind dann die gleichen Kriterien wie bei der Beurteilung entsprechender Gesundheitsstörungen im Erwachsenenalter anzuwenden.

März 2014

3. Gewährung von MZ „H“ bei tiefgreifender Entwicklungsstörung (GdB 50) und vorliegender Führerscheintauglichkeit bei 17-jährigen Jugendlichen [270]

Es handelt sich hierbei um unterschiedliche Rechtsgebiete. Eine Korrelation von Fahrtauglichkeit und Hilfflosigkeit wird nicht gesehen.

- cc) Bei hirnorganischen Anfallsleiden ist häufiger als bei Erwachsenen auch bei einem GdS unter 100 unter Berücksichtigung der Anfallsart, Anfallsfrequenz und eventueller Verhaltensauffälligkeiten die Annahme von Hilfflosigkeit gerechtfertigt.
- dd) Bei sehbehinderten Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Hilfflosigkeit anzunehmen.

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (*DritteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, war dd) wie folgt gefasst:

*dd) Bei sehbehinderten Kindern und **Jugendlichen** mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, ist bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte Hilflosigkeit anzunehmen.*

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (*ErsteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 10. März 2010, war dd) wie folgt gefasst:

dd) Bei sehbehinderten Kindern mit Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdS von wenigstens 80 bedingen, ist bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte Hilflosigkeit anzunehmen.

- ee) Bei Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ist Hilflosigkeit ab Beginn der Frühförderung und dann – insbesondere wegen des in dieser Zeit erhöhten Kommunikationsbedarfs – in der Regel bis zur Beendigung der Ausbildung anzunehmen. Zur Ausbildung zählen in diesem Zusammenhang: der Schul-, Fachschul- und Hochschulbesuch, eine berufliche Erstausbildung und Weiterbildung sowie vergleichbare Maßnahmen der beruflichen Bildung.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1986

4.2 Hilflosigkeit bei Kindern mit Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit [40]

Nach der Nummer 22 der „Anhaltspunkte“ ist bei Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit Hilflosigkeit nach Vollendung des ersten Lebensjahres anzunehmen. Es wurde nun die Frage gestellt, ob für diese Kinder – wie bei blinden und schwer hirnbeschädigten Kindern – bereits ab Geburt oder innerhalb des ersten Lebensjahres „Hilflosigkeit“ festgestellt werden könne, da mit den modernen audiometrischen Verfahren einer computerisierten EEG-Audiometrie bereits wenige Tage nach der Geburt ein relativ exaktes und zuverlässiges Bild über die Hörfähigkeit der Kinder zu gewinnen sei.

Dr. . . . berichtete in diesem Zusammenhang von einer Tagung der . . . Versorgungsverwaltung im . . . , bei der der Leiter des Hörgeschädigtenzentrums . . . dargelegt hatte, daß nach der Diagnose einer solchen Hörbehinderung heute bereits im ersten Lebensjahr (etwa ab dem 5. Lebensmonat) eine Frühförderung dieser Kinder möglich und anzustreben sei. In diese Frühförderung müssten die Eltern dieser Kinder (Bezugspersonen) einbezogen werden; d. h. diese Eltern müssten dann erhebliche zusätzliche Hilfeleistungen für das Kind erbringen, die weit über die regelhaften Hilfeleistungen bei gesunden gleichaltrigen Kindern hinausgingen.

Unter diesen Umständen waren die Beiratsmitglieder übereinstimmend der Meinung, daß – wenn eine solche Frühförderung schwer hörgeschädigter Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres durchgeführt werde – entgegen der Nummer 22 Abs. 4 d) der „Anhaltspunkte“ die Annahme von Hilflosigkeit auch schon vor Vollendung des ersten Lebensjahres in Betracht komme.

-
- ff) Bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumensegelspalte ist bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) Hilflosigkeit anzunehmen. Die Kinder benötigen während dieser Zeit in hohem Maße Hilfeleistungen, die weit über diejenigen eines gesunden gleichaltrigen Kindes hinausgehen, vor allem bei der Nahrungsaufnahme (gestörte Atmung, Gefahr des Verschluckens), bei der Reinigung der Mundhöhle und des Nasen-Rachenraumes, beim Spracherwerb sowie bei der Überwachung beim Spielen.
- gg) Beim Bronchialasthma schweren Grades ist Hilflosigkeit in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.
- hh) Bei angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden ist bei einer schweren Leistungsbeeinträchtigung entsprechend den in Teil B Nummer 9.1.1 angegebenen Gruppen 3 und 4 Hilflosigkeit anzunehmen, und zwar bis zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit (z. B. durch Operation), längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.
- ii) Bei Behandlung mit künstlicher Niere ist Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen. Bei einer Niereninsuffizienz, die für sich allein einen GdS von 100 bedingt, sind Hilfeleistungen in ähnlichem Umfang erforderlich, sodass auch hier bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres die Annahme von Hilflosigkeit begründet ist.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1989

2.3.2 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen nach Nierentransplantation [70]

Zur Diskussion stand das Merkzeichen „H“ bei Kindern und Jugendlichen nach Nierentransplantation. Die Anwesenden stellten fest, daß bei früher dialysepflichtigen Kindern und Jugendlichen auch nach einer Nierentransplantation

noch für eine gewisse Zeit die Annahme von Hilfflosigkeit erfüllt sei. Zur Begründung wurde ausgeführt, daß in der ersten Phase nach der Transplantation infolge der immunsuppressiven Therapie noch eine stärkere Überwachung und im Hinblick auf den bei chronisch niereninsuffizienten Kindern und Jugendlichen beschriebenen psychophysischen Entwicklungsrückstand (vgl. Lange im MedSach 1988, 5) spezielle Maßnahmen zur, Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung notwendig seien.

Unter diesen Umständen empfahlen die Beiratsmitglieder, auch nach einer erfolgreichen Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen in der Regel für die Dauer von bis zu zwei Jahren Hilfflosigkeit anzunehmen.

- jj) Beim Diabetes mellitus ist Hilfflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen.

Bis zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 (*ZweiteÄnd-VO VersMedV*), in Kraft getreten am 22. Juli 2010, war jj) wie folgt gefasst:

jj) Beim Diabetes mellitus ist Hilfflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, bei fortbestehender instabiler Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzunehmen.

- kk) Bei Phenylketonurie ist Hilfflosigkeit ab Diagnosestellung – in der Regel bis zum 14. Lebensjahr – anzunehmen. Über das 14. Lebensjahr hinaus kommt Hilfflosigkeit in der Regel nur noch dann in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2014

4. Glutarazidurie – Bewertung der Höhe des GdS und Gewährung von MZ [271]

Bei der Glutarazidurie handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, die einer speziellen Ernährung zur Vermeidung schwerer Gesundheitsstörungen bedarf. Die hierdurch bedingte Teilhabebeeinträchtigung kann analog zu der in der Versorgungsmedizinverordnung aufgeführten Stoffwechselerkrankung Phenylketonurie gesehen werden.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2000

1.12.1 Gutachtliche Beurteilung von Kindern mit Stoffwechselkrankheiten [161] [zurück](#)

Ein Vertreter des BMA informierte die Beiratsmitglieder über das am 25.05.2000 geführte Sachverständigengespräch zur Begutachtung von Hilflosigkeit bei Kindern mit bestimmten Stoffwechselerkrankungen. Wie die Sachverständigen zur Phenylketonurie ausgeführt hatten, handelt es sich bei der Diät um eine streng eiweißarme Kost, die durch Zugabe einer speziellen Aminosäuremischung ergänzt werden muss. Zur Dosierung des Ergänzungspräparates ist genaue Berechnung des mit dem Nahrungseiweiß tatsächlich zugeführten Phenylalanin erforderlich. Der zeitliche Aufwand für die Berechnung und Zubereitung der Diät sowie für

die ständige Überwachung und Anleitung liegt nach Aussagen der Sachverständigen wenigstens zwei Stunden über den für ein gesundes gleichaltriges Kind erforderlichen Betreuungsmaßnahmen durch die Eltern. Die Diätführung ist in der Zeit des präpubertalen Wachstumsschubes (12. bis 14. Lebensjahr) besonders schwierig und von den Kindern auch in diesem Alter ohne fremde Hilfe nicht zu leisten. Diätfehler können zu krisenhaften neuropsychologischen Funktionsstörungen führen.

Die ansonsten in der Nr. 22 Abs. 4 Buchst. 1 genannten Stoffwechselkrankheiten (Homozystinurie, Ahornsirupkrankheit, Galaktosämie) sollten nach Auffassung der Sachverständigen gestrichen werden. Homozystinurie und Ahornsirupkrankheit sind sehr selten und zeigen unterschiedliche Verlaufsformen, so dass die Voraussetzungen für die Annahme von Hilfflosigkeit nicht generell vorliegen. Bei der Galaktosämie ergibt sich Hilfflosigkeit unabhängig von der Art der Diätdurchführung aus dem Ausmaß der geistigen Behinderung (Nr. 22 Abs. 4 Buchst. a der „Anhaltspunkte“). Aus diesen Gründen empfehlen die Beiratsmitglieder, die Nr. 22 Abs. 4 Buchst. 1 wie folgt neu zu fassen:

„Bei Phenylketonurie ist Hilfflosigkeit 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 Hilfflosigkeit in der Regel nur noch dann in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.“

November 1996

5.5 Hilfflosigkeit bei Kindern mit adrenogenitalem Syndrom [121]

Eine Elterninitiative hat sich dafür eingesetzt, bei Kindern mit adrenogenitalem Syndrom – zumindest bei solchen mit Salzverlustsyndrom – immer Hilfflosigkeit anzunehmen. Nach ihrer Auffassung sei der Betreuungsaufwand bei diesen Kindern insbesondere im Zusammenhang mit der Überwachung der Tablettenein-

nahme mit dem von Kindern mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus vergleichbar.

Die Anwesenden konnten sich dieser Meinung nicht anschließen. Zwar benötigen Kinder mit adrenogenitalem Syndrom eine lebenslange, lebenserhaltende Therapie, aber der dabei erforderliche Hilfebedarf erreicht im Regelfall nicht zwei Stunden pro Tag und liegt somit nicht wesentlich über dem Hilfebedarf eines gesunden gleichaltrigen Kindes.

- ll) Bei der Mukoviszidose ist bei der Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen – im Allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres – Hilflosigkeit anzunehmen. Das ist immer der Fall bei Mukoviszidose, die für sich allein einen GdS von wenigstens 50 bedingt (siehe Teil B Nummer 15.5). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kommt Hilflosigkeit bei schweren und schwersten Einschränkungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Betracht.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2011

4. Mukoviszidose, Zuerkennung von Hilflosigkeit [241]

Hilflosigkeit kann bei Mukoviszidose auch bei einem GdB von unter 50 festgestellt werden. Dann müssen aber umfangreiche Betreuungsmaßnahmen dokumentiert und medizinisch begründet sein. Es handelt sich immer um eine Einzelfallentscheidung.

Merkzeichen sind an den Schwerbehindertenstatus gekoppelt, Nachteilsausgleiche sind nicht immer an einen bestimmten GdB gebunden.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2001

1.1 Gutachtliche Beurteilung bei Mukoviszidose [179]

Anlass für die Erörterung dieses Tagesordnungspunktes war ein Referat des Leiters der Mukoviszidoseambulanz der Klinik für Pädiatrie I am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Universität ..., Herrn Dr. ..., am 8. Mai 2001 anlässlich der 33. versorgungsmedizinischen Fortbildungstagung, über Begutachtungsfragen in Karlsruhe. In diesem Referat hatte Herr Dr. ... die GdB/MdE-Beurteilung bei Kindern und Jugendlichen mit Mukoviszidose für zu niedrig angesehen und zudem gefordert, „Hilfflosigkeit“ (Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis) bei den Betroffenen regelhaft und nicht erst bei einem GdB/MdE-Grad von 50 festzustellen.

Herr Dr. ..., der als Sachverständiger eingeladen worden war, trug seine Argumente für eine Änderung der die GdB/MdE-Bewertung und Beurteilung von „Hilfflosigkeit“ betreffenden Kriterien vor. Er schlug vor, die GdB/MdE-Werte im Hinblick auf eine extrem zeitaufwändige Therapie, die die Teilnahme an dem altersüblichen Sozialleben erheblich einschränke, in allen Schweregraden um wenigstens 10 zu erhöhen. Dazu empfahl er, regelhaft „Hilfflosigkeit“ anzunehmen, um die Nachteile der Betroffenen, die durch andere Sozialleistungen nicht genügend ausgeglichen würden, zu kompensieren.

Die Ausführungen von Dr. ... wurden intensiv diskutiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass die mit Rundschreiben des BMA vom 20.3.2001 geänderten GdB/MdE-Grade nunmehr in ausgewogener Relation zu ähnlichen chronischen Krankheiten stünden. Zudem werde durch den untersten GdB/MdE-Grad von 20 bei Betroffenen, bei denen unter Therapie Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung altersgemäß seien, bereits die erheblichen Auswirkungen im täglichen Leben berücksichtigt.

Im Hinblick auf das Merkzeichen „H“ wurde klargestellt, dass die Voraussetzungen grundsätzlich unabhängig von der Höhe des GdB/MdE-Grades sind. Dennoch können die erforderlichen Hilfeleistungen erst dann regelhaft als relevant angesehen werden, wenn das Leiden ein entsprechendes Ausmaß erreicht hat. Dies ergebe sich auch eindeutig aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sowie aus den Sachverständigenanhörungen anlässlich der letzten Überarbeitung der „Anhaltspunkte“.

Im Ergebnis sahen die Beiratsmitglieder keine Notwendigkeit für Änderungen der GdB/MdE-Beurteilung bei Mukoviszidose oder der Kriterien für die Feststellung von „Hilflosigkeit“. Sie wiesen allerdings darauf hin, dass eine sachgerechte Anwendung der Beurteilungskriterien aussagekräftige Befundberichte voraussetzten. Insbesondere die Spezialambulanzen zur Betreuung Mukoviszidosekranker seien hier aufgefordert, die Versorgungsärztlichen Dienste durch die Übersendung guter Befundberichte zu unterstützen. Diese Anregung wurde von Herrn Dr. . . . positiv bewertet. Er sah darin eine wichtige Hilfe für die Anliegen der Betroffenen.

März 2000

1.9.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ bei Kindern mit Mukoviszidose [177]

Der „Mukoviszidose“ e. V. hat sich dafür eingesetzt, bei Kindern und Jugendlichen mit Mukoviszidose regelhaft einen GdB von 50 und „Hilflosigkeit“ festzustellen.

Die Beiratsmitglieder verwiesen diesbezüglich auf die Aussagen unter TOP 1.1.2 der Niederschrift über die Sitzung im April 1991. Aus dem Schreiben des „Mukoviszidose“ e. V. ergeben sich keine neuen sachlichen Argumente. Entscheidend für die Frage der Hilflosigkeit sind die in den Nummern 21 und 22 der „Anhaltspunkte“ genannten allgemeinen Kriterien. Danach ist allein der Umfang der zur Sicherung der Existenz notwendigen Hilfe Dritter maßgebend.

Eine Änderung der „Anhaltspunkte“ kommt somit nicht in Betracht, zumal nach Nummer 22 Abs. 4m im Einzelfall auch bei einem GdB/MdE-Grad unter 50 „Hilfflosigkeit“ vorliegen kann.

April 1991

1.1.2 Hilfflosigkeit bei Kindern mit Mukoviszidose (Urteile des BSG vom 29.8.1990) [82]

In den Urteilen hatte das BSG die Auffassung vertreten, daß die an Mukoviszidose erkrankten Kinder in den hier zur Diskussion stehenden leichten Fällen nie hilfflos gewesen seien. Sie hätten lediglich Hilfen bis zu einer Stunde täglich bei der Bronchialdrainage in Form von Klopfdrainagen sowie bei der Zubereitung der Diät und der Einnahme von Medikamenten erhalten. Damit sei aber lediglich eine behandlungsbedürftige Erkrankung beschrieben, die für einige Zeit am Tage ambulante „Behandlungspflege“ im Sinne des § 37 SGB V erfordere, nicht aber Pflegeleistungen der „Grundpflege“, wie sie für die Feststellung der Hilfflosigkeit maßgebend seien. Aber selbst wenn die sog. Behandlungspflege bei Mukoviszidose-Patienten den für solcher Art Erkrankte gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zugerechnet würden, seien die Behinderten nicht – wie dies dann erforderlich wäre – in erheblichem Umfang auf Hilfeleistungen angewiesen.

Zur Mukoviszidose und zu den Hilfeleistungen bei an Mukoviszidose erkrankten Kindern führten die Sachverständigen aus:

Die Prognose des chronischen Leidens hat sich deutlich verbessert. Dies ist nicht allein auf weiterentwickelte medizinisch-technische Maßnahmen zurückzuführen, sondern auch auf eine intensivere pflegerische Betreuung. Therapeutische und pflegerische Maßnahmen müssen bei allen Kindern sorgfältig und in vollem Umfang durchgeführt werden, da es keine Marker gibt, die geeignet sind, den Leidensverlauf im Einzelfall vorherzusagen. Die Betreuungspersonen arbeiten nach einem festgelegten Tagesprogramm und sind integraler Bestandteil der Therapie. Hierbei müssen sie aller-

dings nicht in allen Fällen alle Maßnahmen auch selber durchführen. Ihre Hilfeleistungen erstrecken sich dann auf die Anleitung und Überwachung bei Bronchialdrainagen, Inhalationen und Einnahme von Medikamenten. Dabei ist hervorzuheben, daß im Gegensatz zu früher bei vielen Kindern nicht mehr eine zeitintensive Klopf- und Lagerungsdrainage vorgenommen wird, sondern z. B. eine autogene Drainage, die die Kinder selbst durchführen können. Hilfen für die Durchführung und Überwachung therapeutischer Maßnahmen sind in einem Umfang von täglich ein bis zu zwei Stunden erforderlich. Eine weitere Aufgabe der Betreuungsperson besteht in der Verabreichung einer hochkalorischen Ernährung. Darunter ist nicht nur die Zubereitung der Nahrung zu verstehen, sondern auch die Anleitungen und Hilfen, die erforderlich sind, damit diese von den Kindern auch angenommen wird. Ein Kind ißt in der Regel nur so viel, wie es benötigt, um satt zu werden. Bei gesunden Kindern bedarf es dazu meist keiner besonderen Hilfen durch die Eltern. Kinder mit Mukoviszidose haben jedoch infolge der Krankheit oft weniger Appetit als gesunde Kinder. Selbst wenn sie so viel Nahrung zuführen würden wie gesunde Kinder, würden sie etwa 20% unter der Kalorienzufuhr ihrer gesunden Altersgenossen bleiben, da die Nahrung krankheitsbedingt nicht genügend aufgeschlossen werden kann. Dadurch stagniert aber die physiologische Gewichtszunahme, und die Prognose des Leidens verschlechtert sich. Um dieser Entwicklung vorzubeugen, benötigen die an Mukoviszidose erkrankten Kinder – verteilt auf fünf bis sechs Mahlzeiten – ein Kalorienplus von etwa 25% pro Tag. Dies bedeutet, daß Betreuungspersonen – vor allem bei Kindern mit Eßstörungen – erheblich beansprucht werden (z. B. durch Motivation, Überredungskunst, Überwachung und Protokollieren der Nahrungszufuhr). Dabei kann in schweren Fällen allein durch die Hilfen bei der Nahrungsaufnahme ein zeitlicher Mehraufwand von bis zu zwei Stunden entstehen.

Darüber hinaus bedarf es vor allem in Zeiten psychischer Labilität der Kinder besonderer und unter Umständen sehr zeitaufwendiger Zuwendungen durch die Betreuungspersonen, da die Kinder in dieser Situation dazu neigen, die sie belastenden Behandlungsmaßnahmen zu vernachlässigen oder gar abzubrechen.

Hinzu kommt die Belastung der Eltern durch die erforderlichen häufigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen, die zunehmend in speziellen Behandlungszentren durchgeführt werden und insofern oft mit langen Anreisewegen verbunden sind. Nach eingehender Diskussion der Sachverständigenaussagen stellten die Beiratsmitglieder fest:

Zeitaufwendige Lagerungs- und Klopfdrainagen, die noch vor Jahren den Umfang der Hilfeleistungen bei Kindern mit Mukoviszidose wesentlich beeinflusst haben, werden heute nicht mehr im Regelfall durchgeführt. Erforderlich sind jedoch weiterhin Hilfen und ständige Überwachung bei der Bronchialdrainage, bei der Einnahme von Medikamenten und bei den erforderlichen Inhalationen. Daneben kommt heute der Sicherstellung einer hochkalorischen Ernährung und einer intensiven psychischen Betreuung große Bedeutung zu. Die Hilfeleistungen sind umso umfangreicher, je schwerer das klinische Erscheinungsbild und je ausgeprägter die Ekstörungen und die psychische Beeinträchtigung der Kinder sind. In schweren Fällen werden wegen der Behinderung Hilfeleistungen in einem Umfang erforderlich, die weit über die Hilfeleistungen bei gesunden gleichaltrigen Kindern hinausgehen und zeitlich zwischen zwei bis vier Stunden liegen können. Diese Hilfeleistungen gehen weit über den Rahmen der „Behandlungspflege“ hinaus. Allerdings kann bei Kindern mit Mukoviszidose Hilflosigkeit nicht mehr wie bisher in allen Fällen angenommen werden. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß insbesondere in leichteren Fällen der Umfang der täglichen Hilfen nicht mehr als erheblich angesehen werden kann. Die Beiratsmitglieder empfehlen daher einstimmig, den Wortlaut in Nr. 22 Abs. 4 k der „Anhaltspunkte“ wie folgt zu ändern:

„Bei der Mukoviszidose ist bei der Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen (z. B. ständige Überwachung hinsichtlich Bronchialdrainagen und Inhalationen, Anleitung und Überwachung der Nahrungsaufnahme, psychische Führung) – im allgemeinen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres – Hilflosigkeit anzunehmen. Dies ist in der Regel der Fall bei Mukoviszidose mittleren und schweren Grades (s. Nr. 26.15, S. 91/92 der „Anhalts-

punkte“). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kommt Hilflosigkeit bei schweren Fällen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Betracht.“

- mm) Bei malignen Erkrankungen (z. B. akute Leukämie) ist Hilflosigkeit für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie anzunehmen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2013

2. Allogene Stammzelltransplantation bei Kindern – Gewährung von MZ H [264]

Zur Frage, für wie lange nach erfolgter allogener Stammzelltransplantation bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr MZ H zur Gewährung vorzuschlagen sei wurde festgestellt, dass MZ H regelhaft für 12 Monate zu gewähren ist.

- nn) Bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten schweren Immundefekten ist Hilflosigkeit für die Dauer des Immundefizits, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich macht, anzunehmen.
- oo) Bei der Hämophilie ist bei Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung – und damit schon bei einer Restaktivität von 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.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2000

1.12.2 Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Antikoagulantienbehandlung [162]

Den Beiratsmitgliedern war die Frage gestellt worden, ob eine Antikoagulantienbehandlung im Kindesalter grundsätzlich Hilfflosigkeit (Merkzeichen „H“) bedinge, da eine ständige Überwachung erforderlich sei. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass nur bei den in der Nr. 22 Abs. 4 Buchst. h der „Anhaltspunkte“ genannten Behinderten Hilfflosigkeit anzunehmen sei. Eine Antikoagulantientherapie allein rechtfertige keine generelle Annahme von Hilfflosigkeit; die Voraussetzungen können nur einzelfallbezogen geprüft werden.

- pp) Bei der juvenilen chronischen Polyarthrit ist Hilfflosigkeit anzunehmen, solange die Gelenksituation eine ständige Überwachung oder andauernd Hilffstellungen beim Gebrauch der betroffenen Gliedmaßen sowie Anleitungen zu Bewegungsübungen erfordert, in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Bei der systemischen Verlaufsform (Still-Syndrom) und anderen systemischen Bindegewebskrankheiten (z. B. Lupus erythematodes, Sharp-Syndrom, Dermatomyositis) ist für die Dauer des aktiven Stadiums Hilfflosigkeit anzunehmen.
- qq) Bei der Osteogenesis imperfecta ist die Hilfflosigkeit nicht nur von den Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen sondern auch von der Häufigkeit der Knochenbrüche abhängig. In der Regel bedingen zwei oder mehr Knochenbrüche pro Jahr Hilfflosigkeit. Hilfflosigkeit aufgrund einer solchen Bruchneigung ist solange anzunehmen, bis ein Zeitraum von zwei Jahren ohne Auftreten von Knochenbrüchen abgelaufen ist, längstens jedoch bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

-
- rr) Bei klinisch gesicherter Typ-I-Allergie gegen schwer vermeidbare Allergene (z. B. bestimmte Nahrungsmittel), bei der aus dem bisherigen Verlauf auf die Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks zu schließen ist, ist Hilfflosigkeit – in der Regel bis zum Ende des 12. Lebensjahres – anzunehmen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2022

3. Hilfflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei Allergie [306]

Hilfflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei Allergie ist zu gewähren, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Typ-I-Allergie muss medizinisch nachgewiesen sein.
- Lebensbedrohliche Ereignisse aufgrund der Allergie, die medizinische Hilfe in einer akuten Situation erforderten, müssen dokumentiert sein.
- Der Aufwand, der erforderlich ist, um das Kind vor dem Allergen zu schützen, muss dauerhaft, erheblich und nachweisbar sein.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2004

1. GdB/MdE-Begutachtung bei Fruktoseintoleranz [207]

Ein Zentrum für Kinderheilkunde bescheinigt ohne Rücksprache mit der Versorgungsverwaltung Kindern mit hereditärer Fruktoseintoleranz das Vorliegen einer Schwerbehinderung und von Hilfflosigkeit. Da die Fruktoseintoleranz in den „Anhaltspunkten“ nicht genannt ist, wurde gefragt, ob diese Einstufung gerechtfertigt sei. Die Beiratsmitglieder waren der Meinung, dass bei Fehlen von Besonderheiten ein GdB von höchstens 30 gerechtfertigt sei und dass Hilfflosigkeit in diesen Fällen nicht vorliegt.

- ss) Bei der Zöliakie kommt Hilfflosigkeit nur ausnahmsweise in Betracht. Der Umfang der notwendigen Hilfeleistungen bei der Zöliakie ist regelmäßig wesentlich geringer als etwa bei Kindern mit Phenylketonurie oder mit Diabetes mellitus.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2010

2. MZ „H“ bei Galaktosämie im Kindesalter: [232]

Die bisherige Bewertung beruht auf den Ergebnissen einer Expertenkommission und einem Beiratsbeschluss vom November 2000. Herr Dr. ... ruft in Erinnerung, dass das BMAS zu wesentlichen Gerichtsverhandlungen beigelegt werden kann. Bei seltenen Stoffwechselerkrankungen ist die Frage der Hilfflosigkeit unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarfs zu beurteilen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1989

2.3.1 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Zöliakie [69]

Nach der Nummer 22 Abs.4 Buchstabe o) der „Anhaltspunkte“ kommt bei Zöliakie Hilflosigkeit nur ausnahmsweise in Betracht, weil der Umfang der notwendigen Hilfeleistungen regelmäßig wesentlich geringer ist als etwa bei Kindern mit Phenylketonurie oder mit Diabetes mellitus.

Ein Land hatte angefragt, ob im Hinblick auf die Tatsache, daß eine absolut glutenfreie Diät eingehalten werden müsse und deshalb eine ständige Überwachung durch die Eltern erforderlich sei, nicht doch die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt seien. Dazu wurden Sozialgerichtsurteile zitiert, in denen ausgeführt worden war, „daß selbst ganz vereinzelte, gelegentliche Diätfehler zu schweren Veränderungen des Allgemeinzustandes mit starkem Erbrechen und Durchfällen führen könnten . . . Selbst die einmalige Gabe gliadinhaltiger Nahrungsmittel könne schnell wieder zu einer schweren Schädigung und sogar zu einem sogenannten Gliadinschock führen . . . Demgegenüber hätten einmalige Diätfehler z. B. bei der Phenylketonurie keine vergleichbaren Auswirkungen.“

Diese Auffassung vermochten die Anwesenden nicht zu teilen. Gerade neuere Veröffentlichungen kämen zu ganz anderen Ergebnissen. So habe z. B. ein besonderer Kenner der Materie, Prof. Stephan, Direktor der Kinderklinik des Universitätsklinikums Essen, in seinem Buch „Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter“, Hippokrates Verlag Stuttgart 1988, zu diesem Thema ausgeführt, daß nach den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung – trotz der Notwendigkeit einer lebenslangen glutenfreien Ernährung – nach zwei Jahren glutenfreier Diät eine Kontrollbiopsie der Darmschleimhaut mit anschließender Glutenbelastung durch-

geführt werde. Diese Belastung werde bis zum erneuten Auftreten klinischer Symptome, längstens aber über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt.

Die Beiratsmitglieder stimmten darin überein, daß die geschilderte Therapie nicht empfohlen worden wäre, wenn tatsächlich schon vereinzelt Diätfehler gravierende Auswirkungen für die Betroffenen hätten. Unter Berücksichtigung der Ausführungen von Prof. Stephan sahen die Anwesenden daher keine Möglichkeit, bei Kindern mit Zöliakie generell die Annahme von Hilfflosigkeit zu empfehlen.

Sie bestätigten unter Hinweis auf das Beratungsergebnis vom 26.3.1980 (TOP 1.8) ausdrücklich die Ausführungen in der Nummer 22 der „Anhaltspunkte“, wonach die Annahme von Hilfflosigkeit nur in besonderen Ausnahmefällen gerechtfertigt sei.

Der Umfang der erforderlichen Hilfs- und Überwachungsmaßnahmen sei auf jeden Fall geringer als bei Kindern mit Phenylketonurie. In diesem Zusammenhang wurde auf das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Berlin vom 12.12.1974 verwiesen, in dem der Umfang der bei der Phenylketonurie erforderlichen Hilfsmaßnahmen sehr eingehend geschildert und die Voraussetzungen für die Annahme von Hilfflosigkeit begründet worden waren.

Wenn bei Kindern und Jugendlichen Hilfflosigkeit festgestellt worden ist, muss bei der Beurteilung der Frage einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse Folgendes beachtet werden: Die Voraussetzungen für die Annahme von Hilfflosigkeit können nicht nur infolge einer Besserung der Gesundheitsstörungen entfallen, sondern auch dadurch, dass behinderte Jugendliche infolge des Reifungsprozesses – etwa nach Abschluss der Pubertät – ausreichend gelernt haben, die wegen der Behinderung erforderlichen Maßnahmen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen, die vorher von Hilffpersonen geleistet oder überwacht werden mussten.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2022

6. Bewertung bei Gewährung von Integrationshilfe oder Frühförderung im Kindesalter [309]

Aus der Gewährung von Integrationshilfe oder Frühförderung allein kann nicht automatisch auf das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft oder auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Feststellung der Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter geschlossen werden. Zu prüfen ist, welche Beeinträchtigungen vorliegen, aufgrund derer die Integration ohne umfassende Unterstützung nicht gelingt. Auskünfte über Art und Umfang des Förderungs- bzw. Betreuungs- und Hilfebedarfs geben z. B. die jeweiligen Fördergutachten, Hilfebedarfspläne, pädagogischen Schulberichte oder Entwicklungsberichte.

7. Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei Intelligenzminderung versus Merkzeichen „H“ im Erwachsenenalter [310]

Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter (Teil A Nr. 5 VMG) und Merkzeichen „H“ des Erwachsenenalters (Teil A Nr. 4 VMG) sind voneinander zu trennen. Nach Erreichen der Volljährigkeit (Vollendung des 18. Lebensjahres) ist die Gewährung von Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter nicht mehr zulässig (Ausnahme Teil A Nr. 5(d)ee).

Oktober 2014

1. Beurteilung des Morbus Down im Säuglings- und Kindesalter [274]

Es wird auf den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr vom September 2011 verwiesen. Der Beschluss ist fachlich begründet. Eine länderübergreifende Umsetzung des Beschlusses ist anzustreben.

September 2011

3. Vergabe des Nachteilsausgleiches Kinder H auch bei Gesundheitsstörungen, die nicht unter den gemeinsamen Grundsätzen bei Punkt 5 der VersMedV aufgeführt werden [246]

Die Liste der in der VersMedV aufgeführten Gesundheitsstörungen zum Nachteilsausgleich Kinder H im Kapitel A 5 der VersMedV ist keine abschließende Aufzählung möglicher Erkrankungen, bei denen das Merkzeichen Kinder H vergeben werden kann. Bei seltenen Erkrankungen ist bei Kindern die Frage der Hilfflosigkeit jeweils unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarfs zu beurteilen. Es geht insbesondere um den zeitlichen Umfang der jeweiligen Verrichtungen der Pflegepersonen, um die Anleitungen der Kinder zu diesen Verrichtungen, um die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie um eine notwendige Überwachung der Kinder.

5. Bewertung des Morbus Down bezüglich des GdB und der weiteren gesundheitlichen Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleich [248]

Die Diagnose eines Morbus Down wird zunächst meist durch eine genetische Untersuchung gesichert, ohne dass zu diesem Zeitpunkt das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung sicher beurteilt werden

kann.

Aufgrund der Diagnosestellung bei genetischem Nachweis wird dann ein GdB von zumindest 50 festgestellt. Die Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens „H“ sind regelhaft erst ab Beginn der Frühförderung erfüllt.

Bei der Bewertung des Morbus Down ist zu bedenken, dass erst im Verlauf der Erkrankung ein dann zunehmender Entwicklungsrückstand eintritt, weshalb das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigungen nach Vorlage aktueller Befundberichte bzw. Entwicklungsberichte sozialmedizinisch neu zu bewerten ist.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 1998

2.3 Gutachtliche Beurteilung bei anhidrotischer ektodermaler Dysplasie [143]

Von einem Beiratsmitglied war gefragt worden, wie der GdB und die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit nach § 33b EStG bei einem Kleinkind mit dem seltenen Krankheitsbild der „anhidrotischen ektodermalen Dysplasie“ gutachtlich zu beurteilen sei. Durch den Ausfall der Schweißproduktion müssten diese Kinder vor Situationen, die zu Überhitzung führen, geschützt werden; dies erfordere u. U. erhebliche Aufsicht durch die Eltern.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass der GdB bei einem so seltenen Krankheitsbild nur durch Analogvergleich mit Behinderungen ähnlicher Auswirkung zu beurteilen ist. Als solche Behinderungen kommen z. B. eine Ichthyosis oder eine Mukoviszidose in Betracht. Danach ist allein für die Dysplasie der Haut (Schweißdrüsen, Haare) ein GdB von 30 gerechtfertigt; begleitende Fehlbildungen oder eine entstellende Wirkung sind ggf. zusätzlich zu bewerten.

Hinsichtlich der Beurteilung der Hilflosigkeit kann eine Beaufsich-

tigung der Kinder allein zur Vermeidung von Überhitzungssituationen bei dem in Deutschland herrschenden Klima nicht die Annahme von „Hilfflosigkeit“ begründen.

November 1992

4.4.5 Beurteilung von Hilfflosigkeit bei Säuglingen und Kleinkindern mit Anus praeter [102]

Zur Diskussion stand, ob Säuglingen und Kleinkindern mit Anus praeter ohne weitere Behinderungen das Merkzeichen „H“ zustehe. Die Beiratsmitglieder waren mehrheitlich der Meinung, dass die Pflege bei diesem Personenkreis nicht in erheblichem Maße die eines gesunden gleichaltrigen Kindes übersteige. Daher komme das Merkzeichen „H“ nicht in Betracht.

Oktober 1985

2.2.2 Hilfflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Muskelkrankheiten [23]

Von der ... Gesellschaft ... wurde die Bitte an den BMA herangetragen, bei Kindern und Jugendlichen mit bestimmten Muskelkrankheiten das Merkzeichen „H“ „automatisch“ zu gewähren, wobei eine Liste mit verschiedenen selteneren Muskelkrankheiten vorgelegt wurde.

Diese Liste wurde von den Beiratsmitgliedern diskutiert. Von Seiten des BMA wurde dazu ausgeführt, dass die Frage, ob auch Muskelkrankheiten in das Kapitel über die Beurteilung der Hilfflosigkeit bei Kindern aufgenommen werden sollten, schon bei der Erarbeitung der „Anhaltspunkte“ erörtert worden sei. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Einteilungen und nicht ganz einheitlichen Bezeichnungen und ebenso wegen der vielfältigen klinischen Erscheinungsformen und der damit verbundenen unterschiedlichen Auswirkungen sei jedoch seinerzeit davon abgesehen worden.

Die Beiratsmitglieder stellten übereinstimmend fest, dass sich die Situation inzwischen nicht geändert habe und daher auch jetzt eine generelle Regelung zur Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern mit Muskelkrankheiten nicht möglich sei. Jede einzelne Muskelkrankheit umfassende Richtlinien würden den Rahmen der „Anhaltspunkte“ sprengen. Entscheidend für die Beurteilung blieben immer die aktuellen Auswirkungen, die dann analog zu anderen in den „Anhaltspunkten“ genannten Gesundheitsstörungen hinsichtlich der Hilflosigkeit beurteilt werden müssten. Bei einer Reihe von Muskelkrankheiten könnten zweifellos schon sehr früh, bei anderen dagegen erst im weiteren Verlauf die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt sein. In jedem Fall müssten im Hinblick auf die häufig rasche Progredienz dieser Muskelkrankheiten, Befundberichte aus jüngster Zeit beigezogen werden. Wenn diese nicht aussagekräftig seien, müsse eine Untersuchung durchgeführt werden. Dr. ... berichtete, dass er sich in diesem Sinne dem Verband gegenüber auch schon schriftlich geäußert habe.

6 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung

- (a) Blind ist ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch ein behinderter Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.
- (b) Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 (1/50) oder weniger gleichzusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft bei folgenden Fallgruppen vor:
 - aa) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - bb) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - cc) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als $7,5^\circ$ vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - dd) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
 - ee) bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°

- Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist,
- ff) bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt,
 - gg) bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
- (c) Blind ist auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2016

1. BSG-Urteil zum Bayerischen Landesblindengeldgesetz (11.8.2015, B 9 BL 1/14 R) [285]

Wenn Blindheit geltend gemacht wird, sollten neben einem augenärztlichen Befundbericht auch weitere Unterlagen wie u. a. die Schwerbehindertenakte, das Pflegegutachten und Krankenhausberichte beigezogen werden, aus denen sich Hinweise auf die Sehminde- rung und den Allgemeinzustand ergeben.

Falls Blindheit nach Aktenlage nicht ausgeschlossen werden kann, ist zur Sicherung einer anhaltenden Blindheit unter gutachtlichen Bedingungen ein augenfachärztliches Untersuchungsgutachten in aller Regel angezeigt. Dieses Gutachten sollte auch eine genaue Beschreibung zur Gesamtsituation gutachtlicher Begleitumstände (Wachheit, Kommunikationsfähigkeit, Mitwirkung) enthalten. Insbesondere sollten die Verhaltensbeobachtungen den Angaben

der Sehtestergebnisse entsprechen. Es ist darauf zu achten, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt.

Besonders bei Patienten, die nicht in die Lage versetzt sind, hinreichend mitzuarbeiten, sollten zur Feststellung von Blindheit neben der klinischen Befunderhebung ggf. noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden. In der Regel kann allein aus dem morphologischen Befund des Auges, u. a. auch einer Papillenabblassung, nicht auf das genaue Ausmaß der Sehbehinderung geschlossen werden.

Bei Sehstörungen infolge cerebraler Schäden ist in einem weiteren Schritt eine bildgebende Diagnostik beizuziehen. Hier ist zu prüfen, ob eine Schädigung der cerebralen Sehstrukturen vorliegt, die Blindheit begründenden kann. Dabei besteht die Möglichkeit des Bezugs einer gesonderten gutachtlich-radiologischen Auswertung. Bei generalisierten neurodegenerativen Erkrankungen wie z. B. Alzheimer-Demenz kann auf die zusätzliche Bildgebung verzichtet werden, soweit es keine cerebralen Ereignisse in der Vorgeschichte gibt.

Ein einmaliges negatives Blitz-VEP reicht angesichts zahlreicher technischer Fehlerquellen für den Nachweis von Blindheit in der Regel nicht aus, allerdings kann der wiederholte Ausfall als Beleg für Blindheit gewertet werden.

Im Fall von Blindengeldbegutachtungen, für die es keine ausreichende augenärztliche Befundgrundlage gibt, gilt der Grundsatz „Beweisermittlung ja; Beweisausforschung nein“, was bedeutet, dass es nicht Aufgabe der Sozialverwaltungen ist, Diagnosen festzustellen. Zum Thema wird eine medizinisch-juristische Stellungnahme erarbeitet.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2007

Feststellung von Blindheit [225]

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

November 2005

2. Blindheit und Wachkoma [215]

Ein Beiratsmitglied berichtete, dass mit Berufung auf das BSG-Urteil vom 26.10.2004 Menschen im Wachkoma vermehrt Anträge auf Blindengeld stellen würden. Der Beirat wies darauf hin, dass sich dieses Urteil an der gültigen Definition von Blindheit orientiere und keine neue (für Wachkomapatienten günstigere) Definition der Blindheit geschaffen habe.

November 2001

2.1 Blindheit und apallisches Syndrom [188]

Die Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA hat sich mehrfach mit dem Thema „Blindheit bei Apallikern“ befasst (vgl. TOP 3 der Sitzung am 21./22. März 1994, TOP 3.1 der Sitzung vom 12./13. November 1997) und festgestellt, dass die Diagnose eines apallischen Syndroms allein die Feststellung von Blindheit nicht rechtfertigt. Den-

noch ist es medizinisch unbestritten, dass Apalliker auch blind sein können. In diesen Fällen sei – so die Beiratsempfehlung – im Einzelfall ein entsprechender Nachweis zu führen. Zu der jetzt zur Diskussion stehenden Frage, welche Untersuchungsverfahren zur Feststellung von Blindheit bei apallischem Syndrom sinnvoll und notwendig sind, wurden speziell erfahrene Sachverständige gehört. Auf Grund der Darlegungen der Sachverständigen Frau Dr. ... und Dr. ... empfahlen die Anwesenden, neben dem morphologischen Befund am Sehorgan, die Ableitung visuell evozierter Potentiale (VEP) heranzuziehen. Mit einer Blitz-VEP-Untersuchung lasse sich zwar nicht der Visus näher quantifizieren, ein negativer Ausfall dieser Untersuchung könne aber bei sachgerechter Durchführung als Nachweis einer der Blindheit gleichzuachtenden Sehstörung gewertet werden, da in aller Regel dann optische Reize nicht mehr bis zur Sehrinde weitergeleitet und dort verarbeitet werden können. Auf keinen Fall könne allein aus einer morphologisch nachweisbaren Abblassung der Papille auf das Vorliegen von Blindheit geschlossen werden. Bildgebende Verfahren (Computertomogramm, Kernspintomographie, Positronen-Emissions-Tomographie bzw. funktionelle Kernspintomographie) könnten im Einzelfall ergänzend hilfreich sein.

November 1997

3.1 Erneut: Frage der Feststellung von Blindheit bei Apallikern [129]

Von einem Land waren Bedenken geäußert worden, bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz zwischen Blindheit und Seelenblindheit bzw. apallischem Syndrom zu unterscheiden. Es komme nicht auf die Ursache, dieser Störungen, sondern stets auf deren Auswirkungen an. Die Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen seien aber nach Auffassung des Landes gleich, so daß auch beim Vorliegen von Seelenblindheit bzw. eines apallischen Syndroms stets das Merkzeichen „BI“ gerechtfertigt sei. Nach kurzer Erörterung stellten die Beiratsmitglieder hierzu fest:

Für die Tatsache, daß Blindheit nicht mit visueller Agnosie oder einem apallischem Syndrom gleichgesetzt werden kann, waren keine kausalen Überlegungen – wie von dem Land angenommen – sondern allein die unterschiedlichen Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen ausschlaggebend. Dies hat auch das Bundessozialgericht im Urteil vom 31.1.1995 (1 RS 1/93) bestätigt und ausgeführt, daß Blindheit durch ein Nicht-Erkennen-Können, eine visuelle Agnosie aber durch ein Nicht-Benennen-Können charakterisiert seien. Bei einem apallischen Syndrom kann sowohl Blindheit als auch eine visuelle Agnosie vorliegen; dies ist im Einzelfall zu klären. Wenn bei einem Apalliker nicht eindeutig eine Zerstörung der Sehrinde nachgewiesen ist, liegt Blindheit nicht vor. Da keine medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse bekannt sind, die eine andere Beurteilung rechtfertigen könnten, müssen die Beiratsbeschlüsse vom 31.10.1989 (Punkt 1.5), 18./19.3.1993 (Punkt 4), 21./22.3.1994 (Punkt 3) – auch im Hinblick auf das o. a. Urteil des BSG – weiterhin als zutreffend angesehen werden.

November 1996

5.4. Feststellung von Blindheit beim Zusammenwirken von Schäden des Sehorgans mit zerebralen Schäden [120]

Ein Beiratsmitglied wies darauf hin, daß die notwendige – oft nur durch aufwendige Untersuchungen mögliche – Abklärung von Blindheit bei apallischem Syndrom in der Praxis nicht immer erfolge.

Die Beiratsmitglieder wiesen in diesem Zusammenhang auf den Beiratsbeschuß zur visuellen Agnosie vom 31.10.1989. (TOP 1.5) hin. Es wurde betont, daß beim apallischen Syndrom nicht regelhaft Blindheit vorliegt. Blindheit als ophthalmologische Diagnose muß in jedem Fall gesondert nachgewiesen werden, auch wenn dies sehr aufwendig und kostenintensiv ist.

März 1994

3. Frage der Annahme von Blindheit bei apallischem Syndrom [114]

Auf eine entsprechende Frage wurde darauf hingewiesen, dass nach Auffassung der im Rahmen der Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ gehörten Sachverständigen der Nachweis eines apallischen Syndroms allein nicht ausreiche, um Blindheit anzunehmen. Vielmehr sei dazu der Nachweis einer entsprechend schweren Schädigung der Sehbahn erforderlich. Allerdings stehe eine diesbezügliche Entscheidung des Bundessozialgerichts noch aus.

4. Beurteilung des GdB bei Blepharospasmus [115]

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, wie der GdB bei einem nicht therapierbaren beidseitigen Blepharospasmus ohne Spontanöffnung der Lider zu bewerten sei. Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß ein Blepharospasmus grundsätzlich behandlungsbedürftig sei. Lediglich wenn alle zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien und der Betroffene trotzdem überhaupt keine Möglichkeiten des Sehens habe, sei die Annahme von Blindheit und damit eines GdB von 100 gerechtfertigt. Dies setze allerdings eine sorgfältige Prüfung des Einzelfalles voraus; die alleinige Diagnose „Blepharospasmus“ reiche dafür nicht aus.

März 1993

4. Erneut: Frage der Feststellung von Blindheit bei Schwersthirnbeschädigten [111]

Ein Beiratsmitglied bat um Mitteilung, welche Auffassung in der Arbeitsgruppe 2 „Augen“ zur visuellen Agnosie vertreten worden sei. Hierzu teilte ein Vertreter des BMA mit, dass als blind neben den in Nr. 23 Abs. 2 u. 3 der „Anhaltspunkte“ genannten Personen nur die Behinderten angesehen werden können, deren Sehrinde

vollständig ausgefallen sei (Rindenblindheit), nicht aber Behinderter mit einer visuellen Agnosie. Insoweit deckt sich die Auffassung der in der Arbeitsgruppe „Augen“ gehörten Sachverständigen mit dem Beiratsbeschluss vom 31.10.1989 (TOP 1.5).

- (d) Für die Feststellung von Hilflosigkeit ist im Übrigen zu prüfen, ob eine hochgradige Sehbehinderung vorliegt. Hochgradig in seiner Sehfähigkeit behindert ist ein Mensch, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,05 (1/20) beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleich zusetzende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdS von 100 bedingt und noch keine Blindheit vorliegt.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1989

2.2 Beurteilung von Sehstörungen, die einer hochgradigen Sehbehinderung gleichzuachten sind – TOP 2.4 v. 30.10.87 [66]

Der BMA berichtete über ein Schreiben von Frau Prof. ... und über ein ergänzendes fernmündliches Gespräch mit Herrn Prof. ... in dem diese im Auftrag der Gutachtenkommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) mitgeteilt hatten, dass es kaum möglich und auch nicht zweckmäßig sei, detaillierte Richtlinien zur Beurteilung von Sehstörungen, die einer hochgradigen Sehbehinderung gleichzuachten sind, zu erarbeiten. Nach Auffassung der Sachverständigen wären solche Richtlinien nicht nur viel zu umfangreich und unübersichtlich, sondern auch unvollständig, weil nicht alle denkbaren Kombinationen von Funktionsstörungen erfaßt werden könnten. Zur Lösung des Problems hielt es die Gutachtenkommission der DOG für praktikabler und

sinnvoller bei kombinierten Schäden am Sehorgan immer dann eine der hochgradigen Sehbehinderung gleichzuachtende Sehstörung anzunehmen, wenn nach den geltenden Richtlinien der DOG – entsprechend Nr. 26.4 der „Anhaltspunkte“ – ein GdB bzw. ein MdE-Grad nach § 30 Abs. 1 BVG von 100 vorliege und die Kriterien für eine Blindheit noch nicht erfüllt seien. Die Beiratsmitglieder schlossen sich einstimmig den inzwischen von Herrn Prof. . . . noch einmal schriftlich bestätigten Vorschlägen der DOG an und hielten eine Ergänzung bzw. Änderung der Anhaltspunkte nicht für erforderlich.

7 Wesentliche Änderung der Verhältnisse

- (a) Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Schädigungsfolgen oder der Behinderung liegt nur vor, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdS wenigstens 10 beträgt. Eine wesentliche Änderung ist auch gegeben, wenn die entscheidenden Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht (z. B. Pflegezulage) oder für Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen erfüllt werden oder entfallen sind.
- (b) Nach Ablauf der Heilungsbewährung ist auch bei gleichbleibenden Symptomen eine Neubewertung des GdS zulässig, weil der Ablauf der Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt.
- (c) Bei Beurteilungen im sozialen Entschädigungsrecht ist bei einer Zunahme des Leidensumfangs zusätzlich zu prüfen, ob die Weiterentwicklung noch Folge einer Schädigung ist. Auch bei gleichbleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidenbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist („Verschiebung der Wesensgrundlage“).

8 Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen (AP 2008, 25)

- (a) 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 zu Ungunsten des Betroffenen nach § 45 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes).
- (b) 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 gutachterliche 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.
- (c) Zu Ungunsten 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.

Teil III

B

GdS-Tabelle

1 Hinweise zur GdS-Tabelle

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

perschaden oder die Therapiefolgen einen GdS von 50 oder mehr, ist der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Dezember 2016

3. Gutachtliche Beurteilung eines Spätrezidivs oder einer isolierten Spätmetastase [291]

Es sind Beschlüsse des Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin aus den 80er und 90er Jahren (April 1999 1.1.4, März 1998 2.2.2, Oktober 1986 2.2) im Arbeitskompendium zur Beurteilung von Lokalrezidiven, Spätrezidiven und bei Mehrfach-Karzinomen veröffentlicht, in denen GdB-Werte angegeben werden, die nach Auffassung der AG unter Berücksichtigung heutiger verbesserter Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr zutreffen. Aufgrund individualisierter Therapien ist eine derart pauschale Bewertung nicht mehr zeitgemäß und wird von der AG nicht mehr empfohlen.

4. Gutachtliche Bewertung von seelischen Begleiterscheinungen bei der Beurteilung von Karzinom-Erkrankungen [292]

Im April 1985 hatte sich der Beirat unter Punkt 2.1.2 hinsichtlich seelischer Begleiterscheinungen bei Karzinom-Erkrankungen geäußert. Diese Ausführungen sind nach Auffassung der AG nicht mehr zutreffend, da im Rahmen aktueller Therapiestandards eine begleitende psycho-onkologische Therapie integraler Bestandteil der Behandlung ist.

Eine psychische Störung ist dann zusätzlich zu bewerten, wenn eine entsprechende Diagnose nachgewiesen ist (Befund entsprechend AMDP).

Oktober 2015

1. Beurteilung der Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) [283]

Es wurde die Problematik der Bewertung der GIST diskutiert. Eine verlässliche TMN-Klassifikation ist noch nicht getroffen worden. Besondere Probleme treten auf, wenn es sich um kleine Tumoren mit geringen Mitoseraten handelt. Das in der Literatur immer wieder angesprochene „Entartungsrisiko“ ist nicht gleichzusetzen mit „Malignität“.

Es wurden folgender Bewertungskriterien erarbeitet:

Die Vergabe einer Heilungsbewährung bei GIST richtet sich im Wesentlichen nach der Risikoklassifizierung (Progress, Rezidivrisiko) im Sinne der aktuellen DGHO-Leitlinien (Mitoserate, Tumorgroße, Lokalisation) und den allgemeinen Grundsätzen zur Bewertung von Tumorerkrankungen.

Demnach ist:

- ein GIST mit einem niedrigen und sehr niedrigen Risiko nicht analog zu einer malignen Erkrankung zu bewerten,
- ein GIST mit moderatem Risiko analog zu einem Magenfrühkarzinom bzw. einem malignen Darmtumor im Stadium (T1 bis T2) N0 M0
 - mit einem GdB 50 während einer Heilungsbewährung von 2 Jahre zu bewerten,
- ein GIST mit einem hohen Risiko analog der Allgemeinen Hinweise zur GdB-Tabelle (Teil B Nr. 1)
 - mit einem GdB von mindestens 50 während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren,
 - bei Nachweis von Fernmetastasen oder inoperablem Lokalrezidiv mit einem GdB von mindestens 80 zu bewerten

ten.

Oktober 2013

3. GdS-Bewertung bei Carcinoma of unknown primary [265]

Zur Beurteilung hat in jedem Fall eine Einzelfallprüfung zu erfolgen, welche dann ggf. den Nachweis von Malignität erbringen muss.

Unter dieser Voraussetzung ist eine Heilungsbewährung abzuwarten und die Nachuntersuchung durchzuführen.

Der GdB/GdS ist gemäß VersMedV (B1c) mit mindestens 80 zu bewerten.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2004

4. Wertigkeit von T und pT im TNM-System [209]

Ein Beiratsmitglied hat angefragt, wie ein Tumor zu bewerten sei, bei dem primär (prätherapeutisch histologisch gesichert) ein T3-Stadium vorlag, dieser jedoch nach radiochemotherapeutischer Behandlung bei der nachfolgenden Tumoroperation ein Stadium pTis pN0 pM0 ergab. Der Beirat stellte fest, dass der Begutachtung auch nach der Behandlung das Tumorstadium pT3 zugrunde zu legen ist, wenn dieses Stadium vor der Behandlung histologisch und klinisch gesichert war.

März 2003

2.1 „Heilungsbewährung“ bei semimalignem Granulosazelltumor [205]

Von einem Beiratsmitglied war angefragt worden, ob nach Entfernung eines semimalignen Granulosazelltumors eine „Heilungsbewährung“ von zwei Jahren (analog Karzinoid) angemessen sei. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass eine „Heilungsbewährung“ nur gerechtfertigt sei, wenn der Granulosazelltumor histologisch als maligne eingestuft worden sei; dann allerdings von fünf Jahren (unter Anwendung der Nr. 26.1 der „Anhaltspunkte“).

November 2002

3.1 Zum Problem der rückwirkenden Feststellung von Behinderungen vor dem 16. November 2000 [200]

Aus rentenrechtlichen Gründen wird vermehrt eine Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (rückwirkend) zum Stichtag 16.11.2000 beantragt. Von einem Land wurde gefragt, wie in diesen Fällen bei nach dem Stichtag erst diagnostizierten bösartigen Erkrankung zu verfahren sei. Die Beiratsmitglieder stellten fest, selbst wenn ein Organschaden zum Zeitpunkt des Stichtags glaubhaft sei, rechtfertige dies nicht, einen höheren GdB (nämlich wenigstens 50) wegen Malignom anzunehmen, da dies die besondere soziale Situation ausdrückt (z. B. den Versuch der aktiven Bewältigung der Diagnose „Krebs“), die in den oben genannten Fällen wegen Unkenntnis der Tumorträgereigenschaft nicht vorliegt.

März 2001

1.2.1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei histologisch nicht gesicherten malignen Tumoren [180]

Auf eine entsprechende Frage stellten die Beiratsmitglieder klar, dass jeder Begutachtung maligner Tumoren das Ergebnis des histopathologischen Staging (pTpNpM) zugrunde zu legen ist. Nur wenn kein histologischer Befund erhoben wurde, ist die klinische Einteilung der Tumorstadien hilfsweise heranzuziehen.

März 2000

1.1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes [159]

Die Frage, ob bei der GdB/MdE-Beurteilung von Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes eine Analogiebewertung zu den Darmkarzinoiden in Betracht kommt, wurde von den Anwesenden unter Hinweis auf TOP 2.1.1. der Beiratssitzung vom 24. April 1985 bejaht.

November 1999

1.2.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei Lokalrezidiven [149]

Zur Diskussion stand die gutachtliche Beurteilung eines Falles, in dem nach Beseitigung eines malignen Tumors im Stadium der Heilungsbewährung ein mit dem Primärtumor in der Histologie übereinstimmendes Lokalrezidiv vollständig beseitigt wurde.

Die Beiratsmitglieder vertraten die Auffassung, dass in einem solchen Fall die Dauer der Heilungsbewährung vom Zeitpunkt der Entfernung des Lokalrezidivs ab entsprechend zu verlängern sein. Auswirkungen auf die Höhe des GdB ergäben sich nur dann, wenn infolge der Rezidivoperation das Ausmaß des Organschadens wesentlich zunimmt.

1.2.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei molekulargenetischer Tumordiagnostik [150]

Mit molekulargenetischen Untersuchungsmethoden ist es möglich, auch längere Zeit nach Tumorentfernung wenige eventuell im Blut noch vorhandene Tumorzellen nachzuweisen. Es wurde die Frage gestellt, wie gutachtlich zu verfahren ist, wenn während oder nach Ablauf der Heilungsbewährung ein derartiger Nachweis geführt wurde, klinisch aber kein Anhalt für ein Tumorrezidiv besteht. Von den Anwesenden wurde darauf hingewiesen, dass es für die Annahme einer Heilungsbewährung entscheidend darauf ankommt, dass der Tumor entfernt wurde (vgl. Nr. 26.1 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“). Wenn nach einer Tumorentfernung bei weiterhin bestehender klinischer Tumorfreiheit mit Hilfe molekulargenetischer Untersuchungsmethoden Tumorzellen im Blut nachgewiesen würden, so rechtfertigt dieser Nachweis allein weder eine Änderung des Grades der Behinderung noch eine Verlängerung der Dauer der Heilungsbewährung. Denn der für die Therapie und Vorsorge eventuell bedeutsame Nachweis von Tumorzellen im Blut kann keine genaue Auskunft darüber geben, ob und wann tatsächlich mit einem Tumorrezidiv zu rechnen ist, zumal der Organismus durchaus in der Lage ist, im Blut kreisende Tumorzellen zu erkennen und zu vernichten. Da Gesundheitsstörungen, die in der Zukunft möglicherweise auftreten könnten, bei Beurteilungen nach dem Schwerbehindertengesetz keine Berücksichtigung finden können, ergeben sich durch den molekulargenetischen Nachweis von Tumorzellen im Blut derzeit auch keine Konsequenzen für die gutachtliche Beurteilung des primär entfernten Tumors.

April 1999

1.1.3 Gutachtliche Beurteilung nach Metastasenentfernung bei unbekanntem Primärtumor [145]

Es war die Frage gestellt worden, wie der GdB/MdE-Grad zu beurteilen sei, wenn eine Metastase eines unbekanntes Primärtumors entfernt worden sei und wenn über einen Zeitraum von fünf Jahren hinaus kein weiterer Hinweis auf ein Tumorleiden bestehe. In der Diskussion wurde deutlich, dass die Diagnose einer Metastase bei unbekanntem Primärtumor mit Zurückhaltung zu bewerten sei, weil ihr nicht immer eine umfassende Diagnostik zugrunde liege (z. B. Diagnosestellung mit den üblichen histologischen Verfahren) und nicht mit modernen molekularbiologischen und zytogenetischen Verfahren.

Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse sprachen sich die Beiratsmitglieder dafür aus, in diesen Fällen den GdB/MdE-Grad nach Metastasenentfernung wie bei einem Primärtumor unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung zu beurteilen.

Der GdB/MdE-Grad ergeben sich aus den in der GdB/MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien.

1.1.4 Gutachtliche Beurteilung bei Wiederauftreten eines Frühkarzinoms [146]

Mit dem Beschluss der AGLeitÄ vom [13.12.2016] ist dieser Beiratsbeschluss nicht mehr als relevant anzusehen.

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurden die Aussagen zu Punkt 2.2.2 der Niederschrift über die Beiratssitzung am 18./19.03.1998 so ausgelegt, dass beim Auftreten von Rezidiven und Metastasen stets auf Dauer und regelhaft von einem GdB/MdE-Wert von 100 auszugehen sei. Es wurde deshalb die Frage gestellt, wie ein Frühkarzinom zu bewerten sei, das Jahrzehnte nach einem vorangegangenen Tumorleiden auftritt; ein GdB/MdE-Grad von 100 wurde bei diesem nicht für gerechtfertigt gehalten.

Von den Beiratsmitgliedern wurde darauf hingewiesen, dass die o.g. Ausführungen zu Punkt 2.2.2 der Niederschrift über die Sitzung am 18./19.03.1998 missverstanden worden seien, denn dort wurde ein

GdB/MdE-Grad von 100 auf Dauer nur für die Fälle als gerechtfertigt angesehen, in denen Rezidive und Metastasen Ausdruck einer fortgeschrittenen Krebserkrankung seien. Genau diese Situation sei aber beim Auftreten eines Frühkarzinoms nicht gegeben. Da Frühkarzinome – auch wenn sie lange nach einem vorangegangenen Tumorleiden auftreten – gut behandelbar seien, sei der GdB/MdE-Grad nach Beseitigung eines solchen Tumors stets unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung mit wenigstens 50 zu beurteilen.

März 1998

2.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei malignen Erkrankungen – einschl. Heilungsbewährung – hier: Spätrezidive [141]

Mit dem Beschluss der AGLeitÄ vom [13.12.2016] ist dieser Beiratsbeschluss nicht mehr als relevant anzusehen.

Es war die Frage gestellt worden, wie bei Malignomen Spätrezidive nach der Heilungsbewährung gutachtlich zu beurteilen und bescheidmäßig zu benennen seien. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, daß Rezidive und Metastasen – unabhängig vom Zeitpunkt ihres Auftretens – das Vorliegen einer in der Regel fortgeschrittenen Krebserkrankung belegten. Dementsprechend wird der MdE/GdB-Wert regelhaft und auf Dauer 100 betragen. Eine GdB/MdE-Beurteilung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung kommt dann in Betracht, wenn ein Rezidiv oder Metastasen vollständig entfernt worden sind. Für die Bezeichnung des Krebsleidens kann keine generelle Empfehlung gegeben werden.

November 1991

1.6.1 Beurteilungen des GdB/MdE-Grades bei Tumoren in ungünstigen Stadien [86]

Von einem Gutachter war auf die unterschiedliche Formulierung in den „Anhaltspunkten“ bezüglich der Bewertung maligner Tumoren während der Heilungsbewährung hingewiesen worden. Danach werden fortgeschrittene Tumorleiden mit einem GdB/MdE-Grad von 80 oder mit einem GdB/MdE-Grad von „wenigstens“ 80 bewertet; es wurde um eine gleichlautende Formulierung gebeten.

Dr. . . . führte hierzu aus, daß die unterschiedlichen Formulierungen bewusst gewählt worden seien. Durch den Zusatz „wenigstens“ sollte der Gutachter darauf hingewiesen werden, daß der Organschaden wenigstens einen GdB/MdE-Grad von 50 bedinge und evtl. auch höher zu beurteilen sei (vgl. auch Nr. 26.1 der „Anhaltspunkte“). Dagegen sei bei Tumorleiden, die in der Regel zu einem geringeren Organschaden führen, das Wort „wenigstens“ weggelassen worden.

In Kenntnis dieser Ausführungen empfahl der Beirat, die entsprechenden Formulierungen in den „Anhaltspunkten“ nicht zu ändern.

April 1991

3.3 Beurteilungen des GdB/MdE-Grades bei Spätmetastasen des Gehirns nach extrazerebralem Primärtumor [94]

Nach Auffassung der Beiratsmitglieder sollten Gehirnmetastasen, die bei einem extrazerebralen Primärtumor nach Ablauf der Heilungsbewährung auftreten, wie bei Leiden in ungünstigem Tumorstadium mit einem GdB von wenigstens 80 beurteilt werden.

Oktober 1986

2.2 GdB bei Mehrfach-Karzinom [33]

Mit dem Beschluss der AGLeitÄ vom [13.12.2016] ist dieser Beiratsbeschluss nicht mehr als relevant anzusehen.

Von einem versorgungsärztlichen Dienst war gefragt worden, wie der GdB zu beurteilen sei, wenn bei einem Behinderten mehrere maligne Geschwulstkrankheiten festgestellt worden seien. Die Diskussion führ-

te zu folgendem Ergebnis: Nach der Entfernung von zwei oder mehr malignen Geschwülsten verschiedener Art sei bei der gutachtlichen Beurteilung davon auszugehen, daß die Prognose insgesamt ungünstiger sei, als wenn nur eine maligne Geschwulst entfernt worden sei. Dies treffe auch dann zu, wenn zwei bösartige Geschwülste im Frühstadium – entsprechend der Nr. 26.1 der „Anhaltspunkte“ –, also solche mit einer relativ günstigen Prognose, beseitigt worden seien. In diesem Fall sei – entsprechend der ungünstigeren Situation durch das Zusammentreffen von zwei Geschwulstleiden – ein GdB von mindestens 80 für die Zeit der Heilungsgewährung anzunehmen. Beim Zusammentreffen einer prognostisch günstigen Geschwulstkrankheit und einer prognostisch ungünstigen sei in jedem Fall für die Zeit der Heilungsbewährung nach der Geschwulstentfernung ein GdB von 100 anzusetzen. Anschließend wurde erörtert, wieweit beim Zusammentreffen mehrerer Geschwulstleiden die nach der Geschwulstbeseitigung verbliebenen Organschäden im Hinblick auf die Nr. 26.1 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ zusätzlich zu berücksichtigen seien, wenn die verbliebenen Organschäden jeweils nicht für sich allein, sondern nur bei zusammenfassender Betrachtung einen GdB von 50 oder mehr bedingten. Die Beiratsmitglieder sprachen sich dafür aus, in solchen Fällen die Organschäden zusätzlich in die Beurteilung mit einzubeziehen.

April 1985

2.1.2 Beurteilung der MdE bei malignen Geschwulstkrankheiten während der Zeit der Heilungsbewährung – Frage der zusätzlichen Bewertung seelischer Begleiterscheinungen [12]

Mit dem Beschluss der AGLeitÄ vom [13.12.2016] ist dieser Beiratsbeschluss nicht mehr als relevant anzusehen.

Zur Diskussion stand die Frage, ob nach operativer Entfernung eines Karzinoms die MdE während der Zeit der Heilungsbewährung höher zu bewerten sei, als dies den in den „Anhaltspunkten“ enthaltenen Richtsätzen entspreche, wenn – wie dies relativ häufig der Fall sei – eine „reaktive Depression“ zusätzlich geltend gemacht werde. Die Beiratsmitglieder stellten hierzu übereinstimmend fest, daß bei den zur

Diskussion stehenden MdE Richtsätzen in den „Anhaltspunkten“ für die Zeit der Heilungsbewährung nach der Entfernung bösartiger Tumoren die besonderen psychischen Belastungen, die sich regelhaft für die Betroffenen aus dieser Situation ergeben, mitberücksichtigt seien. Lediglich dann, wenn außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen – entsprechend den Ausführungen in der Nummer 18 Abs. 8 der „Anhaltspunkte“ – vorlägen, die eine spezielle ärztliche Behandlung, z. B. eine Psychotherapie, erforderlich machten, sei die MdE entsprechend höher zu bewerten. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Ausführungen im Aufsatz „Die Beurteilung der bösartigen Geschwulstkrankheiten nach dem Schwerbehindertengesetz“ von H.-H. Rauschelbach in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ (Heft 4/1981, Seite 69) verwiesen.

- d) Ein Carcinoma in situ (Cis) rechtfertigt grundsätzlich kein Abwarten einer Heilungsbewährung. Ausgenommen hiervon sind das Carcinoma in situ der Harnblase und das Carcinoma in situ der Brustdrüse (intraduktales und lobuläres Carcinoma in situ), bei denen wegen klinischer Besonderheiten bei Vorliegen o. g. Voraussetzungen das Abwarten einer Heilungsbewährung begründet ist.

2 Kopf und Gesicht

2.1 Narben nach Warzenfortsatzaufmeißelung.....0

Einfache Schädelbrüche ohne Komplikationen im Heilverlauf.....0

Kleinere Knochenlücken, Substanzverluste (auch größere gedeckte)
am knöchernen Schädel.....0 - 10

Schädelnarben am Hirnschädel mit erheblichem Verlust
von Knochenmasse ohne Funktionsstörung des Gehirns
(einschließlich entstellender Wirkung).....30

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

Einfache Gesichtsentstellung

nur wenig störend.....10

sonst.....20 - 30

Hochgradige Entstellung des Gesichts.....50

2.2 Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich

leicht.....0 - 10

ausgeprägt, den oralen Bereich einschließend.....20 - 30

Gesichtsneuralgien (z. B. Trigeminusneuralgie)

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

mittelgradig (häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar)	20 - 40
schwer (häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken)	50 - 60
besonders schwer (starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich)	70 - 80

2.3 Echte Migräne

je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleitererscheinungen	
leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)	0 - 10
mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)	20 - 40
schwere Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)	50 - 60

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2001

1.5 Gutachtliche Beurteilung bei Clusterkopfschmerz
[187]

Von einer Cluster-Kopfschmerz-Selbsthilfegruppe wurde auf dieses Krankheitsbild (anfallsartig meist einseitig im Bereich von Auge/Schläfe auftretende schwerste Kopfschmerzen von 15 Minuten bis 3 Stunden Dauer mit Begleitsymptomen und unterschiedlicher Häufigkeit) aufmerksam gemacht und die Forderung erhoben, die „Anhaltspunkte“ entsprechend zu ergänzen.

Die Anwesenden wiesen darauf hin, dass die „Anhaltspunkte“ Richtlinien für den Regelfall darstellten, die nicht alle Gesundheitsstörungen wie in einem Lehrbuch berücksichtigen könnten. Sie betonten, dass die in Nr. 26.2 der „Anhaltspunkte“ aufgezeigten Grundsätze zur Beurteilung von Gesichtsneuralgien und echter Migräne in jedem Fall eine sachgerechte Beurteilung auch des Cluster-Kopfschmerzes gewährleisten, wobei wegen der in der Regel stärkeren Schmerzen höhere GdB/MdE-Grade in Betracht kommen. Dazu seien allerdings genaue Befundberichte der behandelnden Ärzte erforderlich, die neben Angaben über Intensität und Dauer der Anfälle auch solche über die Häufigkeit des Auftretens der Kopfschmerzen und ihrer Auswirkungen im täglichen Leben enthalten sollten. Die Beurteilung werde durch Vorlage eines „Schmerzkalenders“ erleichtert. Eine Ergänzung der „Anhaltspunkte“ ist nicht erforderlich.

April 1999

1.2 Gutachtliche Beurteilung bei echter Migräne [148]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurden Hilfen zur Differenzierung einer echten Migräne und anderer chronischer Kopfschmerzsyndrome gewünscht. Die Beiratsmitglieder betonten, dass ein Fachgutachter die Krankheitsbilder gut differenzieren könne und es nicht Aufgabe des Beirats sei, Lehrbuchwissen zu vermitteln. Für die GdB/MdE-Beurteilung von Kopfschmerzsyndromen komme es vor allem darauf an, dass die beigezogenen Befundberichte genaue Angaben über Art, Intensität und Dauer von Kopfschmerzen enthielten. Auf dieser Basis könnten dann in Analogie zu den Kriterien für eine Migräne (Nr. 26.2, Seite 51 der

„Anhaltspunkte“) sachgerechte Beurteilungen abgegeben werden.

2.4 Periphere Fazialisparese

einseitig

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

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

3 Nervensystem und Psyche

3.1 Hirnschäden

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

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

3.1.1 Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2017

GdB/GdS bei offenen Hirnverletzungen und bei Hirnoperationen [296]

Die Beiratsbeschlüsse 3.2 von 04/1991 und 1.7 von 04/1997 werden wie folgt präzisiert:

Bei einer offenen Hirnverletzung ist stets die Dura mater eröffnet. Nur dann resultiert ein GdB/GdS 30. Dieser setzt auch voraus, dass nach dem Abklingen der akuten Phase Symptome vorhanden waren, was heißt, dass eine Hirnschädigung zu verifizieren ist. Dies trifft nicht zu, wenn z. B. ein subdurales Hämatom nach einem mikrochirurgischen Entlastungseingriff folgenlos abgeklungen ist.

Nicht jede Schädelöffnung/Hirnoperation verursacht eine Hirnschädigung.

So führt beispielsweise auch eine mikrochirurgische Operation des Akustikusneurinoms in der Regel nicht zu einer Hirnschädigung. Je nach Größe und Operationsmethode des Akustikusneurinoms ist zu prüfen, ob nicht doch eine Hirnschädigung eingetreten ist.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

4. Beurteilung des Grades der Behinderung bei entferntem Ventrikelhunt [219]

Von einem Versorgungsamt wurde angefragt, ob nach Entfernung des Ventils bei Hydrozephalus eine Hirnverletzung besteht. Dies wurde vom Beirat bestätigt, eine Änderung der Anhaltspunkte wird nicht erforderlich. Nach Entfernen des Ventrikelhunts steht dem Kind wegen des Hirnschadens ein Grad der Behinderung von wenigstens 30 zu.

April 1997

1.7 GdB nach Hirnoperation [122]

Nach offenen Hirnverletzungen ist der GdB/MdE-Grad auch dann nicht unter 30 festzustellen, wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind (Nr. 26.3. Seite 52 der „Anhaltspunkte“). Es war angefragt worden, ob nach einer Hirnoperation, z. B. wegen Akustikusneurinom, die gleichen Beurteilungskriterien wie nach einer offenen Hirnverletzung gelten würden. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, daß in den Fällen, in denen vor einer oder infolge einer Hirnoperation von einer Hirnschädigung auszugehen ist, in der Regel auch dann ein Mindest-GdB/MdE-Grad von 30 anzunehmen ist, wenn weder neurologisch noch psychiatrisch Folgen nachzuweisen sind.

April 1991

3.2 Beurteilung des GdB-Grades bei Hirnschäden [93]

Bei einem nachgewiesenen Hirnschaden ohne hirnorganische Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen ist der GdB/MdE-Wert nicht unter 20 zu beurteilen (vgl. Nr. 26.3 Abs. 2, Seite 42, der „Anhaltspunkte“). In den zwei Fallbeispielen, bei denen nach schweren Hirnschäden (in einem Fall nach Pockenschutzimpfung, im anderen Fall nach größerem Hirnsubstanzdefekt) epileptische Anfälle bestanden, war der GdB/MdE-Grad wegen Besserung der Verhältnisse jeweils auf 30 herabgesetzt worden. Anlässlich einer erneuten Nachuntersuchung ergab sich die Frage einer weiteren Reduzierung des GdB/MdE-Grades.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß mit den früher zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden nur schwere Hirnschäden nachgewiesen werden konnten. Daher sei bei diesen Hirnschäden auch dann ein GdB/MdE-Grad von wenigstens 30 als gerechtfertigt angesehen worden, wenn keine bleibenden Ausfallserscheinungen mehr feststellbar waren (vgl. Nr. 88 der „Anhaltspunkte“, Ausgabe 1973). Dieser Mindest-GdB/MdE-Grad ist im Rahmen der Neufassung der „Anhaltspunkte“, Ausgabe 1983, auf 20 v. H. gesenkt worden, weil zu berücksichtigen war, daß durch verfeinerte moderne Untersuchungsmethoden auch geringere Hirnschäden festgestellt werden können. Ein GdB/MdE-Grad von 20 wäre demzufolge nur dann gerechtfertigt, wenn es sich um einen solchen geringfügigen Hirnschaden handele.

Im Hinblick auf diese Ausführungen vertraten die Anwesenden die Auffassung, bei nachgewiesenen schwereren Hirnschäden den GdB/MdE-Grad – wie früher – auch dann nicht niedriger als 30 zu bewerten, wenn keine funktionellen Auswirkungen erkennbar sind und insofern in beiden geschilderten Fällen auf Nachuntersuchungen zu verzichten.

April 1989

2.1.3 Beurteilung des GdB bei Hydrozephalus [60]

Von einem Beiratsmitglied war vorgeschlagen worden, bei der Beurteilung von Kindern mit Ventilversorgung eines Hydrozephalus auch beim Fehlen neurologischer Symptome einen GdB von wenigstens 30 anzunehmen. Die Anwesenden wiesen darauf hin, daß bei einem Hydrozephalus immer von einer Hirnschädigung ausgegangen werden müsse, die nach der Nummer 26.3 der „Anhaltspunkte“ (Seite 42) auch ohne hirnorganische Funktionsstörungen schon mit einem GdB von wenigstens 20 zu beurteilen sei. Es bestand Übereinstimmung, daß bei diesen Kindern unter zusätzlicher Berücksichtigung der Einschränkungen durch die Drainage in jedem Fall ein GdB um wenigstens 30 gerechtfertigt sei.

3.1.2 Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen

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

Hirnschäden mit psychischen Störungen

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

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

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

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (spino-) zerebellarer Ursache je nach dem Ausmaß der Störung der Ziel- und Feinmotorik einschließlich der Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen (siehe hierzu auch bei Hör- und Gleichgewichtsorgan)

30 - 100

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

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

Zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen

leichte Restlähmungen und Tonusstörungen der Gliedmaßen	30
---	----

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

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

Parkinson-Syndrom

ein- oder beidseitig, geringe Störung der Bewegungsabläufe, keine Gleichgewichtsstörung, geringe Verlangsamung	30 - 40
deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere 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 GdS als bei generalisierten (z. B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

Epileptische Anfälle

je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung

sehr selten (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten).....	40
selten (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen).....	50 - 60
mittlere Häufigkeit (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Tagen).....	60 - 80
häufig generalisierte [große] oder komplex-fokale Anfälle wöchentlich oder Serien von generalisierten Krampfanfällen, von fokal betonten oder von multifokalen Anfällen; kleine und einfach-fokale Anfälle täglich).....	90 - 100
nach drei Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer Notwendigkeit antikonvulsiver Behandlung.....	30

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2010

1. Beurteilung von Tic und Tourette-Syndrom [231]

Die motorischen Phänomene bei Tics und beim Tourette-Syndrom sind entsprechend „andere extrapyramidale Syndrome“ Teil B Nummer 3.1.2. der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu bewerten. Begleitende psychische und Verhaltensstörungen sind gesondert zu bewerten.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 2002

1.2 Gutachtliche Beurteilung bei Restless-Legs-Syndrom [193]

Dr. ... berichtete über ein Gespräch mit dem Zweiten Vorsitzenden der ... Herrn ..., in dem dieser auf Uneinlichkeiten bei Begutachtungen von Betroffenen mit Restless-Legs-Syndrom in den Versorgungsämtern aufmerksam gemacht hatte. Von Dr. ... war darauf hingewiesen worden, dass anlässlich der 31. Versorgungsmedizinischen Fortbildungstagung über Begutachtungsfragen in Rostock vom 07.–11.06.1999 das Restless-Legs-Syndrom in einem Sachverständigenreferat durch Frau Dr. ... sehr eingehend erörtert wurde. Die Ausführungen von Frau Dr. ... sind unter Berücksichtigung der in den Anhaltspunkten vorgegebenen Grundsätze in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ (MedSach) Heft 4/2000 veröffentlicht worden.

Die Beiratsmitglieder wiesen ergänzend darauf hin, dass bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Restless-Legs-Syndrom vor allem die Auswirkungen von Schlafstörungen, erhöhter Tagesmüdigkeit und psychischer Folgeerscheinungen wie Gereiztheit, Abgeschlagenheit bis hin zu depressiven Verstimmungen zu beachten seien und insofern eine Analogbewertung mit anderen Hypersomnien, z. B. dem Schlaf-Apnoe-Syndrom, in Betracht komme. Die Beurteilung setze allerdings eine Diagnosesicherung im Schlaflabor voraus.

November 2001

1.3 Gutachtliche Beurteilung bei Dystonie [185]

Wegen berichteter Unzulänglichkeiten bei Begutachtungen von Behinderten mit Dystonie hatte der Beirat in der Sitzung am 12./13. November 1997 (Punkt 2.2) empfohlen, einen kompetenten Sachverständigen zu bitten, das Krankheitsbild Dystonie in einem Aufsatz in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ für Gutachter zu erläutern.

Ein entsprechender Beitrag wurde vom Direktor der Neurologischen Klinik der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Herrn Prof. Dr. Deuschl, in Zusammenarbeit mit dem Leitenden Arzt des Hessischen Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herrn Dr. Högenauer, verfasst und in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“, Heft 3/1999, S 97-102, veröffentlicht.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass die Ausführungen in der genannten Publikation geeignet sind, allen Begutachtungen von Betroffenen mit Dystonie zu Grunde gelegt zu werden, da sie in Einklang mit den in den „Anhaltspunkten“ genannten Begutachtungsmaßstäben stehen.

April 1990

2.3 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei visueller Agnosie [74]

Zur Diskussion standen die MdE/GdB-Beurteilung und die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Nachteilsausgleichen bei vollständiger oder partieller visueller Agnosie. Es wurde darauf hingewiesen, daß die visuelle Agnosie zu den Hirnschäden mit hereditärem Ausfällen zähle, für die in der Nummer 26.3 auf Seite 44 der „Anhaltspunkte“ nach Schweregraden abgestufte GdB-Werte genannt, seien. Danach sei eine komplette visuelle Agnosie (vgl. TOP 1.5 der Sitzung vom 31.10.1989) mit einem GdB von 100 zu bewerten; Partialstörungen seien entsprechend niedriger zu beurteilen. Bei einer kompletten visuellen Agnosie lägen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ , „B“ und „H“ vor. Im Übrigen wurde auf den Artikel von Prof. Möllhoff zu diesem Thema in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ 4/1990, 127, hingewiesen.

April 1985

2.1.3 Beurteilung der MdE bei Parkinsonismus und anderen extrapyramidalen Erkrankungen [16]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst war angeregt worden, für die Beurteilung des Parkinson-Syndroms und anderer extrapyramidalen Erkrankungen eine differenzierte MdE-Tabelle zu erarbeiten. Die eingehende Erörterung ergab, daß es im Hinblick auf die nach Art, Umfang und Lokalisation sehr unterschiedlichen Funktionsstörungen des Parkinson-Syndroms nicht möglich sei, eine entsprechende MdE-Tabelle aufzustellen. Es wurde die Auffassung vertreten, daß in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ genügend Hinweise auf Funktionseinschränkungen, auch auf neurologischem Gebiet, enthalten seien, die analoge Bewertungen im Einzelfall zulassen. In Zweifelsfällen sei eine nervenärztliche Untersuchung erforderlich.

Generell könne aber gesagt werden, daß bei ausgeprägten Parkinson-Syndromen, die einer entsprechenden Therapie bedürften,

eine MdE um wenigstens 50 v. H. anzunehmen sei.

3.2 Narkolepsie

Je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tages-schläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungserscheinungen, Schlafstörungen – häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) ist im Allgemeinen ein GdS von 50 bis 80 anzusetzen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Dezember 2016

5. Beurteilung einer Narkolepsie in der Folge einer Impfung gegen das H1N1-Virus [293]

Es gibt mittlerweile Ausführungen des Paul-Ehrlich-Instituts. Danach war die Inzidenz an Narkolepsie-Erkrankungen ab Frühjahr 2009 leicht angestiegen – die betreffende Impfung gab es allerdings zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht.

Aus einer epidemiologischen Studie kann keine Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs abgeleitet werden. Es ist immer eine Prüfung im Einzelfall erforderlich, eine Anerkennung ist als Kann-Versorgung möglich, wenn bspw. der zeitliche Zusammenhang plausibel ist.

3.3 Hirntumoren

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

Nach der Entfernung gutartiger Tumoren (z. B. Meningeom, Neurinom)

richtet sich der GdS allein nach dem verbliebenen Schaden.

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

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

5. Beurteilung des GdB bei Meningeom ohne Hirnschädigung [220]

Es wurde gefragt, wie ein Meningeom ohne Zeichen einer Hirnschädigung, ohne klinische Symptomatik und bei fehlender Operationsindikation zu bewerten sei. In Anwendung der „Anhaltspunkte“ hält der Beirat einen Grad der Behinderung von 0 für angemessen.

November 1999

1.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Op. eines Astrozytoms II [152]

Nach Nr. 26.3, Seite 56 der „Anhaltspunkte“ ist der GdB/MdE-Grad beim Astrozytom II nicht niedriger als 50 zu bewerten,

wenn eine vollständige Tumorentfernung nicht gesichert ist. Nach Mitteilung von Versorgungsärzten werden diese Tumoren zunehmend mikrochirurgisch entfernt, wobei zwar histopathologisch keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob der Tumor tatsächlich in toto entfernt worden sei, von chirurgischer Seite würde aber gleichwohl von einer vollständigen Entfernung ausgegangen. Es wurde die Frage gestellt, wie diese Fälle gutachtlich zu beurteilen seien. Die Anwesenden wiesen darauf hin, dass die Beurteilung des GdB/MdE-Grades davon abhängig sei, ob der Tumor vollständig entfernt worden sei. Wenn eine solche vollständige Tumorentfernung klinisch bestätigt würde, wäre der GdB/MdE-Grad allein nach dem verbliebenen Schaden zu beurteilen. Nur wenn eindeutig feststehe, dass eine vollständige Entfernung des Tumors (z. B. wegen der Größe des Tumors oder wegen benachbarter Strukturen) nicht möglich gewesen sei, sei ein GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 auf Dauer gerechtfertigt.

3.4 Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter

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

3.4.1 Entwicklungsstörungen im Kleinkindalter

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

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

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der
Gesamtentwicklung..... 0 - 10

sonst – bis zum Ausgleich –
je nach Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung 20 - 40
bei besonders schwerer Ausprägung 50

Globale Entwicklungsstörungen (Einschränkungen in den Bereichen Sprache und Kommunikation, Wahrnehmung und Spielverhalten, Motorik, Selbständigkeit, soziale Integration) je nach Ausmaß der sozialen Einordnungsstörung und der Verhaltensstörung (z. B. Hyperaktivität, Aggressivität)

geringe Auswirkungen 30 - 40

starke Auswirkungen
(z. B. Entwicklungsquotient [EQ] von 70 bis über 50) 50 - 70

schwere Auswirkungen (z. B. EQ 50 und weniger) 80 - 100

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2014

7. Bewertungskriterien des Autismus [280]

Durch einen versorgungsärztlichen Dienst wurde nachgefragt, ob der alleinige Nachweis eines Integrationshelfers im schulischen Bereich (Schulhelfer) ausreicht, um das Merkzeichen H bei Kindern zu begründen (siehe auch TOP 1 der Beschlüsse der AG der Lei-

tenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr vom 10./11.10.2013). Im Ergebnis der Diskussion wurde dazu ausgeführt, dass die Notwendigkeit der Bereitstellung von Schul- und Integrationshelfern nur ein Punkt in der Gesamtbetrachtung zum GdB und den Merkzeichen sein kann.

Oktober 2013

1. Ausprägung sozialer Anpassungsschwierigkeiten bei tief greifenden Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom) [263]

Zur Frage, ob die Teilhabebeeinträchtigung bei tief greifenden Entwicklungsstörungen mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten grundsätzlich einen GdS von 50 bedingt, wenn die Hilfeleistung eines Schulhelfers nachgewiesen ist, wurde festgestellt, dass dies nicht zutrifft.

Von einer Teilhabebeeinträchtigung, die einen GdS/GdB von 50 bedingt, ist bei nachgewiesener Notwendigkeit umfassender Unterstützung (gemäß VersMedV) auszugehen.

September 2012

Beurteilung von Hilflosigkeit bei tiefgreifender Entwicklungsstörung [261]

„H“ wird bei Kindern und Jugendlichen bei tief greifenden Entwicklungsstörungen (z. B. beim Asperger-Syndrom) bereits ab einem GdB von 50 gegeben. Im Zusammenhang mit dieser Feststellung wurde die Frage gestellt, ob dies auch für globale Entwicklungsstörungen ab einem GdB von 50 zutreffend sei. Hierzu wurde beschlossen, dass bei diesen Fällen die Voraussetzungen für „H“ in der Regel nicht vorliegen, da eine Vergleichbarkeit nicht herzustellen ist. Sollte es sich in Einzelfällen um Ausnahmen handeln, bedarf es einer besonderen, nachvollziehbaren Begründung.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 2002

1.5 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frühgeborenen [194]

In einem Bundesland hatte sich eine Selbsthilfegruppe „Frühchen“ an das zuständige Ministerium gewandt und gebeten, bei Frühgeborenen unter Zugrundelegung der Geburtsgewichte bestimmte GdB-Werte und Merkzeichen zu erarbeiten, um den Betroffenen bei Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht Erleichterungen zu verschaffen.

Die Beiratsmitglieder sahen keine Möglichkeit, dem Anliegen der Selbsthilfegruppe zu entsprechen, da eine GdB-Bewertung in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht nicht sachgerecht ist. Für die Beurteilung frühgeborener Kinder komme es stets auf den Einzelfall an, wobei eine Beurteilung vor dem sechsten Lebensmonat nicht sinnvoll sei. Die Anwesenden empfahlen, Nachuntersuchungen nach dem ersten Lebensjahr, vor Einschulung und etwa im zehnten Lebensjahr durchzuführen.

November 2001

4. Bestimmung des Entwicklungsquotienten im Kleinkindesalter [191]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde um konkrete Darstellung gebeten, welche kinderneurologischen bzw. psychologischen Untersuchungsmethoden bzw. Entwicklungsskalen zur Bestimmung des Entwicklungsquotienten (EQ) – vgl. TOP 1.3 der Sitzung am 8./9. November 2000 – angewandt werden sollen.

Von Dr. . . . wurden in der Diskussion entsprechende Hinweise (z. B. Entwicklungsskalen nach Bayley oder Griffiths) gegeben und darauf hingewiesen, dass diese Tests in entsprechend fachkompetenten

pädiatrischen Zentren und nicht in den versorgungsärztlichen Diensten durchgeführt werden sollten. Die Beiratsmitglieder schlossen sich den Ausführungen von Herrn Dr. . . . an.

November 1996

5.1 Beurteilung des GdB/MdE-Grades und von Hilflosigkeit bei Down-Syndrom im Säuglingsalter [118]

Wie Reaktionen von betroffenen Behindertenverbänden zeigen, wird der Beiratsbeschluss vom November 1993 (TOP 1.2) zur Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Down-Syndrom im Säuglingsalter teilweise zu schematisch und ohne individuelle Prüfung der Auswirkungen angewandt, wodurch es in manchen Fällen zu ungerechtfertigten Beurteilungen gekommen ist.

Aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen ist es möglich, bei Säuglingen mit Down-Syndrom das Ausmaß der geistigen Behinderung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse einer Frühförderung bereits ab dem sechsten Lebensmonat einzuschätzen. Die Beiratsmitglieder empfahlen deshalb, den Beschluss vom November 1993 dahingehend zu konkretisieren, daß die gutachtliche Beurteilung nicht vor Ablauf des sechsten Lebensmonats und nur aufgrund eines aussagekräftigen kinderärztlichen Befundberichtes aus jüngster Zeit erfolgen sollte.

Hilflosigkeit (Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis) ist bei Säuglingen mit Down-Syndrom unabhängig vom GdB/MdE-Grad für die Dauer der Frühförderung regelhaft anzunehmen.

November 1993

1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Kinder mit Down-Syndrom [108]

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, wie bei Kindern mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) GdB und Nachteilsausgleiche zu beurteilen seien, wenn aufgrund des Alters der Kinder über das Ausmaß der

geistigen Behinderung noch keine endgültigen Aussagen getroffen werden könne. Die Mitglieder des Beirats stellten dazu fest, daß es aufgrund der medizinischen und heilpädagogischen Fortschritte nicht mehr gerechtfertigt sei, bei fast allen Kindern mit Trisomie 21 einen GdB von 100 anzunehmen. Im Säuglingsalter sei eine differenzierte gutachtliche Beurteilung allerdings noch nicht möglich. Hier könne nur allgemein angenommen werden, daß eine Schwerbehinderung – und damit ein GdB von 50 – vorliege. Eine differenzierte Beurteilung gelinge erst dann, wenn das Ausmaß des Entwicklungsrückstands erkennbar sei. Zur Frage des Vorliegens von Hilflosigkeit sei im Einzelfall zu prüfen, ob im Rahmen der wegen der Behinderung durchgeführten Frühförderung Hilfen in einem Ausmaß notwendig seien, die den Umfang der Hilfsbedürftigkeit bei gesunden gleichaltrigen Kindern erheblich überschritten.

3.4.2 Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter

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

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Schulleistungen..... 0 - 10

sonst – auch unter Berücksichtigung von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen – bis zum Ausgleich..... 20 - 40

bei besonders schwerer Ausprägung (selten)..... 50

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

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

Teilleistungen vorliegen.....	30 - 40
wenn sich nach Abschluss der Schule noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen bestehen	30 - 40
wenn ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte Menschen erreicht werden kann	30 - 40
wenn während des Schulbesuchs die oben genannten Störungen stark ausgeprägt sind oder mit einem Schulversagen zu rechnen ist	50 - 70
wenn nach Abschluss der Schule auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung oder sozialer Einordnung geschlossen werden kann	50 - 70
wenn der behinderte Mensch wegen seiner Behinderung trotz beruflicher Fördermöglichkeiten (z. B. in besonderen Rehabilitationseinrichtungen) nicht in der Lage ist, sich auch unter Nutzung der Sonderregelungen für behinderte Menschen beruflich zu qualifizieren	50 - 70
Intelligenzmangel mit stark eingengter Bildungsfähigkeit, erheblichen Mängeln im Spracherwerb, Intelligenzrückstand entsprechend einem I.A. unter 10 Jahren bei Erwachsenen (IQ unter 60)	
bei relativ günstiger Persönlichkeitsentwicklung und sozialer Anpassungsmöglichkeit (Teilerfolg in einer Sonderschule, selbständige Lebensführung in einigen Teilbereichen und Einordnung im allgemeinen Erwerbsleben mit einfachen motorischen Fertigkeiten noch möglich)	80 - 90
bei stärkerer Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten mit hochgradigem Mangel an Selbständigkeit und Bildungsfähigkeit, fehlender Sprachentwicklung, unabhängig von der Arbeitsmarktlage und auf Dauer Beschäftigungsmöglichkeit	

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2001

1.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung [182]

Von einem Versorgungsärztlichen Dienst wurde berichtet, dass es bei der gutachtlichen Beurteilung von Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung im Schul- und Jugendalter zu divergierenden Ergebnissen bei der GdB/MdE-Bewertung komme, wenn sich externe Gutachter zur Einschätzung des Schweregrades der geistigen Leistungsfähigkeit nicht an den in Nr. 26.3, S. 57f der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien, sondern – was zunehmend zu beobachten sei – an den in der ICD-10 genannten Maßstäben, in denen dem Intelligenzquotienten (IQ) eine besondere Bedeutung beigemessen werde, orientierten. Bei Übertragung der in der ICD-10 genannten Einteilung auf die Nr. 26.3 der „Anhaltspunkte“ käme es regelmäßig zu einer höheren GdB/MdE-Bewertung. Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit würden sich immer häufiger den Ausführungen externer Gutachter, die ihren Beurteilungen die Einteilung der ICD-10 zugrunde legten, anschließen.

Die Beiratsmitglieder stellten nach eingehender Diskussion klar, dass Grundlage für die Beurteilung von Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. auch Rdschr. des BMA vom 20.03.01) die in Nr. 26.3 der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien sind. In den Sachverständigengesprächen, die im Rahmen der Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ geführt wurden, war für die Beurteilung der Auswirkungen der Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit der Bezug auf den IQ nicht als wesentlich und sogar als diskriminierend angesehen worden. Deshalb soll er für Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem

Schwerbehindertengesetz nur hilfswise herangezogen werden. Die in der ICD-10 genannten Kriterien haben ein ganz anderes Anliegen, nämlich im klinischen Bereich auf internationalem Niveau einheitliche Diagnosekriterien zu schaffen. Diagnosen und Auswirkungen seien aber nicht identisch. Insofern sei es auch nicht möglich, das Ausmaß und die Auswirkungen von Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit nach der ICD-10 zu beurteilen und dann hinsichtlich des GdB/MdE-Grades mit der in den „Anhaltspunkten“ getroffenen Einteilung zu vermischen. Um den Anschein zu vermeiden, dass die in den „Anhaltspunkten“ genannten Kriterien mit den in der ICD-10 genannten Kriterien identisch seien, empfahlen die Anwesenden, bei dem Begriff „schwerer Intelligenzmangel“ (Nr. 26.3, S. 58 der „Anhaltspunkte“) das Wort „schwerer“ zu streichen.

Oktober 1990

3.1 Kriterien zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei Lernbehinderten [75]

Nach eingehenden Erörterungen haben die Beiratsmitglieder folgenden ergänzenden Beurteilungshinweisen zur Abgrenzung der Schwerbehinderung beim Vorliegen einer Lernbehinderung zugestimmt:

Bei Behinderten mit einer Lernbehinderung, zu der in Nr. 26.3, Seite 46, der „Anhaltspunkte“ eine GdB/MdE-Bewertung von 30 bis 70 vorgeschlagen wird, ist eine Schwerbehinderung immer dann anzunehmen, wenn während des Besuchs der Sonderschule stark ausgeprägte Störungen insbesondere der Auffassung, der Merkfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit und der sozialen Einordnung sowie stärkere Sprachstörungen vorliegen und/oder mit einem Sonderschulversagen zu rechnen ist oder wenn nach Abschluss der Sonderschule auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung und/oder sozialer Einordnung geschlossen werden kann. Demgegenüber ist eine Schwerbehinderung nicht anzunehmen, wenn während des Besuchs der Sonderschule die

obengenannten Störungen nicht wesentlich sind oder wenn sich nach Abschluss der Sonderschule noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen vorliegen.

3.4.1 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Analphabetismus [78]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde die Frage gestellt, wie ein isolierter Analphabetismus nach dem Schwerbehindertengesetz zu beurteilen sei. Die Beiratsmitglieder stellten klar, dass ein GdB nur dann in Betracht kommen könne, wenn der Analphabetismus auf einer Behinderung, z.B. einer geistigen Behinderung, beruhe. Der GdB richte sich dann nach dem Gesamtausmaß der Behinderung.

Keinesfalls aber könne allein der Umstand, dass ein Antragsteller deutsch weder lesen noch schreiben kann, als Behinderung angesehen werden.

Zur Beurteilung von Nachteilsausgleichen wurde auf TOP 2.2.1 der Sitzung vom 24. April 1985 verwiesen.

April 1984

2.3.1 MdE-Bewertung bei Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind [4]

Es wurde die Frage erörtert, ob bei Behinderten - und zwar solchen, die körperlich behindert sind - allein der Umstand, in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt zu sein, eine MdE um 100 v. H. rechtfertige. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass in einer Werkstatt für Behinderte auch Behinderte mit dem Ziel der Eingliederung in das allgemeine Erwerbsleben vorübergehend beschäftigt werden und dass es bei der augenblicklichen Arbeitsmarktlage durchaus denkbar sei, dass ein Behinderter über den unbedingt notwendigen Zeitraum hinaus so lange in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt werde, bis er - bei günstigerer Arbeitsmarktlage - auch auf dem freien Arbeitsmarkt

vermittelt werden könne. Unter diesen Umständen könne man bei dieser Personengruppe nicht allein aus dem Umstand einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte auf eine MdE um 100 v. H. schließen.

Die Situation sei im Übrigen die gleiche wie bei der Beurteilung der MdE geistig Behinderter, die in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt werden. Dementsprechend werde in den „Anhaltspunkten“ ausgeführt, dass eine MdE um 100 v. H. dann gerechtfertigt sei, wenn – und zwar allein aus medizinischen Gründen und nicht etwa wegen der Arbeitsmarktsituation – für den Betroffenen eine „Beschäftigungsmöglichkeit auf Dauer nur in einer Werkstatt für Behinderte“ gegeben sei. Im Übrigen stelle auch dieser Hinweis, der bei der MdE Beurteilung geistig Behinderter zu beachten ist, nur ein Kriterium dar, das neben anderen Unterlagen, die auf das Ausmaß der Behinderung schließen lassen, zu berücksichtigen sei.

3.5 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Kriterien der Definitionen der ICD 10-GM Version 2011 müssen erfüllt sein. Komorbide psychische Störungen sind gesondert zu berücksichtigen. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Eine pauschale Festsetzung des GdS nach einem bestimmten Lebensalter ist nicht möglich.

3.5.1 Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)

Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS.....	10 - 20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS.....	30 - 40
mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS.....	50 - 70

mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten
beträgt der GdS 80 - 100

Soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen.

Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (zum Beispiel einen Integrationshelfer als Eingliederungshilfe) möglich ist.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.

3.5.2 Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität

Ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten liegt keine
Teilhabebeeinträchtigung vor.

Bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten
ohne Auswirkung auf die Integrationsfähigkeit
beträgt der GdS 10 - 20

mit Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit in
mehreren Lebensbereichen (wie zum Beispiel Regel-
Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt,
öffentliches Leben, häusliches Leben) oder wenn die
Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter
entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung
bedürfen, beträgt der GdS 30 - 40

mit Auswirkungen, die die Integration in Lebens-
bereiche nicht ohne umfassende Unterstützung oder

umfassende Beaufsichtigung ermöglichen, beträgt der GdS 50 - 70

mit Auswirkungen, die die Integration in Lebens-
bereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht
ermöglichen, beträgt der GdS 80 - 100

Ab dem Alter von 25 Jahren beträgt der GdS regelhaft nicht mehr als 50.

3.5.3 Störungen des Sozialverhaltens und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Störungen des Sozialverhaltens und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sind je nach Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung insbesondere der Einschränkung der sozialen Integrationsfähigkeit und dem Betreuungsaufwand, individuell zu bewerten.

Bis zur Vierten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 28. Oktober 2011 (*VierteÄndVO-VersMedV*), in Kraft getreten am 05. November 2011, war 3.5 wie folgt gefasst:

3.5 Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen

Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Eine pauschale Festsetzung des GdS nach einem bestimmten Lebensalter ist nicht möglich.

Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)

Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten beträgt



<i>der GdS</i>	10 - 20
<i>mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten</i>	
<i>beträgt der GdS</i>	20 - 40
<i>mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten</i>	
<i>beträgt der GdS</i>	50 - 70
<i>mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten</i>	
<i>beträgt der GdS</i>	80 - 100

Soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie zum Beispiel Regel-Kinder- garten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen.

Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (zum Beispiel einen Integrationshelfer als Eingliederungs- hilfe) möglich ist.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Un- terstützung nicht möglich ist.

Andere emotionale und psychosoziale Störungen („Verhaltensstörun- gen“) mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten (z. B. Integration in der Normalschule nicht möglich)

<i>GdS</i>	50 - 80
------------------	---------

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungs- medizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (*DritteÄnd- VOVersMedV*), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, war 3.5 wie folgt gefasst:

<i>3.5 Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen</i>	
<i>Autistische Syndrome</i>	
<i>leichte Formen (z. B. Typ Asperger).....</i>	<i>50 - 80</i>
<i>sonst.....</i>	<i>100</i>
<i>Andere emotionale und psychosoziale Störungen („Verhaltensstörungen“) mit lang andauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten (z. B. Integration in der Normalschule nicht möglich)</i>	
<i>GdS.....</i>	<i>50 - 80</i>



3.6 Schizophrene und affektive Psychosen

Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten..... 50 - 100

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

- mit geringen und einzelnen Restsymptomen ohne soziale 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 kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen

- bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung..... 30 - 50
- bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer 60 - 100

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

GdS 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.

3.7 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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2014

6. DSM-5 als Grundlage der Beurteilung der Posttraumatischen Belastungsstörung [273]

Das Rundschreiben des BMAS vom 02.12.2008 – IV c 3 – 46052 – 2/60 Beschluss vom 6./7. November 2008 zu posttraumatischer Belastungsstörung – Klinik und Begutachtung – hat weiterhin Gültigkeit.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2000

1.2.1 Gutachtliche Beurteilung bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten [168]

Zu den in einem Bundesland aufgetretenen Problemen bei der Interpretation des Begriffs „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata (Nr. 26.3, S. 60 der „Anhaltspunkte“) in Verbindung mit dem Beiratsbeschluss vom 18./19.03.1998 (TOP 1.3) Nr. 1.2 der Verf. vom 13.05.1998 wurde von den Anwesenden klargestellt:

Soziale Anpassungsschwierigkeiten sind im Abschnitt „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata“ nur bei schweren Störungen ausdrücklich genannt. Zur differenzierenden Beurteilung dieser schweren Störungen ist maßgebend, ob dabei mittelgradige oder schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten vorliegen. Für die Beurteilung solcher Anpassungsschwierigkeiten können die in TOP 1.3 der Niederschrift über die Sitzung am 18./19.03.1998 genannten Kriterien herangezogen werden. Da für geringergradige Störungen bei „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata“ eigene Beurteilungskriterien genannt sind, ist eine Analogbewertung mit den in TOP 1.3 am Beispiel des schizophrener Residualzustandes genannten „leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten“ nicht erforderlich.

1.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei „multipler Persönlichkeitsstörung“ [169]

Auf eine entsprechende Frage wurde von den Beiratsmitgliedern klargestellt, dass die Bezeichnung „multiple Persönlichkeitsstörung“ nach ICD-10, F44.8 den sonstigen dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) zugeordnet ist. Für die GdB/MdE-Beurteilung gelten die in Nummer 26.3 unter „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“ und für die Kausalitätsbeurteilung die in Nrn. 70 und 71 der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien. Die Kausalitätsbeurteilung sollte nur durch erfahrene Gutachter erfolgen.

März 1998

1.3 Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten [138]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst war angeregt worden, das Kriterium „soziale Anpassungsschwierigkeiten“, das bei einigen psychischen Störungen (z. B. schizophrene und affektive Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen) zur Beurteilung des GdB/MdE-Grades von Bedeutung ist, näher zu definieren.

Am Beispiel des schizophrenen Residualzustandes wurden folgende Abgrenzungskriterien empfohlen:

leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten

z. B. Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich. (Wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z. B. Lehrer, Manager). Keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, d. h. z. B. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten

In den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderung, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt. Erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung, aber noch keine Isolierung, noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.

schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten

Weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen. Schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis, bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis.

November 1994

1. Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei psychisch Behinderten zur Inanspruchnahme von Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz [112]

Psychisch Behinderte können die Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz einschließlich der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben durch die Hauptfürsorgestellen auf Antrag nur erhalten, wenn sie schwerbehindert oder Schwerbehinderten gleichgestellt sind. Bisher ist versucht worden, diesen Behinderten ohne Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach §4 SchwbG durch die Versorgungsverwaltung den Zugang zu diesen Leistungen zu eröffnen, wenn ihre Schwerbehinderteneigenschaft als offenkundig angesehen wurde. Davon wurde beim Vorliegen bestimmter „Ersatztatbestände“ ausgegangen, bis die Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats im Jahre 1990 nach sorgfältiger Prüfung zu dem Ergebnis kam, daß die Ersatztatbestände nicht in jedem Fall geeignet seien, eine Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Zu dieser Verfahrensweise der Hauptfürsorgestellen, anhand von „Ersatzkriterien“ in eigener Zu-

ständigkeit zu prüfen, ob ein psychisch Behinderter als Schwerbehinderter anzusehen ist, hatte der BMA auf die nach geltendem Recht gegebene, von der höchstrichterlichen Rechtsprechung bestätigte alleinige Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft auf Antrag des Behinderten hingewiesen. Er hatte klargestellt, daß die psychisch Behinderten darüber zu informieren seien, daß ohne förmliche Feststellung nach §4 SchwbG die Inanspruchnahme von Hilfen der Hauptfürsorgestellen nach dem SchwbG nicht möglich ist (sofern die Schwerbehinderteneigenschaft nicht im Ausnahmefall offenkundig ist), und er hatte die Auffassung vertreten, daß in besonders gelagerten Fällen (z. B. wenn psychisch Behinderten die Krankheitseinsicht fehlt) die psychisch Kranken dazu motiviert werden sollten, den Ärzten der Versorgungsverwaltung Einsicht in ärztliche Unterlagen zu gewähren, wie sie diese auch den Mitarbeitern der Hauptfürsorgestellen gewährt hatten. Die Versorgungsverwaltung könne dann in einem geeigneten Verfahren, das auf die besondere Befindlichkeit dieses kleinen Teils der psychisch Behinderten Rücksicht nehmen müsse, die Behinderung feststellen; dazu müsse in der Praxis ein geeignetes Verfahren gefunden werden. Die verfahrensmäßigen Modalitäten bei der Anerkennung psychisch Behinderter als Schwerbehinderte sollten in der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA erörtert werden.

Vom BMA waren zu diesem Tagesordnungspunkt als spezielle Sachverständige Herr Prof. Dr. ... aus ... und Herr Dr. ... von der Arbeitsgemeinschaft ... eingeladen worden. Nach Anhörung der Sachverständigen ergab sich folgendes:

Aus der Sicht verschiedener Hauptfürsorgestellen ist es wichtig, sofort zu handeln, wenn Beschäftigten, bei denen zu vermuten ist, daß sie psychisch behindert sind, von Arbeitgeberseite Kündigungen drohen. Dabei müssen nach Ansicht dieser Hauptfürsorgestellen unter Umständen bereits zu einem Zeitpunkt Entscheidungen über entsprechende Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz getroffen werden, in dem noch gar nicht genügend geklärt ist, ob eine psychische Behinderung und ggf. welche vorliegt, mit welchem GdB sie zu beurteilen ist und ob der Behinderte die Hilfen

nach dem SchwbG in Anspruch nehmen will oder nicht. Offenbar wurde bisher von Hauptfürsorgestellen auch ohne Hinzuziehung eines Facharztes für Psychiatrie, ja nicht einmal eines Arztes, eine Entscheidung auf der Grundlage unzureichender „Ersatzkriterien“ getroffen. Dies ist aus der Sicht der Beiratsmitglieder erstaunlich, da im frühen Stadium der Erkrankung noch gar keine Unterlagen vorliegen, die eine Anwendung von „Ersatzkriterien“ ermöglichen. Bei allen anderen nicht nur vorübergehend psychisch Behinderten liegen bereits ärztliche Befundunterlagen über die psychische Behinderung vor, so daß bei diesen ein Rückgriff auf „Ersatzkriterien“ überhaupt nicht erforderlich ist, weil jeder in der Begutachtung erfahrene Facharzt aufgrund der vorhandenen Unterlagen auch ohne Ersatzkriterien unter Zugrundelegung der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ beurteilen kann, ob wegen der psychischen Behinderung eine Schwerbehinderung vorliegt oder nicht. Im Rahmen der laufenden Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ sind die diesbezüglichen Kriterien für die Beurteilung psychisch Behinderter auch unter Mitwirkung von Herrn Prof. ... als Sachverständigen noch konkreter formuliert worden, so daß genügend Kriterien für eine sachgerechte gutachtliche Beurteilung psychisch Behinderter vorliegen und es insofern keiner „Ersatzkriterien“ bedarf.

Nach eingehender Diskussion der Sachverständigenaussagen stellten die Mitglieder des Beirats folgendes fest:

1. Die von den Hauptfürsorgestellen bisher angewandten „Ersatzkriterien“ sind zur Beurteilung der Frage, ob ein psychisch Behinderter schwerbehindert ist, weiterhin nicht geeignet (vgl. Niederschrift vom 2.10.1990 – TOP 3.2). Sie sind auch entbehrlich, da die „Anhaltspunkte“ genügend Hinweise für eine sachgerechte Beurteilung psychisch Behinderter enthalten.
2. Die Frage, ob bei psychisch Behinderten die Schwerbehinderteneigenschaft (oder der für die Gleichstellung erforder-

liche GdB von mindestens 30) vorliegt, kann nur von einem erfahrenen Arzt – nach Möglichkeit einem Facharzt für Psychiatrie –, der die Begutachtungsgrundsätze nach dem Schwerbehindertengesetz kennt, unter Zugrundelegung der „Anhaltspunkte“ beantwortet werden.

3. Das Verwaltungsverfahren könnte auf der Grundlage des geltenden Rechts so gelöst werden, daß in den problematischen Fällen ein an die Hauptfürsorgestelle gerichteter Antrag auf Gewährung von Leistungen zugleich als konkludenter, nicht förmlicher Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (als gesetzlicher Leistungsvoraussetzung) gewertet und an das für die Entscheidung zuständige Versorgungsamt weitergeleitet wird. Dann könnte ein besonders erfahrener Arzt der Versorgungsverwaltung – am besten ein Psychiater – eine gutachtliche Beurteilung unter datenschutzrechtlich zulässiger Beiziehung vorhandener relevanter medizinischer Befundunterlagen vornehmen und die Feststellung zur Behinderung treffen. Zusammen mit den Ländern sollte – auch hinsichtlich der Mitteilung des Ergebnisses – eine für die Betroffenen zufriedenstellende Lösung gefunden werden. Auf dieser Grundlage könnte dann das Arbeitsamt bzw. die Hauptfürsorgestelle über Anträge auf Förderung aus der Ausgleichsabgabe entscheiden.

April 1984

2.3.2 MdE-Bewertung bei psychischen Störungen infolge Zerebralsklerose und psychovegetativer Labilität [5]

Es stand zur Diskussion, ob die in den „Anhaltspunkten“ Nr. 26.3, Seite 43, für psychische Störungen leichten Grades angegebene Höhe der MdE um 40 - 50 v. H. als zu hoch anzusehen sei, wenn hier auch die Zerebralsklerosen eingeordnet würden.

Hierzu wurde noch einmal klargestellt, daß die mit einer Zerebralsklerose (Synonym: zerebrovaskuläre Insuffizienz) einhergehenden

Veränderungen, die noch altersentsprechend sind – wie das alterstypische Nachlassen des Gedächtnisses oder der allgemeinen geistigen Beweglichkeit –, keine Behinderung darstellten. Wenn aber bei zerebrovaskulärer Insuffizienz die Einschränkung der zerebralen Leistungsfähigkeit wesentlich über das Altersentsprechende hinausgehe, dann sei auch eine MdE von wenigstens 40 v. H. angemessen. Es wurde im Übrigen noch einmal darauf hingewiesen, daß es sich bei den in der Nr. 26.3, Seite 43, der „Anhaltspunkte“ genannten psychischen Störungen um organisch-psychische Störungen handle, die streng von den in der Nr. 26.3, Seite 48, der „Anhaltspunkte“ aufgeführten „psychovegetativen Syndromen“ abzugrenzen seien. Hier sei die MdE entsprechend niedriger zu bewerten.

2.3.5 MdE-Bewertung bei Anorexia nervosa [6]

Es wurde die Frage gestellt, wie die MdE-Bewertung bei Anorexia nervosa zu erfolgen habe. Dazu wurde ausgeführt, daß bei der Verschiedenartigkeit der Auswirkungen im psychischen und körperlichen Bereich eine große MdE-Spanne in Betracht komme. Es gebe sicher Fälle, bei denen eine MdE um 100 v. H. gerechtfertigt sei, ebenso aber auch Fälle, bei denen noch keine MdE um 50 v. H. angenommen werden könne. Die Beiratsmitglieder stimmten überein, daß die MdE in Analogie zu anderen Gesundheitsstörungen gebildet werden müsse, wobei nebeneinander die psychischen Störungen – im Sinne der Neurosen und abnormen Persönlichkeitsentwicklungen – und die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand zu bewerten seien.

3.8 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen ohne körperliche oder psychische Schädigung bedingt keinen Grad der Schädigungsfolgen. Die Abhängigkeit von Koffein oder Tabak sowie von Koffein und Tabak bedingt für sich allein in der Regel keine Teilhabebeeinträchtigung.

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liegt vor, wenn als Folge des chronischen Substanzkonsums mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit (Kontrollverlust) den Konsum betreffend,
- Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums,
- fortgesetzter Substanzkonsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen,
- Toleranzentwicklung,
- körperliche Entzugssymptome nach Beenden des Substanzkonsums

Es gelten folgende GdS-Werte:

Bei schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen
mit leichteren psychischen Störungen beträgt der GdS 0 - 20

Bei Abhängigkeit:

mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten
beträgt der GdS 30 - 40
mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten
beträgt der GdS 50 - 70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten
beträgt der GdS 80 - 100

Ist im Fall einer Abhängigkeit, die zuvor mit einem GdS von mindestens 50 zu bewerten war, Abstinenz erreicht, muss eine Heilungsbewährung von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der Abstinenz abgewartet werden. Während dieser Zeit ist ein GdS von 30 anzunehmen, es sei denn, die bleibenden psychischen oder hirnorganischen Störungen rechtfertigen einen höheren GdS. Weitere Organschäden sind unter Beachtung von

Teil A Nummer 2 Buchstabe e der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu bewerten.

Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sind nach Teil B Nummer 3.7 zu bewerten.

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (*ErsteÄndVO Vers-MedV*), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 3.8 wie folgt gefasst:

3.8 Alkoholkrankheit, -abhängigkeit

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

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

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

Drogenabhängigkeit

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

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

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

3.9 Rückenmarkschäden

Unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit beidseits geringen motorischen und sensiblen Ausfällen, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30 - 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kauda-schädigung mit Teillähmung beider Beine, ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion	30 - 60
Unvollständige Brustmark-, Lendenmark- oder Kauda-schädigung 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 Kauda-schädigung mit vollständiger Lähmung der Beine und Störungen der Blasen und/oder Mastdarmfunktion	100

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2000

1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Rückenmarkschäden [167]

In Nummer 26.3 auf S. 62 der „Anhaltspunkte“ ist für eine unvollständige, leichte Halsmarkschädigung mit bds. geringen motorischen und sensiblen Ausfällen und ohne Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion ein GdB/MdE-Grad von 30 bis 60, bei einer unvollständigen Halsmarkschädigung mit gewichtigen Teillähmungen beider Arme und Beine und Störungen der Blasen- und/oder Mastdarmfunktion hingegen ein GdB/MdE-Grad von 100 vorgesehen. Es wurde bemängelt, dass keine GdB/MdE-Grade für eine unvollständige Halsmarkschädigung mit nur mäßigen Teillähmungen der Arme und Beine sowie Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion genannt seien. Von manchen Gutachtern und auch von Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit werde in solchen Fällen stets der höhere GdB/MdE-Grad von 100 zugrunde gelegt ungeachtet der Tatsache, dass die Auswirkungen dieser unvollständigen Halsmarkschädigung geringer seien. Es wurde daher vorgeschlagen, den in den „Anhaltspunkten“ genannten Kriterien eine weitere Stufe hinzuzufügen, die eine GdB/MdE-Bewertung von 70 bis 100 ermögliche.

Die Anwesenden waren von solchen Beurteilungen einzelner Gutachter und von Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit überrascht. Sie wiesen darauf hin, dass die in Nummer 26.3 auf S. 62 der „Anhaltspunkte“ genannten Rückenmarkschäden nur beispielhaften Charakter haben und als Orientierungswerte dienen, da nicht alle in Betracht kommenden Schweregrade genannt werden können. Es ist selbstverständlich, dass auch niedrigere GdB/MdE-Grade in Betracht kommen können, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen nicht so gravierend sind, dass ein GdB/MdE-Grad von 100 gerechtfertigt ist. Insofern bedarf es keiner diesbezüglichen

chen Ergänzung der für die Beurteilung von Rückenmarkschäden genannten Kriterien.

November 1992

3.3 Spätfolgen nach Poliomyelitis [100]

Von der Selbsthilfevereinigung Polio e. V. war die Auffassung vertreten worden, daß das erst in neuerer Zeit bekannt gewordene Post-Poliomyelitis-Syndrom bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz berücksichtigt werden müsse. Nach Auffassung der Selbsthilfevereinigung würde vielfach ein Zusammenhang zwischen den neu aufgetretenen Beschwerden und einer um Jahre zurückliegenden akuten Erkrankung nicht erkannt, was zur Folge hätte, dass von den Versorgungsämtern keine sachgerechten Entscheidungen über die Höhe des GdB getroffen würden. Hierzu stellen die Beiratsmitglieder fest, dass es bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz allein auf die tatsächlich vorliegenden Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen und zwar generell unabhängig von deren Ursache, ankommt. Wenn Jahrzehnte nach einer abgelaufenen Polioerkrankung erneut relevante Krankheitssymptome auftreten, können diese nicht anders beurteilt werden, als wenn diese Symptome ohne vorangegangene Polioerkrankung aufgetreten wären; sie können z. B. nicht als Alterserscheinungen angesehen werden. Die Tatsache, dass diese neuen Beschwerden auf einer früheren Polioerkrankung beruhen, rechtfertigt keine höhere Bewertung des GdB.

In den Fällen, in denen im sozialen Entschädigungsrecht die Folgen einer Poliomyelitis als Schädigungsfolge anerkannt sind, wird das Post-Poliomyelitis-Syndrom in Anwendung der Nr. 63 Abs. 3 und 4 der „Anhaltspunkte“ bereits jetzt berücksichtigt. Die Nr. 54 (Seite 165) der „Anhaltspunkte“ wird bei der jetzt anstehenden Überarbeitung der Richtlinien um das Post-Poliomyelitis-Syndrom ergänzt werden.

3.10 Multiple Sklerose

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

3.11 Polyneuropathien

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

4 Sehorgan

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

Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu bestimmen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefällen zulässig (zum Beispiel bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern). Die übrigen Partiaalfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten oder Methoden zu prüfen, die den Empfehlungen der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben.

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

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

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

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (DritteÄndVOVersMedV), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, waren in 4. Sehorgan die Absätze 2 – 3 wie folgt gefasst:

Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu prüfen; Abweichungen hiervon sind nur in Ausnahmefäl-

len zulässig (z. B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern). Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben. Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 2002

1.1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Sehbehinderung – „inverse“ Gesichtsfeldbestimmung [192]

Bei der manuell-kinetischen Perimetrie nach Goldmann wird in der Regel eine Reizmarke bestimmter Größe und Lichtintensität von außen nach innen (zentripetal) bewegt. Von einem Gutachter war die Reizmarke in entgegengesetzter Richtung (zentrifugal) bewegt worden, wobei, diese Untersuchung ein deutliches größeres Gesichtsfeld erbracht hatte. Es war nach der Bedeutung der zentrifugalen Untersuchungstechnik gefragt worden.

Zu dieser Frage war von Seiten des BMA eine Stellungnahme der Rechtskommission der DOG eingeholt worden. Danach dient eine inverse (zentrifugale) Gesichtsfeldbestimmung dem Nachweis bzw. Ausschluss von Aggravation und Simulation.

Die Beiratsmitglieder dankten der DOG für die Erläuterung.

November 2001

3. Gesichtsfeldbestimmung mit neuen Perimetern [190]

An das BMA war die Frage herangetragen worden, ob zur gutachtlichen Beurteilung von Gesichtsfeldausfällen bzw. zur Feststellung von Blindheit auch moderne Automatik-Perimeter, z. B. das Twinfield-Perimeter der Firma Oculus – und nicht allein das Goldmann-Perimeter – verwendet werden können.

Dem BMA lagen hierzu bereits Aussagen externer Sachverständiger vor, zusätzlich wurden die anwesenden Sachverständigen zu diesem Punkt gehört. Nach Auffassung der Sachverständigen erfüllt das Twinfield-Perimeter sowohl die lichttechnischen als auch die apparativen Voraussetzungen, um eine vollständige gutachtliche Untersuchung des Gesichtsfeldes nach den Empfehlungen der DOG durchzuführen. Insbesondere kann die Lichtmarke wie beim Goldmann-Perimeter manuell frei bewegt werden. Bei einer Benutzung des Twinfield-Perimeters für gutachtliche Fragestellungen ist es erforderlich, die Untersuchung wie beim Goldmann-Perimeter manuell-kinetisch vorzunehmen. Eine alleinige statische (automatische) Untersuchung des Gesichtsfeldes ist für gutachtliche Fragestellungen nicht ausreichend.

Die Anwesenden schlossen sich den Ausführungen der Sachverständigen an. Sie empfahlen, bei entsprechenden Gutachtenaufträgen darauf hinzuweisen, dass die Prüfung manuellkinetisch zu erfolgen habe. Bei vorgelegten Untersuchungsergebnissen könne nicht auf die Angaben des Untersuchers verzichtet werden, nach welcher Methode (manuell-kinetisch oder automatisch) die Gesichtsfeldbestimmung durchgeführt wurde.

November 1997

2.3.1 Beidäugige Prüfung der Sehschärfe [123]

Zu beantworten war die Frage, bei welchen Sehstörungen bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz auf eine beidäugige Prüfung der Sehschärfe verzichtet werden könne.

Der Sachverständige wies darauf hin, daß zwar bei jeder Brillen-

verordnung ein beidäugiger Abgleich erfolge, der Visus jedoch in der augenärztlichen Praxis stets monokular bestimmt werde. Ob eine beidäugige Prüfung gutachtlich relevant sei, müsse der Gutachter einzelfallbezogen beurteilen. So müsse er z. B. bedenken, ob bei einer bestimmten Sehstörung ein beidäugiger Visuswert überhaupt zu einer anderen GdB/MdE-Bewertung nach der MdE-Tabelle der DOG führen könne als bei einseitiger Prüfung oder ob die Feststellung von Nachteilsausgleichen oder des Schwerbehindertenstatus von einer solchen Prüfung abhängt.

Bei einem Nystagmus sei der beidäugige Visus besser als der monokulare, bei Hyperopie, Esotropie und Myopie sei der beidäugig ermittelte Visus im Allgemeinen sogar schlechter. Hieraus leiteten die Beiratsmitglieder die Empfehlung ab, bei Begutachtungen nach dem Schwerbehindertengesetz immer dann eine augenärztliche Begutachtung mit Bestimmung der beidäugigen Sehschärfe durchzuführen, wenn durch die Änderung der Sehschärfe um mindestens eine Stufe entweder die Schwerbehinderteneigenschaft oder die Feststellung bestimmter Nachteilsausgleiche einschließlich Blindheit zur Diskussion steht oder wenn ein Nystagmus vorliegt.

2.3.2 Beidäugige Prüfung bei Restsehvermögen mit Gesichtsfeldeinschränkungen zur Beurteilung des GdB/MdE-Grades [124]

Bei der Prüfung des Restsehvermögens mit Gesichtsfeldeinschränkungen sind aus augenärztlicher Sicht die Gesichtsfelder einzeln zu prüfen und der Beurteilung die monokular bestimmten Gesichtsfelder zugrunde zu legen.

April 1991

2.3 Sehschärfenbestimmung [89]

Die Frage eines versorgungsärztlichen Dienstes, ob die gutachtliche Sehschärfenbestimmung nur nach DIN 58220 (Landolt-Ringe), durchgeführt werden soll, ist von der Rechtskommission der DOG

bejaht worden. Damit bleibt es bei den allgemeinen Hinweisen zur Begutachtung von Sehbehinderungen in Nr. 26.4 Abs. 3, Seite 50 der „Anhaltspunkte“. Wenn jedoch eine Prüfung mit Landolt-Ringen nicht möglich ist, muss die Untersuchung nach den DOG-Richtlinien mit zwei anderen Methoden durchgeführt werden (vgl. Kommentar zu den „Anhaltspunkten“, S. A 168 in Band IV des Gesamtkommentars ROHR/STRÄSSER).

3.5.1 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei unvollständigen Visusangaben [95]

Auf eine entsprechende Anfrage hatte die Rentenkommission der DOG mitgeteilt, daß die Angabe „partiell“ für die Beurteilung des Visus nicht ausreiche. Es müsse streng nach den Bestimmungen DIN 58220 verfahren werden.

3.5.2 Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim Zusammentreffen von Visusminderung und Gesichtsfeldeinschränkungen [96]

Hierzu wurde von den Anwesenden klargestellt, daß es bei der Beurteilung verschiedener Sehbehinderungen wie auch bei anderen Behinderungen stets auf die Gesamtauswirkung ankommt. Rechenmethoden sind hierfür ungeeignet (vgl. Nr. 19 der „Anhaltspunkte“).

April 1985

2.1.5 Beurteilung der MdE bei Sehbehinderung, wenn durch Kontaktlinsen eine wesentlich bessere Sehschärfe erreicht wird als mit Gläsern [17]

Es wurde ein Einzelfall erörtert, in dem sich bei hochgradiger Kurzsichtigkeit bei der Bestimmung der Sehschärfe erhebliche Differenzen zwischen der Prüfung mit Brillenkorrektur und mit Kontaktlinsen ergeben hatten. Die Beiratsmitglieder waren überwiegend der Meinung, daß in solchen Fällen, in denen nicht stän-

dig die Kontaktlinsen getragen werden können, dem Ausmaß der Behinderung am besten durch Bildung einer Durchschnitts-MdE Rechnung getragen werden könne (vgl. auch hierzu TOP 1.5 der Beiratssitzung vom 26. März 1980).

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

4.2 Linsenverlust

Linsenverlust korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse

Linsenverlust eines Auges

Sehschärfe 0,4 und mehr	10
Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4	20
Sehschärfe weniger als 0,1	25 - 30

Linsenverlust beider Augen

Beträgt der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdS nicht mehr als 60, ist dieser um 10 zu erhöhen.

Die GdS-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus. Maßgebend ist der objektive Befund.

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

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdS nach der Restsehschärfe.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2016

1. Korrektur von Beschlüssen der AG [288]

Der Beschluss unter TOP 3 der Tagung März 2011 in Lübeck zur Beurteilung der einseitigen Pseudophakie und GdB Bewertung wird im Kompendium künftig durch den Hinweis ergänzt: „Ab Inkrafttreten der 6. Änderungs-Verordnung nicht mehr zur Anwendung empfohlen.“

Zur Klarstellung des Beschlusses zum TOP 3 der Tagung März 2012 in Halle zur Beurteilung der Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ bei Sehinderung mit 50 und Erhöhung des GdB auf 60 durch zusätzliche Kunstlinsen soll an den Text:

„Es wurde festgestellt und beschlossen, dass das Ausmaß der Visusminderung und damit die Höhe des GdS ausschlaggebend für die Vergabe von Merkzeichen ist. Im vorliegenden Fall ist es unerheblich, ob die Visusminderung mit oder ohne Kunstlinsen einen GdS mit 60 bedingt“, die folgende Ergänzung angefügt werden:

„Für die Vergabe des Merkzeichens RF ist das Ausmaß der Beeinträchtigung des Sehvermögens ausschlaggebend. Das Sehvermögen schließt das Kontrast- und das Dämmerungssehen ein, das bei Pseudophakie beeinträchtigt sein kann. Der unter Berücksichtigung einer Kunstlinsenimplantation vergebene GdB ist daher ausschlaggebend für die Prüfung der Voraussetzungen des Merkzeichens RF.“

März 2012

3. Merkzeichen „RF“ bei Sehinderung mit 50 und Erhöhung des GdB auf 60 durch zusätzliche Kunstlinsen? [253]

Es wurde festgestellt und beschlossen, dass das Ausmaß der Visusminderung und damit die Höhe des GdS ausschlaggebend für die Vergabe von Merkzeichen ist. Im vorliegenden Fall ist es unerheblich, ob die Visusminderung mit oder ohne Kunstlinsen einen GdS mit 60 bedingt.

Für die Vergabe des Merkzeichens RF ist das Ausmaß der Beeinträchtigung des Sehvermögens ausschlaggebend. Das Sehvermögen schließt das Kontrast- und das Dämmerungssehen ein, das bei Pseudophakie beeinträchtigt sein kann. Der unter Berücksichtigung einer Kunstlinsenimplantation vergebene GdB ist daher ausschlaggebend für die Prüfung der Voraussetzungen des Merkzeichens RF (siehe Beschluss Nr. 1 September 2016).

März 2011

3. Einseitige Pseudophakie und GdB Bewertung [240]

Eine Überarbeitung des Punktes 4.2 der VersMedV wird unter Berücksichtigung der Tatsache empfohlen, da sich eine Pseudophakie bei einem Visus von 0,08 und niedriger bzgl. der Teilhabebeeinträchtigung nicht mehr erhöhend auswirkt.

Ab Inkrafttreten der 6. Änderungs-Verordnung nicht mehr zur Anwendung empfohlen (siehe Beschluss Nr. 1 September 2016).

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (*DritteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, war 4.2 wie folgt gefasst:

4.2 Linsenverlust

eines Auges

(korrigiert durch intraokulare Kunstlinse oder Kontaktlinse)

<i>Sehschärfe 0,4 oder mehr.....</i>	<i>10</i>
<i>Sehschärfe 0,1 bis weniger als 0,4.....</i>	<i>20</i>
<i>Sehschärfe weniger als 0,1.....</i>	<i>25 - 30</i>

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

Die GdS-Werte setzen die Verträglichkeit der Linsen voraus. Maßgebend ist der objektive Befund.

Bei Unkorrigierbarkeit richtet sich der GdS nach der Restsehschärfe.

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1991

3.5.4 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Linsenlosigkeit eines Auges nach Verlust oder Blindheit des anderen Auges [97]

Der Beschluss der DOG, den GdB/MdE-Grad wegen Linsenlosigkeit eines Auges bei Blindheit oder Verlust des anderen Auges mit 40 zu beurteilen, entspricht den Ausführungen in Nr. 26.4, Seite 52, der „Anhaltspunkte“.

April 1986

5. Beurteilung der MdE und von Vergünstigungen bei angeborenem Katarakt [42]

Zur Frage stand, wie ein angeborener Katarakt, der mit doppelseitiger Lensektomie im frühen Säuglingsalter operativ behandelt worden ist, zu beurteilen sei. In einem Einzelfall war die Linsenlosigkeit mit einer Brille korrigiert worden und die korrigierte Sehschärfe vom Augenarzt im zweiten Lebensjahr des Kindes auf 0,2 beidseitig geschätzt worden, wobei der Augenarzt darauf hingewiesen hatte, daß eine Visusprüfung mit den üblichen Testmethoden erst ab dem 3. Lebensjahr möglich sei. Die Gesamt-MdE wurde in Verbindung mit der Linsenlosigkeit mit 60 v. H. bewertet. Im Hinblick auf die Frage der „Hilflosigkeit“ hatte der Augenarzt mitgeteilt, daß das Kind noch auf spezielle Hilfen angewiesen sei, die den bei einem gleichaltrigen gesunden Kind erforderlichen Pflegeaufwand erheblich übersteigen würden. Das Merkzeichen „H“ wurde in diesem Fall zuerkannt. Die Beiratsmitglieder stimmten darin überein, daß für die MdE-Beurteilung wesentlich sei, welche Korrekturmöglichkeiten bestehen und welches Sehvermögen – vom Augenarzt unter Ausnutzung der im jeweiligen Lebensalter möglichen Untersuchungsmethoden festgestellt bzw. „geschätzt“ – damit erreicht werden könne. Für die gutachtliche Beurteilung zur Frage der „Hilflosigkeit“ müsse im Einzelfall ermittelt werden, welche zusätzlichen Hilfeleistungen konkret von Seiten der Eltern wegen der Sehbehinderung erforderlich seien.

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

4

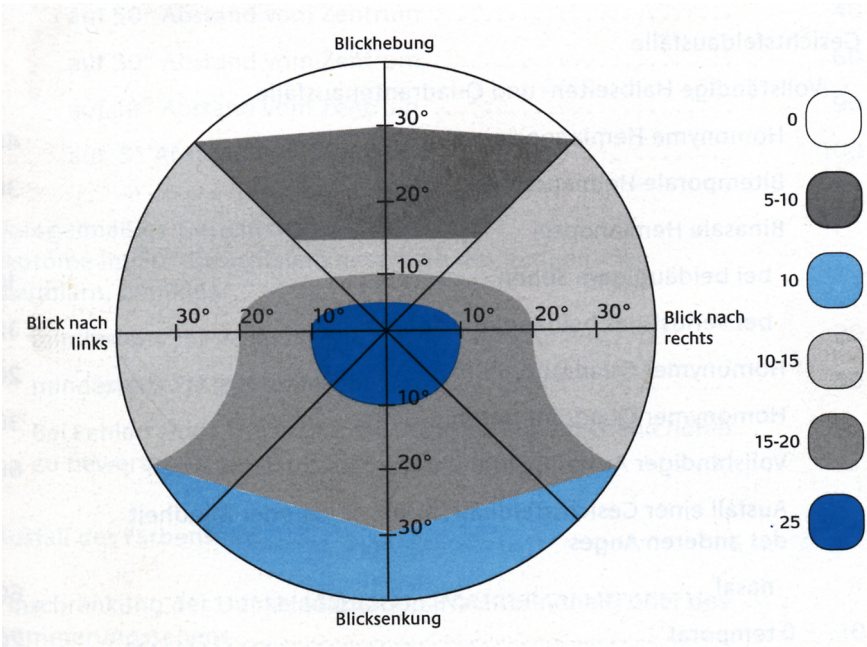
MdE-Tabelle der DOG

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

4.4 Augenmuskellähmungen, Strabismus

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

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



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

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

Lähmung des Oberlides mit nicht korrigierbarem, vollständigem

Verschluss des Auges.....	30
sonst.....	10 - 20
Fehlstellungen der Lider, Verlegung der Tränenwege mit Tränenträufeln	
einseitig.....	0 - 10
beidseitig.....	10 - 20

4.5 Gesichtsfeldausfälle

Vollständige Halbseiten- und Quadrantenausfälle

Homonyme 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 ist der GdS entsprechend niedriger anzusetzen.

Gesichtsfeldeinengungen

Allseitige Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges

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

Allseitige Einengung binokular	
auf 50° Abstand vom Zentrum	10
auf 30° Abstand vom Zentrum	30
auf 10° Abstand vom Zentrum	70
auf 5° Abstand vom Zentrum	100
Allseitige Einengung bei Fehlen des anderen Auges	
auf 50° Abstand vom Zentrum	40
auf 30° Abstand vom Zentrum	60
auf 10° Abstand vom Zentrum	90
auf 5° Abstand vom Zentrum	100
Unregelmäßige Gesichtsfeldausfälle, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, binokular	
mindestens 1/3 ausgefallene Fläche	20
mindestens 2/3 ausgefallene Fläche	50

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 1997

2.3.3 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen [125]

Zur Diskussion stand die Beurteilung einer „konzentrischen“ Gesichtsfeldeinengung bei insgesamt exzentrisch gelegenem Gesichtsfeld.

Es wurde von dem Sachverständigen darauf hingewiesen, daß immer die Sehschärfe im Zentrum des Restgesichtsfeldes maßgebend sei. Wenn es in den „Anhaltspunkten“ bei der Beurteilung von Gesichtsfeldeinengungen „Abstand vom Zentrum“ heiße, so bedeute dies immer Abstand vom Zentrum des Restgesichtsfeldes.

Im Übrigen wies der Sachverständige darauf hin, daß es derartige Gesichtsfeldeinschränkungen nur in Sonderfällen gebe (z. B. bei Retinitis pigmentosa Optikusatrophie) und daß bei solchen Befunden auch an Aggravation und Simulation des Untersuchten zu denken sei. Deshalb sei ein solches Gesichtsfeld ohne Kenntnis des morphologischen Befundes nicht zu beurteilen. Bei zwei vorgestellten Einzelfällen mit dieser Problematik wurde eine augenärztliche Begutachtung empfohlen.

4

4.6 Ausfall des Farbensinns 0

Einschränkung der Dunkeladaptation (Nachtblindheit) oder des Dämmerungssehens 0 - 10

4.7 Nach Hornhauttransplantationen richtet sich der GdS allein nach dem Sehvermögen

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

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

5 Hör- und Gleichgewichtsorgan

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

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1991

2.4.2 Ermittlung des prozentualen Hörverlustes bei fehlendem Sprachaudiogramm [91]

Im Hinblick darauf, daß bei Feststellungen von Hörbehinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz meist nur Tonaudiogramme vorliegen, wurde von einem versorgungsärztlichen Dienst vorgeschlagen, sich dem Vorgehen der Berufsgenossenschaften bei der Beurteilung von Hörstörungen bei ausländischen Arbeitnehmern anzuschließen (vgl. Königsteiner Merkblatt, Nr. 5.1).

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß diese Regelung der Berufsgenossenschaften nur für die Fälle gelte, in denen die Durchführung einer Sprachaudiometrie wegen eingeschränkter Beherrschung der deutschen Sprache nicht möglich sei. Allein in

diesen Fällen könne auch im Schwerbehindertenbereich nach der entsprechenden Empfehlung im Königsteiner Merkblatt verfahren werden. In allen anderen Fällen sei ein Tonaudiogramm nicht ausreichend; auf die Durchführung einer Sprachaudiometrie könne daher nicht verzichtet werden. (vgl. Beirat vom 31.10.1989 TOP 2.1.8)

Oktober 1989

2.1.8 Beurteilung des GdB bei Hörstörungen [65]

Zur Frage stand, ob die GdB-Beurteilung von Hörstörungen allein aufgrund eines Tonaudiogramms erfolgen könne, da Sprachaudiogramme von den behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Ärzten oft nicht zu erhalten seien.

In der Diskussion wurde klargestellt, daß für die Beurteilung des GdB bei Hörstörungen, nach Nr. 8 Abs. 12 und den der Nr. 26.5 der „Anhaltspunkte“ vorangestellte allgemeine Hinweisen stets mehrere Kriterien zu berücksichtigen seien, insbesondere auch eine Sprachaudiometrie. Die Beiratsmitglieder empfahlen beim Fehlen eines Sprachaudiogramms entweder den Anpassbericht des Hörgeräteakustikers beizuziehen oder die fehlende Hörprüfung nachträglich von einem HNO-Arzt durchführen zu lassen.

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

angeboren oder bis zum 7. Lebensjahr erworben (schwere Störung des Spracherwerbs, in der Regel lebenslang).....	100
später erworben (im 8. bis 18. Lebensjahr) mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz)	100

sonst je nach Sprachstörung 80 - 100

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2010

4. Cochleaimplantat [234]

Bei angeborener oder in der Kindheit bis zum 7. Lebensjahr (prälingual) erworbener Taubheit beiderseits oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit beiderseits ist nach Cochleaimplantation individuell im Einzelfall je nach Ausmaß des Spracherwerbs ein GdS beziehungsweise GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt. Ansonsten ist bei Cochleaimplantation das Ausmaß der Hörminderung für den GdS bestimmend.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1986

4. Beurteilung des GdB und der gesundheitlichen Voraussetzungen für „Nachteilsausgleiche“ bei angeborener oder erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit [39]

Ein Beiratsmitglied hatte die Unterlagen von zwei hörbehindernden Kindern übersandt und damit die Fragen verbunden, wie in diesen Fällen angeborener oder in früher Kindheit erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit der GdB

und die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche zu beurteilen seien. Dabei interessierte insbesondere die Frage, ob auch bei außergewöhnlich günstigen Rehabilitationsergebnissen der GdB lebenslang mit 100 anzusetzen und „Hilfflosigkeit“ immer bis zur Beendigung der Gehörlosenschule anzunehmen sei. Bei beiden Kindern waren mehrere Gutachter gehört worden, die jeweils zu unterschiedlichen Beurteilungen gekommen waren.

Im ersten Fall war eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit seit dem 2. Lebensjahr bekannt. Das Kind war überdurchschnittlich intelligent, hatte mit Hilfe zweier leistungsstarker Hörgeräte eine Normalschule und später ein Gymnasium besucht und zwei Fremdsprachen erlernt, wobei das Kind offensichtlich in besonderer Weise von den Eltern zusätzlich gefördert worden war (Mutter: Lehrerin). Die Sprache dieses Kindes war gut verständlich, der Wortschatz annähernd normal. Dennoch musste wegen der Hörbehinderung der Besuch des Gymnasiums vor dem Abitur abgebrochen werden. Der GdB von 100 war in diesem Fall in Frage gestellt worden.

Im zweiten Fall lag seit dem 2. Lebensjahr eine ähnlich schwere Hörstörung vor. Trotz verspäteter Sprachentwicklung lernte auch dieses Kind mit einer entsprechenden Hörgeräteversorgung gut sprechen und konnte eine Normalschule besuchen. Auch in diesem Fall war eine besondere zusätzliche Förderung durch die Eltern möglich gewesen (Mutter: Ärztin). Der GdB war zeitweilig von 100 auf 70 herabgesetzt und Hilfflosigkeit verneint worden. Von Seiten des BMA wurde – unter Berücksichtigung der Auskunft eines namhaften Sachverständigen – darauf hingewiesen, dass es heute in Einzelfällen bei hörbehinderten Kindern mit geringem Hörrest infolge einer frühen und sehr intensiven Förderung in Verbindung mit einer relativ hohen Intelligenz des Kindes und besonderem Geschick der Bezugsperson zu einer Entwicklung kommen könne, bei der die anfänglichen Probleme des Spracherwerbs und eine geistige Entwicklungsverzögerung später nur noch in sehr geringem Ausmaß erkennbar seien. In solchen Fällen könne von dem Grundsatz abgewichen werden, lebenslang einen GdB von 100 zu belassen. Im Übrigen bleibe zu beachten, dass in aller Regel bei angeborener oder bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder

an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ein wesentlicher geistiger Entwicklungsrückstand bestehen bleibe – auch wenn vielleicht eine relativ klare Sprache erlernt worden sei. Der Gutachter dürfe daher bei dieser Gruppe der Hörbehinderten eine Herabsetzung des anfangs auf 100 festgesetzten GdB nur nach sehr genauer Prüfung aller Umstände vorschlagen. Hilflosigkeit bleibe in jedem Fall entsprechend der Nr. 22 Abs. 4d) der „Anhaltspunkte“ bis zur Beendigung der Gehörlosenschule bestehen. Eine Änderung der in den „Anhaltspunkten“ bei der angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit genannten Beurteilungshinweise zum GdB und zu den gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche, die auf den Regelfall bezogen sind, wurde von den Beiratsmitgliedern nicht für erforderlich gehalten.

5.2 Hörverlust

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

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

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

5.2.2 Zur Ermittlung des prozentualen Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve. Der prozentuale Hörverlust ergibt sich durch Addition der vier Teilkomponenten

(4-Frequenztafel nach Röser 1973):

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

5.2.3 3-Frequenztafel nach Röser 1980 für die Beurteilung bei Hochtonverlusten vom Typ Lärmschwerhörigkeit:

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

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

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

5.3 Gleichgewichtsstörungen

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

ohne wesentliche Folgen

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

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

stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen)

keine nennenswerten Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen 0 - 10

mit leichten Folgen

leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen,

stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen

leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe 20

mit mittelgradigen Folgen

stärkere Unsicherheit, Schwindelerscheinungen mit Fallneigung bereits bei alltäglichen Belastungen,

heftiger Schwindel (mit vegetativen Erscheinungen, gelegentlich Übelkeit, Erbrechen) bei höheren und außergewöhnlichen Belastungen	
deutliche Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen bereits auf niedriger Belastungsstufe.....	30 - 40
mit schweren Folgen	
heftiger Schwindel, erhebliche Unsicherheit und Schwierigkeiten bereits beim Gehen und Stehen im Hellen und bei 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	



5.4 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

5.5 Verlust einer Ohrmuschel 20

6 Nase

6.1 Völliger Verlust der Nase..... 50

Teilverlust der Nase, Sattelnase

wenig störend..... 10

sonst..... 20 - 30

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

Verengung der Nasengänge

einseitig je nach Atembehinderung..... 0 - 10

doppelseitig mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung..... 10

doppelseitig mit starker Atembehinderung 20

Chronische Nebenhöhlenentzündung

leichteren Grades
(ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen)..... 0 - 10

schweren Grades
(ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreiz-
erscheinungen, Polypenbildung) 20 - 40



Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1990

3.3.1 Beurteilung des GdB bei chronischer Nasennebenhöhlenentzündung [76]

Von einem Versorgungsarzt war die Frage gestellt worden, ob für die GdB-Beurteilung bei chronischer Nasennebenhöhlenentzündung nicht die gleichen Maßstäbe wie bei einer chronischen Bronchitis gelten müssten. Die Beiratsmitglieder stellten hierzu fest, dass bei Beachtung des Klammerzusatzes in der Nummer 26.6. (Seite 58) der „Anhaltspunkte“ bei einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung die Auswirkungen ungünstiger seien als bei der in Nummer 26.8 (Seite 62) der „Anhaltspunkte“ genannten schweren Form einer chronischen Bronchitis ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion. Insofern sei die unterschiedliche GdB/MdE-Bewertung beider Behinderungen zutreffend.

6.3 Völliger Verlust des Riechvermögens mit der damit verbundenen Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung	15
Völliger Verlust des Geschmackssinns	10

7 Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege

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

7.1 Lippendefekt mit ständigem Speichelfluss 20 - 30

Äußere Speichelfistel, Frey-Syndrom

geringe Sekretion 10

sonst 20

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

7.2 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



7.3 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 Teils des Oberkiefers

ohne wesentliche kosmetische und funktionelle
Beeinträchtigung 0 - 10

mit entstellender Wirkung, wesentlicher Beeinträchtigung
der Nasen- und Nebenhöhlen (Borkenbildung, ständige
Sekretion) 20 - 40

7.4 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

7.5 Ausgedehnter Defekt des Gaumens mit gut sitzender
Defektprothese 30

Verlust des Gaumens ohne Korrekturmöglichkeit durch
geeignete Prothese (Störung der Nahrungsaufnahme) 50

7.6 Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten bei Kindern, bis zum Abschluss der Behandlung

Isolierte voll ausgebildete Lippenspalte (ein- oder beidseitig)

bis zum Abschluss der Behandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) je nach Trinkstörung, Beeinträchtigung der mimischen Muskulatur und Störung der Lautbildung 30 - 50

Lippen-Kieferspalte

bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) 60 - 70

bis zum Verschluss der Kieferspalte 50

Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) unter Mitberücksichtigung der regelhaft damit verbundenen Hörstörung (Tubenfehlbelüftung) und der Störung der Nasenatmung 100

bis zum Verschluss der Kieferspalte 50

Komplette Gaumen- und Segelspalte ohne Kieferspalte

wegen der bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation) bestehenden mit der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vergleichbaren Auswirkungen 100

Isolierte Segelspalte, submuköse Gaumenspalte bis zum Abschluss der Behandlung je nach Ausmaß der Artikulationsstörung 0 - 30



Ausgeprägte Hörstörungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1999

1.6 Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte [154]

Nach den Nm. 26.7 und 22 Absatz 4f der „Anhaltspunkte“ sind bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel 5. Lebensjahr) ein GdB/MdE-Grad von 100 und Hilflosigkeit (Merkzeichen „H“) anzunehmen. Verwaltungsseitig war in einem Bundesland im Gegensatz zum Ärztlichen Dienst daraus der Schluss gezogen worden, dass sowohl ein GdB/MdE-Grad von 100 als auch das Merkzeichen „H“ generell bis zum 5. Lebensjahr festzustellen seien, selbst wenn die Erstbehandlung früher abgeschlossen worden sei.

Die Anwesenden stellten klar, dass es nach dem Wortlaut und auch nach dem Sinn der Regelungen in den genannten Kapiteln der „Anhaltspunkte“ entscheidend auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Erstbehandlung ankommt und nicht auf ein bestimmtes – hier das fünfte – Lebensjahr. Der Klammerzusatz „in der Regel 5. Lebensjahr“ bedeutet nicht, dass die Voraussetzungen regelhaft bis zu diesem Zeitpunkt vorliegen; er ist nur als Hinweis für den Gutachter zu verstehen, bis zu welchem Zeitpunkt im allgemeinen die Erstbehandlung abgeschlossen und demzufolge eine wesentliche Änderung der Verhältnisse in jedem Fall eingetreten sein müsste. Inzwischen wird die Erstbehandlung von manchen Kliniken bereits wesentlich früher, z. T. schon im Alter von 18 Monaten, beendet. Diese besteht vor allem im Verschluss der Spalte im harten Gaumen. Mit dem Verschluss des harten Gaumens ist

aber in jedem Fall – unabhängig davon, in welchem Lebensjahr er durchgeführt wird – eine wesentliche Besserung verbunden, die eine Herabsetzung des GdB/MdE-Grades unter 100 rechtfertigt. Die Beiratsmitglieder sahen deshalb keine Veranlassung für eine Änderung der in Nm. 26.7 und 22 der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien. Im Hinblick auf eine weitere Besserung sollten nach Möglichkeit jährliche Nachprüfungen erfolgen.

7.7 Schluckstörungen

ohne wesentliche Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Beschwerden.....	0 - 10
mit erheblicher Behinderung der Nahrungsaufnahme je nach Auswirkung (Einschränkung der Kostform, verlängerte Essdauer)	20 - 40
mit häufiger Aspiration und erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	50 - 70

7.8 Verlust des Kehlkopfes

bei guter Ersatzstimme und ohne Begleiterscheinungen, unter Mitberücksichtigung der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (fehlende Bauchpresse)	70
in allen anderen 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 bzw. GdS 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; GdS während dieser Zeit

bei Geschwulstentfernung im Frühstadium (T1 N0 M0) 50 - 60

sonst 80

7.9 Tracheostoma

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

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

Einschränkungen der Atemfunktion sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Trachealstenose ohne Tracheostoma

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

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

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

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

7.11 Artikulationsstörungen

durch Lähmungen oder Veränderungen in Mundhöhle oder Rachen

mit verständlicher Sprache	10
mit schwer verständlicher Sprache	20 - 40
mit unverständlicher Sprache	50

Stottern

leicht	0 - 10
mittelgradig, situationsunabhängig	20
schwer, auffällige Mitbewegungen	30 - 40
mit unverständlicher Sprache	50

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

8 Brustkorb, tiefe Atemwege und Lungen

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2002

3.5 Begutachtung im Schwerbehindertenrecht: Referenzwerte der EGKS, weiterhin gültig? [202]

Nach Erlöschen der EGKS war unklar, ob die spirometrischen Referenzwerte der EGKS weiterhin Gültigkeit haben. Nach Aussage der Beiratsmitglieder sind diese Grenzwerte weiterhin gültig und allgemein im Gebrauch. Dies deckt sich mit entsprechenden Aussagen von Arbeitsmedizinern gegenüber dem Ministerium.

März 2001

1.2.3 Gutachtliche Beurteilung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel [183]

Ein Alpha-1-Antitrypsinmangel ist eine angeborene Stoffwechselstörung, die mit einem progressiven Lungenemphysem und einer Leberschädigung verbunden ist. Letztere kann bis zur Zirrhose fortschreiten. Es handelt sich dabei nicht um ein einheit-

liches Krankheitsbild. Bei bestimmten Formen kann bereits im Säuglings- und Kindesalter eine Leberzirrhose auftreten. Weitere klinische Manifestationen können an der Niere, am Blutgefäßsystem und an der Bauchspeicheldrüse auftreten.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass eine einheitliche GdB/MdE-Bewertung allein aufgrund der Diagnose Alpha-1-Antitrypsinmangel nicht möglich sei. Die Bewertung richte sich nach den Auswirkungen der tatsächlich vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen der betroffenen Organsysteme.

November 1996

5.2 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Lungenfunktionsstörungen [119]

Ein Beiratsmitglied berichtete über ein Sozialgerichtsverfahren, in dem die Auffassung vertreten worden sei, bei der GdB/MdE-Beurteilung einer Lungenfunktions Einschränkung könnten die Ergebnisse der Ergometrie nicht berücksichtigt werden. Das Gericht habe nur auf die Ergebnisse der Spirometrie abgestellt und das erstaunlich gut erhaltene Leistungsvermögen im Belastungs-EKG nicht genügend (GdB/MdE-mindernd) berücksichtigt.

Nach eingehender Diskussion stellten die Beiratsmitglieder fest, daß sorgfältig geklärt werden muss, worauf das auffällige unterschiedliche Leistungsvermögen in der Lungenfunktionsprüfung einerseits und im Belastungs-EKG andererseits zurückzuführen ist. Das Belastungs-EKG kann sehr wohl als objektive Methode auch für die Beurteilung von Lungenfunktionsstörungen herangezogen werden, weil es geeignet ist, die klinische Symptomatik, die vordergründig die Höhe der GdB/MdE-Werte bestimmt, zu objektivieren. Es kommt immer auf die Gesamtbewertung aller vorliegenden Befunde an; eine Beurteilung allein aufgrund einer Lungenfunktionsprüfung unter Außerachtlassung anderer relevanter Befunde darf es nicht geben.

In diesem Zusammenhang wurde auf eine Veröffentlichung von J. A. Rösler und H. J. Woitowitz (Arbeitsmed. Sozialmed. Um-

weltmed. 30, 269-274, 1995) aufmerksam gemacht, in der die Normwerte zur Beurteilung der Lungenfunktion der EGKS von 1971 und 1983 kritisch verglichen werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, daß die Anwendung der Nennwerte 1983 – im Gegensatz zu den Normwerten von 1971 – bei rund der Hälfte der Patienten mit einer rentenberechtigten Lungenfunktionseinschränkung aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit zu falsch negativen Beurteilungen führt. Die Autoren empfehlen deshalb, für gutachtliche Zwecke weiterhin die EGKS-Tabellen von 1971 zu verwenden.

Oktober 1985

2.1.2.1 Beurteilung der MdE bei Erkrankung der Atmungsorgane [13]

In den „Anhaltspunkten“ sind in der Nummer 26.8 zur Beurteilung der MdE bei dauernder Einschränkung der Lungenfunktion sowohl Hinweise auf die klinischen Auswirkungen dieser Einschränkung (Atemnot bei den verschiedenen Belastungen des Alltags) als auch bestimmte Messwerte der Lungenfunktionsprüfung angegeben. Es war die Frage gestellt worden, ob eine MdE-Beurteilung nur erfolgen könne, wenn Unterlagen zu beiden Kriterien vorlägen oder ob ein Kriterium genüge.

Die Beiratsmitglieder vertraten übereinstimmend die Auffassung, daß bei der Beurteilung der MdE bei dauernder Einschränkung der Lungenfunktion in jedem Fall zunächst von der klinischen Symptomatik ausgegangen werden müsse; deshalb seien diese in den Beurteilungshinweisen der „Anhaltspunkte“ auch in den Vordergrund gestellt worden. Die Ergebnisse einer Lungenfunktionsprüfung stellten in vielen – aber keinesfalls in allen – Fällen eine für die Beurteilung notwendige Ergänzung des klinischen Bildes dar; als einziges Beurteilungskriterium – also ohne Berücksichtigung des klinischen Befundes – kämen sie nicht in Betracht.

8.1 Brüche und Defekte der Knochen des Brustkorbs (Rippen, Brustbein, Schlüsselbein)

ohne Funktionsstörungen verheilt, je nach Ausdehnung des Defektes 0 - 10

Rippendefekte mit Brustfellschwarten

ohne wesentliche 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

8.2 Chronische Bronchitis, Bronchiektasen

als eigenständige Krankheiten – ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion,

leichte Form

(symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig

Husten, geringer Auswurf) 0 - 10

schwere Form

(fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf,

häufige akute Schübe) 20 - 30

Pneumokoniosen (z. B. Silikose, Asbestose)

ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion 0 - 10

8.3 Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion

geringen Grades

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

mittleren Grades

das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Partialinsuffizienz 50 - 70

schweren Grades

Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe; statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Globalinsuffizienz 80 - 100



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

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

GdS während dieser Zeit.....	wenigstens 80
bei Einschränkung der Lungenfunktion mittleren bis schweren Grades.....	90 - 100

8.5 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 zusätzlich zu berücksichtigen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1985

2.1.2.2 Beurteilung der MdE bei Erkrankungen der Atmungsorgane [14]

In einem versorgungsrätlichen Dienst war die Frage aufgeworfen worden, ob die in den „Anhaltspunkten“ angegebene MdE von 40-50 v. H. bei einem Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion mit Serien schwerster Anfälle ausreichend sei, wenn man berücksichtige, dass häufige Notarztbehandlungen bzw. Noteinweisungen erforderlich sein könnten. Die Anwesenden stellten klar, dass der genannte Anhaltswert eine Durchschnitts-MdE im Sinne der Nummer 18 Abs. 5 der „Anhaltspunkte“ darstelle und nur gelte, wenn zwischen den Asthmaanfällen keine Einschränkung der Lungenfunktion vorliege. Im Übrigen könne im Einzelfall von dem genannten MdE-Anhaltswert der „Anhaltspunkte“ unter besonderen Umständen und mit einer entsprechenden Begründung auch einmal abgewichen werden. Es sei aber auch zu beachten, daß es dann, wenn häufig Serien schwerster Anfälle aufträten, auch bald zu einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion komme, die dann einen höheren MdE-Grad rechtfertige. Unter diesen Umständen sahen die Beiratsmitglieder keine Veranlassung, an dem genannten MdE-Anhaltswert, wie er in den „Anhaltspunkten“ beim Bronchialasthma mit Serien schwerster Anfälle aufgeführt ist, etwas zu ändern.

8.6 Bronchialasthma bei Kindern

geringen Grades

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

mittleren Grades

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

schweren Grades

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

3. GdB-Beurteilung bei Asthma bronchiale bei Kindern [218]

Ein Gericht hat angefragt, bis zu welchem Alter die Beurteilungskriterien für Asthma bronchiale im Kindesalter gelten. Der Beirat stellte dazu fest, dass auch in diesem Fall die Legaldefinition der Kindheit gelte, die mit 14 Jahre ende. Der Gutachter hat im Einzelfall zu beachten, dass ein heranwachsender Mensch nicht immer in dieses Schema passt und auf Grund seiner Fachkompetenz zu entscheiden und zu begründen, ob im Einzelfall die GdB-Kriterien für Kinder oder für Erwachsene heranzuziehen sind. Eine Ergänzung der Anhaltspunkte wird hieraus nicht erforderlich.

April 1989

2.1.1 Beurteilung des GdB bei kindlichem Asthma [56]

Im Rahmen der Erarbeitung einer Arbeitshilfe für die Rehabilitation, von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dem BMA gegenüber die Auffassung vertreten, daß bei der GdB-Beurteilung asthmakrankter Kinder nach dem Schwerbehindertengesetz die Notwendigkeit einer Dauerbehandlung – insbesondere mit Glukokortikoiden – zusätzlich berücksichtigt werden müsse.

Der BMA hatte der BAR zuvor in einem Schreiben mitgeteilt, daß es bei allen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertengesetz entscheidend auf die tatsächlich bestehenden Auswirkungen der Funktionsstörungen ankomme. Wenn eine medikamentöse Dauerbehandlung zu einer Verbesserung der Atemfunktion und zu einer Verminderung der Anzahl der Asthmaanfälle geführt habe, so seien die gebesserten Verhältnisse der Beurteilung des GdB – entsprechend der Tabelle in den „Anhaltspunkten“ – zugrunde zu legen. Insofern sei bei der Beurteilung von dem durch die Behandlung ausgeglichenen Zustand auszugehen. Sei bisher noch keine Behandlung erfolgt, ergebe sich der GdB aus dem Ausmaß der unbehandelten Funktionsstörung, und es müsse dann von Amts wegen nachgeprüft werden, ob sich die Verhältnisse unter einer Behandlung gebessert haben.

Die Beiratsmitglieder bestätigten diese Ausführungen und fügten hinzu, daß auch bei anderen Behinderungen stets die Ausgleichbarkeit durch Behandlung der Beurteilung zugrunde gelegt werde; so werde z. B. bei Sehstörungen stets die korrigierte Sehschärfe und beim Diabetes mellitus die durch eine Insulinbehandlung gebesserte Situation bei der GdB-Beurteilung berücksichtigt. Im Hinblick auf die Besonderheiten bei Kindern empfahlen die Beiratsmitglieder aber in den Fällen, in denen eine Glukokortikoid-Therapie durchgeführt wird, den GdB selbst bei einem geringgradigen Asthmasyndrom im Hinblick auf die Gesamtauswirkungen nicht niedriger als mit 30 zu beurteilen.

8.7 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	50

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2012

1. Schlaf-Apnoe-Syndrom [256]

Nach VersMedV Teil B 8.7 bedingt ein Schlaf-Apnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung einen GdS von 20, bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung einen GdS von 50. Gefragt war nach Bewertungsmaßstäben für GdS-Zwischenwerte.

Seitens der Mitglieder wurde darauf hingewiesen, dass eine kontinuierliche nasale Überdruckbeatmung medizinisch indiziert sein muss, um einen GdS mit 20 erreichen zu können. Die Beurteilung eines Schlaflabors ist vor diesem Hintergrund unverzichtbar. Festgehalten wurde darüber hinaus, dass eine kontinuierliche nasale Überdruckbeatmung in der Regel aller Fälle zumutbar und durchführbar ist, so dass ein GdS mit 50 nur für begründete Ausnahmefälle in Betracht zu ziehen ist. Zwecks objektiver Nachvoll-

ziehbarkeit bedürfen dieselben der jeweiligen fachärztlichen Untersuchung. Dabei muss dem Gutachter bewusst sein, dass ein GdS mit 50 die Vergleichbarkeit mit den funktionellen Einschränkungen einer Narkolepsie voraussetzt.

Zusätzliche GdS-Graduierungen wurden mithin nicht für erforderlich gehalten. Grund hierfür ist, dass ein Schlaf-Apnoe-Syndrom ohne die Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung allenfalls einen GdS zwischen 0-10 erreichen kann, während ein GdS mit 20 das Bewertungsmaximum für Fälle mit einer notwendigen kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung bemisst. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Folgestörungen (z. B. Bluthochdruck) einer gesonderten GdS-Bewertung unterliegen. Ein GdS mit 50 ist hingegen jenen Ausnahmefällen vorbehalten, bei denen eine kontinuierliche nasale Überdruckbeatmung nachweislich nicht durchführbar ist, so dass subsumierte Folgestörungen und deren funktionelle Einbußen den Vergleich mit einer Narkolepsie rechtfertigen.

8.8 Tuberkulose

Tuberkulöse Pleuritis

Der GdS richtet sich nach den Folgeerscheinungen.

Lungentuberkulose

ansteckungsfähig (mehr als 6 Monate andauernd) 100

nicht ansteckungsfähig

ohne Einschränkung der Lungenfunktion 0

sonst je nach Einschränkung der Lungenfunktion.

8.9 Sarkoidose

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1988

2.1 Beurteilung des GdB bei Sarkoidose [51]

Die Deutsche ... hatte dem BMA gegenüber die Auffassung vertreten, daß die Beurteilungskriterien der Sarkoidose in der Nummer 26.8 auf Seite 66 der „Anhaltspunkte“ wissenschaftlich nicht haltbar und die GdB-Werte zu niedrig bemessen seien, weil nicht alle Auswirkungen der Krankheit berücksichtigt würden. Die Beurteilung der Sarkoidose dürfe sich nicht an der – für den Krankheitsverlauf nicht aussagefähigen – Stadieneinteilung nach WURM orientieren; neuere laborchemische Parameter müssten berücksichtigt werden. Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen sei die Sarkoidose eine Immunkrankheit, deshalb müsse sie aus dem Kapitel Lungenkrankheiten herausgenommen werden. Gleichzeitig dürfe für die Beurteilung des GdB/der MdE nicht die Lungenfunktion im Vordergrund stehen. Dr... berichtete über ein Gespräch mit der Deutschen Dabei hatten deren Vertreter ergänzend ausgeführt, daß chronisch Sarkoidosekranke – unabhängig von den röntgenologischen Befunden und der Lungenfunktion – häufig auch durch Allgemeinbeschwerden (z. B. wiederholte Fieberschübe mit Symptomen grippaler Infekte, Müdigkeit, Gelenk- und Muskelschmerzen) in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt seien.

Vom BMA war in dem Gespräch darauf hingewiesen worden, daß die Beurteilungskriterien für die Sarkoidose bei der letzten Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ in den Jahren 1982/1983 eingehend diskutiert und neu gefasst worden seien. Wenn heute neue wissenschaftliche Erkenntnisse darüber vorlägen, daß die Sarkoidose nicht primär eine Lungenkrankheit, sondern vielmehr eine systemische Allgemeinerkrankung sei, so würde dies selbstverständlich bei der Neufassung der „Anhaltspunkte“ berücksichtigt werden. Dies sei jedoch für die gutachtliche Beurteilung des GdB nach dem Schwerbehindertengesetz nicht entscheidend, denn hierfür komme es allein auf die Auswirkungen der durch die Krankheit hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen an. Für diese Beurteilung stelle aber die Einschränkung der Lungenfunktion nach wie vor ein wesentliches – in den meisten Fällen sogar vorrangiges – Kriterium dar.

Die Beiratsmitglieder stimmten dem zu und wiesen ergänzend auf folgendes hin: Bei der Beurteilung des GdB/der MdE nach Nummer 26.8 (Seite 66) der „Anhaltspunkte“ ist grundsätzlich von der klinischen Symptomatik auszugehen; röntgenologische Befunde können zusätzlich Hinweise geben. Die mit der Krankheit üblicherweise verbundenen Allgemeinerscheinungen sind – wie bei anderen Gesundheitsstörungen auch – in den GdB/MdE-Sätzen bereits berücksichtigt. Darüber hinausgehende Beschwerden und Symptome, die auf einer Manifestation der Sarkoidose an anderen Organen beruhen, sind zusätzlich zu berücksichtigen; dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, daß die Sarkoidose eine systemische Allgemeinerkrankung ist. Nach Auffassung der Beiratsmitglieder gewährleisten die in den „Anhaltspunkten“ genannten Kriterien eine sachgerechte Beurteilung; insoweit bestehe derzeit keine Notwendigkeit zu einer Änderung der geltenden Beurteilungsgrundsätze.

9 Herz und Kreislauf

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2014

6. Bewertung herzkranker/herzoperierter Säuglinge und Kinder [279]

Bei der Bewertung des GdB und der Vergabe der Merkzeichen ist die Teilhabebeeinträchtigung, die in den Befundberichten dokumentiert ist, zu berücksichtigen. Es wird auf die Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizinverordnung verwiesen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 2002

1.6 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frauen und Männern [195]

Von einem externen Gutachter war geäußert worden, dass bei der Beurteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten geschlechtsspezifische Unterschiede und insofern auch unterschiedliche Normwerte zu beachten seien. Die Anwesenden wiesen darauf hin, dass bei der GdB/MdE-Beurteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen sei. Ergometerdaten und andere Parameter stellten lediglich Hilfen dar, die das klinische Bild ergänzen. Bei Beachtung dieser Grundsätze bedürfe es keiner Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede.

März 2000

1.4.1 Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten unter Beachtung pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung [170]

Von einem Beiratsmitglied war, gestützt auf entsprechende Literatur aus dem Bereich Rehabilitation, die Auffassung vertreten worden, Herzkranke würden bei gleichem Leistungsvermögen nach den „Anhaltspunkten“ mit einem geringeren GdB/MdE-Grad bewertet als Behinderte mit Einschränkung der Lungenfunktion, wenn der Beurteilung die Messergebnisse der Ergometrie bei maximaler Belastung zugrunde gelegt würden. Es wurde daher empfohlen, für die gutachtliche Beurteilung die ergometrische Dauerbelastbarkeit heranzuziehen.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass eine gerätetechnische Messung des kardialen oder pulmonalen Leistungsvermögens allein für die GdB/MdE-Beurteilung ungeeignet sei. Vielmehr komme es für die Beurteilung des Leistungsvermögens auf die klinischen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen in ihrer Gesamtheit an, wobei die erhobenen Befunde miteinander kompatibel sein müssen. Auf die einleitenden Bemerkungen zu den Nummern 26.8 und 26.9 der „Anhaltspunkte“ sowie auf die Beiratsbeschlüsse vom Oktober 1985 (Top 2.1.2.1), November 1996 (TOP 5.2), März 1998 (TOP 1.1) und November 1998 (TOP 1.3) wurde hingewiesen.

April 1991

2.5 Leistungsbeeinträchtigung bei Herzschäden [92]

Nach Nr. 26.9, Seite 67, der „Anhaltspunkte“ werden für die Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Herzschäden u. a. die Meßdaten einer wenigstens drei Minuten dauernden Ergometerbelastung zugrunde gelegt. Da von Kardiologen zunehmend nur über zwei Minuten belastet wird, war angefragt worden, ob diese verkürzte Zeit für die Beurteilung ausreichend sei.

Die Beiratsmitglieder bejahten dies, wiesen aber ausdrücklich darauf hin, daß nach den entsprechenden Richtlinien in den „Anhaltspunkten“ stets das klinische Bild maßgebend sei und die Ergebnisse der Ergometerbelastung immer nur als zusätzliche Kriterien für die GdB/MdE-Bewertung zu berücksichtigen seien (vgl. auch Beirat vom 6.11.1984 – TOP 2.1.1).

9.1 Krankheiten des Herzens

9.1.1 Einschränkung der Herzleistung

1. keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung;

bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln, Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen 0 - 10

2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten);

bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht 20 - 40

3. 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);

bei Kindern und Säuglingen deutliche Trinkschwierigkeiten, deutliches Schwitzen, deutliche Tachy- und Dyspnoe, deutliche Zyanose, rezidivierende pulmonale Infekte, kardial bedingte Gedeihstörungen, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 0,75 Watt/kg Körpergewicht 50 - 70

mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen 80

4. 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.

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2014

2. GdS unter den Voraussetzungen einer erweiterten Indikation und moderner Implantationsmöglichkeiten des Linksherzunterstützungssystems [269]

[zurück](#)

Der GdS richtet sich nach der bestehenden Leistungsbeeinträchtigung des Herzens, ist aber nicht niedriger als 50 anzunehmen, da die Indikationsstellung in der Regel eine Herzleistungsbeeinträchtigung bei bereits alltäglicher leichter Belastung voraussetzt. Demzufolge ist das Merkzeichen G ebenfalls zu bejahen. Liegen darüber hinaus gehende Beeinträchtigungen vor, ist der GdS entsprechend der im Einzelfall gegebenen Besonderheiten zu erhöhen, die bezogen auf das individuelle Leistungsvermögen sehr unterschiedlich sein können.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2007

GdB bei Herzklappenersatz [228]

Moderne Operationsverfahren streben eine Aortenklappenrekonstruktion durch körpereigenes Gewebe an, so wird z. B. bei der „Ross-Operation“ die Aortenklappe durch die körpereigene Pulmonalklappe ersetzt. Diese Operationsverfahren führen zu einer annähernd physiologischen Funktion, eine orale Antikoagulation ist postoperativ nicht notwendig.

Der Beirat stellte dazu fest, dass aus seiner Sicht noch nicht genügend Erfahrungen über Langzeitergebnisse dieser Operationsverfahren vorlägen, um eine Änderung der Nummer 26 Punkt 9 der „Anhaltspunkte“ zu rechtfertigen.

März 2003

1.2 GdB/MdE-Beurteilung bei Herzklappenersatz mit und ohne Antikoagulantien-Therapie [203]

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, ob der GdB von wenigstens 30 nach Herzklappenersatz auch für Klappen aus biologischem Material – bei denen in der Regel keine Blutverdünnung durchgeführt wird – gelte.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass die allgemeine Leistungsbeeinträchtigung bei Herzklappenersatz –unabhängig vom Typ der Herzklappe – immer einen GdB von mindestens 30 rechtfertige, wobei eine eventuelle Blutverdünnung mit berücksichtigt ist. Bei besonderer Leistungseinbuße nach Herzklappenersatz kann auch ein höherer GdB als 30 im Einzelfall gerechtfertigt sein.

November 1998

1.10.4 Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Herzschäden nach Stentimplantation [132]

Zu beantworten war die Frage, mit welchem GdB/MdE-Grad die Implantation eines Stents bei stenosierender Koronararteriensklerose zu beurteilen sei.

Die Beiratsmitglieder vertraten hierzu die Auffassung, daß nach

einer Stentimplantation der GdB/MdE-Grad wie bei operativen oder anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig sei.

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2011

4. Beurteilung des Nachteilsausgleichs Kinder H bei Kindern und Jugendlichen mit Herztransplantation oder Lebertransplantation [247]

Immer wieder wird von pädiatrischen Gastroenterologen gefordert, bei Kindern nach Lebertransplantation immer bis zum 16. Lebensjahr den Nachteilsausgleich „Hilflosigkeit“ zuzuerkennen.

Nach der VersMedV Teil A 5 nn) ist bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten schweren Immundefekten Hilflosigkeit für die Dauer des Immundefektes feststellbar, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erfordert.

Unmittelbar nach einer Organtransplantation und in den ersten Monaten danach ist die Abstoßungsgefahr für ein transplantiertes Organ besonders hoch. Nach spätestens einem halben Jahr kann aber mit der Immunsuppression in der Regel auf eine Erhal-

tionstherapie zurückgegangen werden. Die dann noch bestehende Infektanfälligkeit kann zwar individuell stark differieren, es besteht aber keine generelle hochgradige Infektanfälligkeit mehr, die eine ständige Überwachung erforderlich machen würde. Dies wird u.a. dadurch belegt, dass in den späteren Phasen nach der Transplantation Empfehlungen seitens der behandelnden Kliniken bestehen, Kinder in der Regel ab der 8. bis 12. Woche nach Transplantation wieder in den Kindergarten oder die Schule einzuliefern.
Es ist in diesen Fällen immer eine Einzelfallbetrachtung erforderlich.

9.1.5 Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel

reaktionslos eingeheilt 0
mit Beeinträchtigung der Herzleistung siehe oben

9.1.6 Rhythmusstörungen

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

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

bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung
des Herzens 10 - 30

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

nach Implantation eines Herzschrittmachers 10

nach Implantation eines Kardioverter-Defibrillators wenigstens 50

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

9.2 Gefäßkrankheiten

9.2.1 Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen)

mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig	0 - 10
mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II	
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m.....	20
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100 bis 500 m.....	30 - 40
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50 bis 100 m.....	50 - 60
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz	70 - 80
Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich 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 der GdS ebenfalls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen – im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen – bestimmt.

- 9.2.2** nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen (z. B. Prothesenimplantation) mit vollständiger Kompensation Dauerbehandlung mit Antikoagulantien 20

Arteriovenöse Fisteln

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

Aneurysmen (je nach Sitz und Größe)

ohne lokale Funktionsstörung und ohne Einschränkung der Belastbarkeit 0 - 10

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

große Aneurysmen wenigstens 50

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 1999

1.4 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Arteriopathien nach Stentimplantation [153]

Von einem Versorgungsärztlichen Dienst war vorgeschlagen worden, die gutachtliche Beurteilung einer ektatischen Arteriopathie nach einer „minimalinvasiven“ Therapie durch Implantation von Stents analog der Stentbehandlung bei Koronararteriosklerose (vgl. TOP 1.10.4 der Beiratssitzung vom 25./26.11.1998) von der verbliebenen Leistungsbeeinträchtigung abhängig zu machen. Die

Beiratsmitglieder stimmten dem zu.

April 1985

2.1.7 Beurteilung der MdE nach gefäßchirurgischen Eingriffen wegen arterieller Durchblutungsstörungen [18]

Zur Frage stand, ob nach geglückten arteriell-gefäßchirurgischen Eingriffen (z. B. Y-Prothese, Bypassoperation) auch bei tastbaren Fußpulsen eine Mindest-MdE angesetzt werden solle.

Im Verlauf der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß an dem Grundsatz festgehalten werden müsse, die MdE nach den verbliebenen Funktionsstörungen zu beurteilen. Dabei sei aber zu berücksichtigen, daß es nur selten Fälle gebe, in denen keine Reststörungen mehr vorliegen, so daß häufig ein MdE-Grad von wenigstens 20 v. H. in Betracht komme. Zweifelsfälle sollten durch eine gutachtliche Untersuchung geklärt werden.

April 1984

2.3.7 MdE-Bewertung bei Herzwandaneurysma [7]

Zur Frage stand, wie die MdE-Bewertung bei einem Herzwandaneurysma zu erfolgen habe.

Es wurde hierzu ausgeführt, daß die Höhe der MdE bei kleineren Herzwandaneurysmen entscheidend abhängig von der verbliebenen Leistungsbreite sei. Bei größeren Aneurysmen sei die MdE im Hinblick auf die zusätzlich bestehende Gefährdung – in Analogie zu den auf Seite 69 der „Anhaltspunkte“ aufgeführten Beurteilungshinweisen bei Aneurysmen – nicht niedriger als mit 50 v. H. zu bewerten.

9.2.3 Unkomplizierte Krampfadern 0

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

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

mit erheblicher Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr)
rezidivierenden Entzündungen..... 20 - 30

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

Lymphödem

an einer Gliedmaße

ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis
einer Kompressionsbandage..... 0 - 10

mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm)
je nach Funktionseinschränkung 20 - 40

mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit
der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß 50 - 70

bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße 80

Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu be-
rücksichtigen.

9.3 Hypertonie (Bluthochdruck)

leichte Form

keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens
leichte Augenhintergrundveränderungen) 0 - 10

mittelschwere Form

mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades

(Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I-II – und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung	20 - 40
schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen 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 Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn).....	100
Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome (z. B. orthostatische Fehlregulation)	
mit leichten Beschwerden	0
mit stärkeren Beschwerden und Kollapsneigung.....	10 - 20

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 1998

1.2 Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung der Hypertonie [137]

Nach Nr. 26.9 der „Anhaltspunkte“ ist für die Annahme einer mittelschweren Form des Bluthochdrucks u. a. Voraussetzung, daß der diastolische Blutdruck trotz Behandlung mehrfach über 100 mm-

Hg liegt. Es war gefragt worden, was mit dem Wort „mehrfach“ gemeint sei.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß die genannten Voraussetzungen nur dann erfüllt seien, wenn sich bei mehrfachen Kontrollen ein unter Ruhebedingungen ständig erhöhter Blutdruck nachweisen lasse. Im übrigen sei die Höhe des Blutdruckes nicht das einzige, sondern nur ein ergänzendes Kriterium für die Feststellung einer mittelschweren Form des Bluthochdruckes.

10 Verdauungsorgane

10.1 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 zusätz-
lich zu bewerten.

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
Ernährungszustandes 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. GdS während dieser Zeit

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

Speiseröhrenersatz

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

November 2022

1. GdB-Bewertung einer künstlichen enteralen Ernährung über eine Sonde(PEG/PEJ) [311]

Bei dauerhafter Ernährung über PEG/PEJ (Sondenanlage durch die Bauchwand) ist die Teilhabebeeinträchtigung der künstlichen Harnableitung nach außen über Dauerkatheter (Teil B Punkt 12.2.4

VMG) oder dem künstlichen Darmausgang (Teil B Punkt 10.2.4 VMG) gleichzusetzen. Ein GdB von 50 ist begründet.

10.2 Magen- und Darmkrankheiten

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

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

- mit Rezidiven in Abständen von zwei bis drei Jahren 0 - 10
- mit häufigeren Rezidiven und Beeinträchtigung des
Ernährungs- und Kräftezustands 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 GdS nur in Betracht, wenn postoperative Darmstörungen oder noch Auswirkungen des Grundleidens vorliegen.

- Chronische Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung
der Magenschleimhaut) 0 - 10
- Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) 0 - 10
- Teilentfernung des Magens, Gastroenterostomie
mit guter Funktion, je nach Beschwerden 0 - 10

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 Heilungsbewahrung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewahrung von zwei Jahren nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms 50

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen
März 2000
1.1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Magenfrühkarzinom [160]
Zur Diskussion stand, ob ein Magenkarzinom im Stadium T1 NO MO, Grading G3, noch als Frühkarzinom zu beurteilen sei. Die Anwesenden wiesen darauf hin, dass das Frühkarzinom des Magens vor allem durch die Infiltrationstiefe definiert werde. Bei tieferer Infiltration sei die Situation ungünstiger. Es sei deshalb jeweils im Einzelfall – ggf. unter zusätzlicher Berücksichtigung des Grading – zu beurteilen, ob der Tumor noch als Frühkarzinom anzu-

sehen oder bereits den „anderen malignen Magentumoren“ zuzuordnen sei.

November 1999

1.2.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei chronischen Magengeschwürsleiden? [151]

Von einem Gerichtsgutachter, der ein chronisches Magengeschwürsleiden mit häufigen Rezidivulcera zu beurteilen hatte, war die Auffassung vertreten worden, auch bei diesem Leiden sei der Grad der Behinderung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung zu beurteilen.

Von den Anwesenden wurde hierzu klargestellt, dass ein Magengeschwürsleiden nicht zu den Gesundheitsstörungen gehört, für die nach Nr. 18 Abs. 7 der „Anhaltspunkte“ eine Heilungsbewährung in Betracht kommt. Aufgrund der neuesten Erkenntnisse über Ätiologie, Pathogenese und Therapie von Magengeschwüren ist davon auszugehen, dass diese bei sachgerechter Behandlung folgenlos ausheilen (vgl. auch Nr. 106 der „Anhaltspunkte“) und danach in der Regel nicht mehr mit dem Auftreten von Rezidiven zu rechnen ist. Wenn im Einzelfall dennoch wiederholt Magengeschwüre auftreten – also ein chronisch-rezidivierendes Leiden vorliegt –, so richtet sich die Beurteilung nach den in Nr. 26.10 auf Seite 95 der „Anhaltspunkte“ genannten GdB-Durchschnittswerten (vgl. Nr. 18 Abs. 5 der „Anhaltspunkte“). Für eine Beurteilung unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bleibt somit kein Raum.

10

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

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

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

mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes 40 - 50

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

ohne wesentliche Gedeih- und 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

Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)

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

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

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

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

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

Zöliakie, Sprue

ohne wesentliche Folgeerscheinungen unter diätetischer Therapie 20

bei andauerndem, ungenügendem Ansprechen auf glutenfreie Kost (selten) sind – je nach Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands – höhere Werte angemessen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr
Oktober 2014
5. Beurteilungskriterien der entzündlichen Darmerkrankungen [278] Bei der Bewertung der entzündlichen Darmerkrankungen ist das Gesamtbild der Symptome und Therapien zu berücksichtigen. Die subjektiv angegebenen und objektiv erfassten Faktoren müssen in sich stimmig sein.

Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinoiden 50

mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt) 70 - 80

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren wenigstens 80

mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt) 100

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (*ErsteÄndVOVers-MedV*), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 10.2.2 wie folgt gefasst:

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden.....50

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2011

5. Neubewertung der neuroendothelialen Tumoren [242]

Die Bewertung der hochdifferenzierten neuroendokrinen Tumoren G1 (Karzinoide) richtet sich auch bei anderen Lokalisationen nach den verbindlichen Vorgaben in der VersMedV Punkt 10.2.2.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 2002

1.9 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa [196]

Auf eine entsprechende Frage wurde von den Anwesenden die Auffassung vertreten, dass eine Pouchbildung nach Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters günstiger zu beurteilen sei, als ein künstlicher After mit guter Versorgungsmöglichkeit. Ein GdB/MdE-Wert von 30 in Analogie zur Darmneoblase wurde in diesen Fällen für sachgerecht angesehen.

10.2.3 Bauchfellverwachsungen

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

10

10.2.4 Hämorrhoiden

ohne erhebliche Beschwerden, geringe Blutungsneigung 0 - 10

mit häufigen rezidivierenden Entzündungen,
Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen 20

Mastdarmvorfall

klein, reponierbar 0 - 10

sonst 20 - 40

Afterschließmuskelschwäche

mit seltenem, nur unter besonderen Belastungen
auftretendem, unwillkürlichem 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.

10.3 Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

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

10.3.1 Chronische Hepatitis

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

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

Chronische Hepatitis

ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität 20
 ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression

mit geringer (klinisch-) entzündlicher 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-Hepati-
 tiden folgende Besonderheiten:

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

Nekro-inflamma- torische 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.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2002

2.1 Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: Modifizierter histologischer Aktivitätsindex (HAI) [197]

Das Ministerium unterrichtet die Beiratsmitglieder über ein Gespräch zwischen der Parlamentarischen Staatssekretärin ... und Herrn Rechtsanwalt ..., der weiterhin ungleiche Begutachtungs- und Anerkennungspraxis der Hepatitis C beklagte. Die Beiratsmitglieder sahen als mögliche Ursache solcher Fehlbegutachtungen Fehlinterpretationen der histologischen Befunde, da pathologische Nomenklatur und HAI-Score mit den entsprechenden Angaben der „Anhaltspunkte“ nicht deckungsgleich sind. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten die Versorgungsärzte der Beurteilung die numerische Angabe des HAI zugrunde legen.

2.2 Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: GdB/MdE-Bewertung unter dem Gesichtspunkt der „Heilungsbewährung“? [198]

In einer Eingabe an das Ministerium wurde nach der „Heilungsbewährung“ eine Hepatitis C nach Interferon-Therapie gefragt. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass die Empfehlung, eine Nachuntersuchung nach Interferon-Therapie bei Hepatitis C erst nach einem Jahr durchzuführen, nicht eine „Heilungsbewährung“ unterstellt. Eine „Heilungsbewährung“ sei weiterhin bei Hepatitis C nicht gerechtfertigt.

April 2002

3.2 Hormonersatztherapie und Hepatitis C [201]

Von einem Versorgungsärztlichen Dienst war vorgetragen worden, dass von Frauen mit einer chronischen Hepatitis C klimakterische Beschwerden als mittelbare Schädigungsfolgen mit der Begründung geltend gemacht werden, dass wegen der chronischen Hepatitis eine Hormonersatztherapie kontraindiziert sei. Daraus ergab sich die Frage, ob eine Hormonersatztherapie leberschädigend sei. Gynäkologischerseits wurde von Herrn Dr. ... ausgeführt, dass eine Hormonersatztherapie ohne das Risiko einer Leberschädigung durchgeführt werden könne, wenn Applikationsformen gewählt werden (z. B. Pflaster, Gel), die die Leber nicht belasten. Dies werde auch durch die Erfahrungen bei der Behandlung leberkranker Patientinnen nach Entfernung der Eierstöcke bestätigt. Die Hormonsubstitution betroffener Frauen soll nur durch entsprechend erfahrene Ärzte erfolgen.

Aufgrund dieser Ausführungen vertraten die Anwesenden die Auffassung, dass kein sachliches Argument gegen eine Hormonsubstitution bei Frauen mit chronischer Hepatitis spreche.

März 2000

1.5 Gutachtliche Beurteilung bei chronischer Hepatitis [173]

Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe „Anti-D-AG“ hat das BMA um Prüfung gebeten, ob gesteigerte ALAT-Werte zu einer höheren Einstufung bei der MdE-Beurteilung der Hepatitis C führen müssten. Die Beiratsmitglieder verwiesen hierzu zunächst auf die Beiratsbeschlüsse vom November 1996 (TOP 2.1) und November 1998 (TOP 1.4), wonach die ALAT-Werte nur hilfswise zur MdE-Beurteilung der Hepatitis C verwendet werden dürfen, wenn andere Befunde, insbesondere histologische, nicht beschafft werden können.

Die jetzt gestellte Frage, ob gesteigerte ALAT-Werte allein – in

Abweichung von den genannten Beiratsbeschlüssen – zu einer höheren GdB/MdE-Beurteilung führen müssten, wurde von den Beiratsmitgliedern übereinstimmend verneint.

Selbst wenn der ALAT-Wert weit über 3 μ /ls liegt, rechtfertige dieser Wert allein ohne andere Funktionsstörungen keinen GdB/MdE-Grad über 50. Wenn das Leiden aber bereits so ausgeprägt ist, dass die Annahme eines GdB/MdE-Grades über 50 in Betracht zu ziehen ist, sind die ALAT-Werte für diese Beurteilung nicht mehr ausschlaggebend.

Die Feststellung, dass ALAT-Werte allein keine GdB/MdE-Erhöhung begründen können, wurde anhand einer eindrucksvollen Kasuistik belegt:

Bei einer Frau war eine Hepatitis C nach Anti-D-Immumprophylaxe in der DDR auf Grund von ALAT-Werten mit einer MdE von 40 vH nach dem BSeuchG anerkannt worden. Die Frau war an Herzversagen verstorben. Bei der Obduktion fand sich eine chronische Stauungsleber, aber keine Hepatitis. Wäre zu Lebzeiten eine Leberhistologie (durch Biopsie) durchgeführt worden, hätte belegt werden können, dass die allein aufgrund der ALAT-Werte vorgenommene MdE-Beurteilung sachlich unzutreffend war.

Diese Mitteilung bestätigt auch die Bedenken gegen die alleinige Bewertung nach ALAT-Werten im Beiratsbeschluss vom 8.11.1998.

In diesem Zusammenhang war das BMA darauf aufmerksam gemacht worden, dass sich durch das Umrechnen von Normalwerten pathologische ALAT-Werte ergeben könnten. Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass derartige Umrechnungen in den meisten Fällen nicht zu sachgerechten Ergebnissen führen und daher zweifelhaft sind. Die in den Beiratsprotokollen genannten ALAT-Werte entsprechen dem SI-System (μ /ls bei 37° C). Bei anderen Labormethoden sind die vom Beirat genannten Grenzwerte anhand der Referenzwerte zu ermitteln.

April 1999

1.8 Gutachtliche Beurteilung bei Hepatitis C (HCV) – u. a. Frage der Nachuntersuchung [155]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurden zur Begutachtung der Hepatitis C mehrere Einzelfälle zur Diskussion gestellt. Die Beiratsmitglieder äußerten hierzu ganz allgemein, dass die Transaminasen zur Beurteilung der Aktivität einer nachgewiesenen Hepatitis C mehrfach – in der Regel dreimal im Jahr – bestimmt werden müssten. Der Virusnachweis mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) gelte heute als so empfindlich, dass bei mehreren negativen Ergebnissen von einer Viruselimination ausgegangen werden könne. Der Verlauf einer Hepatitis C sollte immer auf Grund mehrerer Parameter beurteilt werden. Zur Wertigkeit dieser Parameter verwiesen die Anwesenden auf die Niederschrift zu TOP 2.1 der Beiratssitzung vom 18./19.11.1996. Nach einer Interferonbehandlung sollte eine Nachuntersuchung frühestens nach einem Jahr erfolgen.

November 1997

2.6 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Virushepatitis C (vgl. TOP 2.1 vom 18./19.11.1996) [127]

Zur Diskussion stand die Frage nach der Beurteilung einer chronischen Virushepatitis C ohne Progression mit histologisch nachgewiesener Fibrose Grad 2.

Hierzu stellten die Beiratsmitglieder fest, dass in diesem Einzelfall eine Fibrose ohne zusätzliche Funktionsbeeinträchtigung keine höhere GdB/MdE-Bewertung rechtfertige, als sie für eine chronische Hepatitis ohne Progression in Nummer 26.10 der „Anhaltspunkte“ vorgesehen sei.

Ergänzend wurde von seiten des BMA darauf hingewiesen, dass nach Aussagen von Herrn Prof. Dr. . . . , der in der Niederschrift des Beirats zu TOP 2.1 vom 18./19.11.1996 für einen GdB-/MdE-Wert von 30 vorgesehene ALAT-Wert von „0,5 bis 1,0 $\mu\text{mol/sl}$ geändert werden muss. Der relevante ALAT-Wert beträgt „0,5 bis 1,5 $\mu\text{mol/sl}$ “ (vgl. auch MedSach Heft. 1/1998, 16).

November 1996

2.1 Begutachtung bei Hepatitis C [117]

Zu diesem Tagesordnungspunkt waren die Herren Professoren ... aus ... und ... aus ... als Sachverständige eingeladen worden.

Von einem Beiratsmitglied aus einem neuen Bundesland wurde einleitend die Problematik bei der Begutachtung von Frauen, die in der DDR im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe mit verunreinigten Chargen von humanem Immunglobulin eine Hepatitis C erworben hatten, dargestellt. Im Vordergrund standen dabei insbesondere Fragen, wie der Gutachter zu einem klaren Urteil kommen könne, wenn keine Ergebnisse einer Biopsie vorliegen, und aufgrund welcher Kriterien eine chronische Hepatitis C mit Progression von einer ohne Progression (GdB/MdE-Grad 20 bzw. 30) unterschieden werden kann.

Auf entsprechende Fragen der Beiratsmitglieder äußerten sich die Sachverständigen wie folgt:

Die Diagnose der Hepatitis C kann erst seit 6 – 7 Jahren gestellt werden. Im Vergleich zur Hepatitis B verläuft die Hepatitis C häufiger chronisch; die Hepatitis B ist aggressiver. Die Chronizität bei Hepatitis C beeinträchtigt die Betroffenen über Jahre hinweg nicht oder nur außerordentlich gering. Die in der DDR mit verunreinigtem Anti-D-Immunglobulin behandelten Frauen wurden mit dem Hepatitis-C-Virus-Typ 1b infiziert. Dieser Typ ist mit 80% der in Europa häufigste Hepatitis-C-Virustyp. Nach dem derzeitigen Wissensstand werden bei diesem Typ 50 bis 80% der Krankheitsverläufe chronisch. Bei den durch Anti-D-Immunglobuline mit Hepatitis-C-Virus infizierten Frauen, die in Dresden betreut werden, sind nach einem über 15-jährigen Verlauf bisher allein aufgrund der Hepatitis-C weder Leberzirrhosen noch Leberzellkarzinome aufgetreten. Vier der betroffenen Frauen haben zwar eine Zirrhose entwickelt, bei diesen liegen jedoch zusätzlich erhebliche nutritiv-toxische Belastungen (Alkoholmissbrauch) vor. Es ist bekannt, dass die Hepatitis-C einen alkohol-toxischen Leberschaden fördert. Im häuslichen Bereich ist es bei den betrof-

fenen Frauen bisher zu keiner Übertragung des Hepatitis-C-Virus auf Ehemänner, Partner oder Kinder – auch nicht perinatal oder durch Stillen – gekommen. Nach der Literatur liegt dieses Risiko bei maximal 5%.

Als Komplikationen einer chronischen Hepatitis-C sind Kryoglobulinämie, Nephritis, Lichen planus ruber und Gelenkentzündungen wahrscheinlich häufiger als bei Hepatitis-B. Eine von betroffenen Frauen vorgebrachte chronische Bronchitis ist dagegen keine Folge der Hepatitis-C-Virus-Infektion.

Die Klassifikation der Hepatitis-C in eine chronisch-persistierende bzw. chronisch-aktive (aggressive) Hepatitis ist nur als idealtypisch zu betrachten, da in der Leber verschiedene Formen zugleich vorkommen können. Die Beurteilung der Progression einer Leberentzündung kann im Einzelfall außerordentlich problematisch sein, weil z. B. das Ausmaß der entzündlichen Aktivität über viele Jahre gleichbleiben kann. Von Bedeutung ist nicht allein der Nachweis von HCV-Antikörpern, sondern auch der Virusreplikation. Nur beim Vorliegen einer Virusreplikation ist die Hepatitis-C klinisch und auch gutachtlich relevant. Die entzündliche Aktivität ist in der Regel aus der Höhe der Transaminasen, z. B. der Alaninaminotransferase (ALAT) abzuleiten. Allerdings kann die Hepatitis-C zur Fibrose geführt haben, ohne dass die Transaminasen erhöht sind. Eine Korrelation zwischen den Transaminasen und der durch Punktion gewonnenen Leberhistologie besteht insofern nicht. Eine Differenzierung zwischen einer HCV-Infektion mit Virusreplikation ohne entzündliche Aktivität und einer HCV-Infektion mit Virusreplikation und mit entzündlichen Veränderungen bei Fehlen eindeutig erhöhter Entzündungsparameter ist prinzipiell nur durch eine (wegen der therapeutischen Konsequenzen klinisch indizierte) Leberpunktion möglich; eine Punktion aus gutachtlichen Gesichtspunkten ist nicht durchsetzbar. Eine Entscheidungshilfe kann beim Fehlen einer Leberbiopsie die Oberbauchsonographie geben, aber nur dann, wenn diese von einem diesbezüglich erfahrenen Kliniker durchgeführt wird. Auch für die Differenzierung der verschiedenen Schweregrade der Entzündung ist an sich eine Leberbiopsie notwendig. Nur wenn diese nicht möglich ist, ist der Kliniker bei der Beurteilung der entzündlichen Aktivität auf die Be-

stimmung der Transaminasen angewiesen. In der Regel sprechen höhere Transaminasenwerte für eine stärkere Aktivität der chronischen Hepatitis. So rechtfertigen mehrfach nachgewiesene erhöhte Transaminasenwerte von ALAT 0,5 - 1 $\mu\text{mol/sl}$ einen GdB/MdE-Grad von 30, von ALAT 1 - 3 $\mu\text{mol/sl}$ einen GdB/MdE-Grad von 40 und von ALAT über 3 $\mu\text{mol/sl}$ einen GdB/MdE-Grad von 50. Nach Anhörung der Sachverständigen fassten die Beiratsmitglieder die Konsequenzen für die Begutachtung wie folgt zusammen: Der Nachweis von HCV-Antikörpern allein ohne Virusreplikation rechtfertigt nicht die Annahme eines GdB/MdE-Grades.

In den Fällen, in denen ein Virusnachweis mit Replikation vorliegt, aber keine Entzündung nachgewiesen ist (weder durch Laborwerte noch durch Leberbiopsie) wird die chronische Hepatitis als chronische Hepatitis ohne Progression (früher chronisch-persistierende Hepatitis) bezeichnet. In diesem Fall ist von einem GdB/MdE-Grad von 20 auszugehen.

Wenn entzündliche Aktivitäten innerhalb der Leber nachgewiesen sind, wird die chronische Hepatitis als chronische Hepatitis mit Progression (früher chronisch-aktive Hepatitis) bezeichnet. Hierbei ist ein GdB/MdE-Grad von wenigstens 30 zugrunde zu legen. Wenn nach allen beigezogenen und erhobenen Befunden nicht als nachgewiesen angesehen werden kann, dass entzündliche Aktivitäten bestehen, d. h. dass eine chronische Hepatitis mit Progression vorliegt, kann nur ein GdB/MdE-Grad von 20 angenommen werden.

Beim Vorliegen einer chronischen Hepatitis mit Virusreplikation und entzündlicher Aktivität ist der Gutachter beim Fehlen einer Leberpunktion auf die Bestimmung der Transaminasen und weitere Befunde angewiesen. Höhere Transaminasenwerte können als Ausdruck einer größeren Aktivität der chronischen Entzündung angesehen werden. Das Ausmaß der entzündlichen Aktivität kann über viele Jahre gleichbleiben; zu einer kumulativen Leberschädigung kommt es nicht. Ein Übergang der chronischen Hepatitis-C in eine Fibrose und Zirrhose ist bisher bei den im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe infizierten Frauen – im Gegensatz zu sonstigen Erfahrungen – sehr selten, es sei denn, dass zusätzliche lebertoxische Faktoren einwirken. Die Infektionsgefahr ist außerordentlich

gering, selbst im engsten Familienkreis.

10.3.2 Fibrose der Leber ohne Komplikationen 0 - 10

Leberzirrhose

 kompensiert

 inaktiv 30

 gering aktiv 40

 stärker aktiv 50

 dekompensiert (Aszites, portale Stauung,

 hepatische Enzephalopathie) 60 - 100

10.3.3 Fettleber (auch nutritiv-toxisch) ohne Mesenchymreaktion

..... 0 - 10

Toxischer Leberschaden

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

Zirkulatorische Störungen der Leber (z. B. Pfortaderthrombose)

 Der GdS ist analog zur dekompensierten Leberzirrhose
 zu beurteilen.

Nach Leberteilresektion ist der GdS allein davon abhängig, ob und wie-
weit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind.

10.3.4 Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in
den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten;

 GdS während dieser Zeit 100

Nach Lebertransplantation ist eine Heilungsbewährung
abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre);

GdS während dieser Zeit 100

Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen

Immunsuppression wenigstens 60

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2011

Punkt 4: Beurteilung des Nachteilsausgleichs Kinder H bei Kindern und Jugendlichen mit Herztransplantation oder Lebertransplantation [247]

Immer wieder wird von pädiatrischen Gastroenterologen gefordert, bei Kindern nach Lebertransplantation immer bis zum 16. Lebensjahr den Nachteilsausgleich „Hilfflosigkeit“ zuzuerkennen.

Nach der VersMedV Teil A 5 nm) ist bei angeborenen, erworbenen oder therapieinduzierten schweren Immundefekten Hilfflosigkeit für die Dauer des Immunmangels feststellbar, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erfordert.

Unmittelbar nach einer Organtransplantation und in den ersten Monaten danach ist die Abstoßungsgefahr für ein transplantiertes Organ besonders hoch. Nach spätestens einem halben Jahr kann aber mit der Immunsuppression in der Regel auf eine Erhaltungstherapie zurückgegangen werden. Die dann noch bestehende Infektanfälligkeit kann zwar individuell stark differieren, es besteht aber keine generelle hochgradige Infektanfälligkeit mehr, die eine ständige Überwachung erforderlich machen würde. Dies wird u. a. dadurch belegt, dass in den späteren Phasen nach der Transplantation Empfehlungen seitens der behandelnden Kliniken bestehen, Kinder in der Regel ab der 8. bis 12. Woche nach Transplantation wieder in den Kindergarten oder die Schule einzugliedern.

Es ist in diesen Fällen immer eine Einzelfallbetrachtung erforderlich.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2000

1.1.4 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei hepatozellulärem Karzinom [163]

Hepatozelluläre Karzinome können mit kurativer Zielsetzung durch lokale Alkoholinstitution behandelt werden. Es wurde über einen Fall berichtet, in dem bei einem hepatozellulären Karzinom nach einer solchen Behandlung nach 5 Jahren keine Rezidive aufgetreten waren, und die Frage gestellt, wie bei der GdB/MdE-Beurteilung nach Ablauf der Heilungsbewährung zu verfahren sei, wenn ohne eingreifende Untersuchungen der Nachweis der Tumorfreiheit nicht erbracht werden könne.

In der Diskussion wurde klargestellt, dass der aufgrund der Aussage des Klinikers, der durch lokale Alkoholinstitutionen behandelte maligne Lebertumor sei beseitigt, unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung gebildete GdB/MdE-Grad auch ohne Nachweis einer zwischenzeitlichen weiteren Besserung herabgesetzt werden könne, wenn die Ungewissheit darüber, welchen Weg das Krankheitsgeschehen einschlagen wird, nach einem rückfallfreien Verlauf einer „Bewährungszeit“ von 5 Jahren weggefallen sei. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des BSG (vgl. S. A 160 des Kommentars zu den „Anhaltspunkten“ von Rauschelbach/Pohlmann). Eines Nachweises, dass wirklich keine Tumorteile mehr vorhanden sind, bedarf es nicht.

10.3.5 Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis

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

Gallenblasen- und Gallenwegskrankheiten
(Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen)

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

mit häufigeren Koliken und Entzündungen sowie mit
Intervallbeschwerden 20 - 30

mit langanhaltenden Entzündungen oder mit
Komplikationen 40 - 50

Angeborene intra- und extrahepatische Transportstörungen
der Galle (z. B. intra-, extrahepatische Gallengangsatresie),
metabolische 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 Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit

bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor 100
bei Papillentumor 80

10.3.6 Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen

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

geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige
Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes 20 - 40

starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte
Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes 50 - 80

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1999

1.9 Gutachtliche Beurteilung nach Pankreastransplantation [156]

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft hatte Empfehlungen zur Beurteilung nach Nieren-/Pankreastransplantation erarbeitet, nach denen in den ersten beiden Jahren nach der Transplantation die GdB/MdE-Werte unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung mit 100 und danach in Abhängigkeit von den verbliebenen Funktionsstörungen, wegen der weiteren Immunsuppression jedoch nicht unter 60, zu bewerten seien. Nach Auffassung der Beiratsmitglieder bestehen gegen diese Empfehlungen keine Bedenken, wenn mit Nieren-/Pankreas-Transplantation die heute bei Diabetikern meist durchgeführte Nieren- und Pankreastransplantation gemeint ist.

11 Brüche (Hernien)

11.1 Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit

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

11.2 Nabelbruch oder Bruch in der weißen Linie

Bauchnarbenbruch, angeborene Bauchwandbrüche und -defekte	
ohne wesentliche Beeinträchtigung, je nach Größe	0 - 10
mit ausgedehnter Bauchwandschwäche und fehlender oder stark eingeschränkter Bauchpresse	20
mit Beeinträchtigung der Bauchorgane bei Passagestörungen ohne erhebliche Komplikationen	20 - 30
bei häufigen rezidivierenden Ileuserscheinungen	40 - 50

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

11.3 Zwerchfellbrüche (einschl. Zwerchfellrelaxation)

Speiseröhrengleithernie	0 - 10
-------------------------------	--------

11 Brüche (Hernien)

andere kleine Zwerchfellbrüche ohne wesentliche Funktionsstörung..... 0 - 10

größere Zwerchfellbrüche je nach Funktionsstörung 20 - 30

Komplikationen sind zusätzlich zu bewerten.

Angeborene Zwerchfelldefekte 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

12 Harnorgane

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

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

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

12.1 Nierenschäden

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1990

3.3.2 Beurteilung des GdB bei angeborenem Fehlen einer Niere [77]

Die Frage, ob bei der GdB/MdE-Bewertung das angeborene Fehlen einer Niere ebenso zu beurteilen sei wie der – spätere – Verlust einer Niere, wurde von den Beiratsmitgliedern bejaht, da die Auswirkungen in allen Lebensbereichen in beiden Fällen gleich seien.

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

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

mit krankhaftem Harnbefund	30
Nierenfehlbildung (z.B. Erweiterung des Nierenhohl- systems bei Ureterabgangsstenose, Nierenhypoplasie, Zystennieren, Nierenzysten, Beckenniere), Nephroptose	
ohne wesentliche Beschwerden und ohne Funktions- einschränkung	0 - 10
mit wesentlichen Beschwerden und ohne Funktions- einschränkung	20 - 30
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
12.1.2 Nierenschäden ohne Einschränkung der Nierenfunktion, mit Beschwerden rezidivierende Makrohämaturie, je nach Häufigkeit	10 - 30
Nephrotisches Syndrom	
kompensiert (keine Ödeme)	20 - 30
dekompensiert (mit Ödemen)	40 - 50
bei Systemerkrankungen mit Notwendigkeit einer immunsuppressiven Behandlung	50

12.1.3 Nierenschäden mit Einschränkung der Nierenfunktion

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

Nierenfunktionseinschränkung

leichten Grades

(Serumkreatininwerte unter 2 mg/dl [Kreatinin-clearance ca. 35-50 ml/min], Allgemeinbefinden nicht oder nicht wesentlich reduziert, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit) 20 - 30

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

mittleren Grades

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

schweren Grades

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

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

leichten Grades.....	40 - 50
mittleren 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.

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

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

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom) im Stadium T1 N0 M0 (Grading G1).....	50
nach Entfernung eines Nierenbeckentumors im Stadium Ta N0 M0 (Grading G1).....	50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom)

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

in höheren Stadien wenigstens 80

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors

im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 60

in höheren Stadien wenigstens 80

nach Entfernung eines Nephroblastoms

im Stadium I und II 60

In höheren Stadien wenigstens 80

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (*ErsteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 12.1.4 wie folgt gefasst:

12.1.4 GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom)

mit Entfernung der Niere

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

in höheren Stadien wenigstens 80

nach Entfernung eines Nierenbeckentumors einschließlich Niere und Harnleiter

<i>im Stadium (T1-T2) N0 M0.....</i>	<i>60</i>
<i>in höheren Stadien.....</i>	<i>wenigstens 80</i>

12.2 Schäden der Harnwege

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen
April 1989
2.1.6 Beurteilung des GdB bei Teilresektion der Harnblase [63] Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde die Frage gestellt, wie der GdB bei einer Teilresektion der Harnblase zu beurteilen sei. Die Beiratsmitglieder vertraten die Auffassung, daß nach einer Teilresektion der Harnblase, durch die das Blasenfassungsvermögen verringert werde, eine Analogbewertung mit einer Schrumpfbhase entsprechend der Nummer 26.12 auf Seite 84 der „Anhaltspunkte“ erfolgen sollte. Da es nach der Operation in der Regel infolge der guten Regenerationsfähigkeit der Blasenwandschichten wieder zu einer Besserung bzw. Normalisierung der Blasenkapazität komme, sollte eine Nachuntersuchung nach ein bis zwei Jahren vorgenommen werden. Allerdings sollte in diesen Fällen die Behinderung im Bescheid nicht als „Schrumpfbhase“, sondern besser als „Verminderung des Blasenfassungsvermögens“ bezeichnet werden.

12.2.1 Chronische Harnwegsentzündungen (insbesondere chronische Harnblasenentzündung)

leichten Grades (ohne wesentliche Miktionsstörungen) 0 - 10

- stärkeren Grades
(mit erheblichen und häufigen Miktionsstörungen)..... 20 - 40
- chronische Harnblasenentzündung mit Schrumpfblase
(Fassungsvermögen unter 100 ml, Blasenstenosen) 50 - 70

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2011

7. Interstitielle Zystitis und gutachterliche Bewertung [249]

Die Entwicklung der interstitiellen Zystitis kann insbesondere bei deutlicher Schrumpfblasenbildung zu schweren funktionellen Auswirkungen u. a. mit starken dauerhaften Schmerzen und somit einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung führen. In einigen Fällen erfolgt deshalb als Ultima ratio die Blasenentfernung. Insbesondere bei erheblichen Schrumpfblasenbildungen können GdB-Bewertungen von 50 bis 70 in Frage kommen.

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

Entleerungsstörungen der Blase

- leichten Grades
(z. B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln)..... 10
- stärkeren Grades
(z. B. Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines Blasenschrumpfmachers, erhebliche Restharnbildung,

schmerzhaftes Harnlassen).....20 - 40

mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines
Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistel-
katheters oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne
wesentliche Begleiterscheinungen 50

12.2.3 Nach Entfernung eines malignen Blasentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung des Tumors im Frühstadium unter
Belassung der Harnblase (Ta bis T1) N0 M0, Grading G1 50

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung im Stadium Tis oder T1 (Grading ab G2)..... 50

nach Entfernung in den Stadien (T2 bis T3a) N0 M0..... 60

mit Blasenentfernung einschließlich künstlicher
Harnableitung 80

nach Entfernung in höheren Stadien 100

<p>AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr</p>
<p>März 2022</p>
<p>2. Gewebeneubildung der Harnblase: Bewertung bei Entfernung der Harnblase bei rezidivierenden Ta bzw. T1(G1)-Tumoren [305]</p> <p>Entscheidend für den Zeitraum der Heilungsbewährung sind das Tumorstadium und das Grading. Die Heilungsbewährung beträgt in diesen Fällen somit 2 Jahre. Da die Entfernung der Harnblase hier nicht als regelhaft anzusehen ist, muss sie zusätzlich bewertet werden. Der GdB beträgt dann 50 für das Tumorleiden und der GdB für die Entfernung der Harnblase auch 50, sodass ein integrativer GdB von 70 resultiert.</p>
<p>März 2015</p>
<p>2. Beurteilung Harnblasentumor [282]</p> <p>Auf die Frage, welche Zeit der Heilungsbewährung nach Entfernung eines Harnblasentumors im Stadium Ta N0 M0 G2 anzusetzen ist, wird zur Klarstellung nochmals festgestellt, dass sich Rezidiv- und Progressionswahrscheinlichkeit eines Ta G2 und eines Ta/T1 G1 Stadiums nicht wesentlich unterscheiden, insofern ist eine Heilungsbewährung von 2 Jahren entsprechend VMG Pkt. 12.2.3 korrekt.</p>

12

12.2.4 Harninkontinenz

relative

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

Harnabgang tags und nachts (z. B. Stressinkontinenz Grad II-III).....	20 - 40
völlige Harninkontinenz.....	50
bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit	60 - 70
nach Implantation einer Sphinkterprothese mit guter Funktion.....	20
Harnröhren-Hautfistel der vorderen Harnröhre bei Harnkontinenz	10
Harnweg-Darmfistel bei Analkontinenz, je nach Luft- und Stuhlentleerung über die Harnröhre.....	30 - 50
Künstliche Harnableitung (ohne Nierenfunktionsstörung)	
in den Darm.....	30
nach außen	
mit guter Versorgungsmöglichkeit.....	50
sonst (z. B. bei Stenose, Retraktion, Abdichtungsproblemen).....	60 - 80
Darmneoblase mit ausreichendem Fassungsvermögen, ohne Harnstau, ohne wesentliche Entleerungsstörungen	30

13 Männliche Geschlechtsorgane

13.1 Verlust des Penis 50

Teilverlust des Penis

Teilverlust der Eichel 10

Verlust der Eichel 20

Sonst 30 - 40

Nach Entfernung eines malignen Penistumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit nach Entfernung im Frühstadium (T1 bis T2) N0 M0

bei Teilverlust des Penis 50

bei Verlust des Penis 60

mit vollständiger Entfernung der Corpora cavernosa 80

nach Entfernung in höheren Stadien 90 - 100

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1999

1.10 Gutachtliche Beurteilung nach Implantation einer Penisprothese [144]

Gefragt wurde nach der GdB/MdE-Beurteilung nach Implantation einer Penisprothese.

Hierzu wurde von Dr. ... ausgeführt, dass bei einer erektilen

Dysfunktion in bestimmten Fällen zur Behebung der Impotentia coeundi Penisprothesen operativ implantiert werden. In der Regel handelt es sich dabei um mehrteilige Silikonimplantate, die in beide Corpora cavernosa (die eigentliche Prothese) und in das Skrotum und den Unterbauch (Pumpe und Flüssigkeitsreservoir) implantiert werden, wobei der Füllungszustand der in den Corpora cavernosa liegenden Silikonimplantate variabel ist. Nach komplikationsloser Implantation des Fremdmaterials sei in einem hohen Prozentsatz mit einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität zu rechnen. Nach eingehender Diskussion vertraten die Anwesenden die Auffassung, dass der GdB/MdE-Grad für eine Penisprothese im Hinblick auf den in Nr. 26.13 auf Seite 111 der „Anhaltspunkte“ genannten GdB/MdE-Wert von 20 für eine Impotentia coeundi je nach Ergebnis der operativen Behandlung und die mit der Herstellung der Erektion verbundenen Manipulationen am implantierten Fremdmaterial mit einem GdB/MdE-Grad von 10 bis 20 bewertet werden sollte.

13.2 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
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.....20

13.3 Hydrozele (sog. Wasserbruch) 0 - 10

Varikozele (sog. Krampfaderbruch).....0 - 10

13.4 Nach Entfernung eines malignen Hodentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

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

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

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

nach Entfernung eines nichtseminomatösen Tumors im Stadium (T1 bis T2) N1 M0 bzw. T3 N0 M0 60

in höheren Stadien.....80

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2000

1.1.9 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim TIN des Hodens [166]

Ein Sozialgericht hatte die Frage gestellt, wie eine testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN) des Hodens (früher: Carcinoma in situ des Hodens) gutachtlich zu bewerten sei. Es hatte die Stellungnahme des behandelnden Urologen beigelegt, der den Tumor aufgrund der therapeutischen Konsequenzen (Hodenentfernung oder Bestrahlung) einem Seminom bzw. nichtseminomatösen Tumor im Stadium T1 NO MO zugeordnet und mit einem GdB/MdE-Grad unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung bewertet hatte.

Wie sich aus der wissenschaftlichen Literatur (z. B. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren, Urologe A1/99 und 2/99) ergibt, ist eine TIN (WHO-Klassifikation, entspricht Tis in der Klassifikation der UICC) eine intratubuläre Neoplasie, bei der nach ihrer Beseitigung fast nie mit Rezidiven zu rechnen ist und bei der in besonders gelagerten Fällen sogar eine spezielle Behandlung zugunsten einer Überwachungsstrategie unterbleiben kann. Nach der Stadieneinteilung der UICC von 1997, die eine stärkere prognostische Aussagekraft besitzt, wird ein Hodentumor Tis NO MO (entsprechend TIN) dem Stadium 0 zugeordnet, während T1 NO MO-Tumoren bereits dem Stadium I entsprechen.

Nach Abwägung aller genannten Fakten vertraten die Anwesenden mehrheitlich die Auffassung, dass der GdB/-MdE-Grad eines TIN des Hodens nicht unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung zu beurteilen sei, da der Tumor nach seiner Entfernung nicht zu Rezidiven neigt und die Bedrohung für den Betroffenen insofern gering ist; die Beurteilung richtet sich somit allein nach den tatsächlich vorhandenen Funktionsstörungen. Auch bei einer notwendigen Therapie kommt eine Gleichsetzung mit einem Seminom des Stadiums T1 NO MO nicht in Betracht.

13.5 Chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie

ohne wesentliche Miktionsstörung 0 - 10

mit andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen 20

Prostataadenom

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

13.6 Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

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

GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung in den Stadien T1a N0 M0 (Grading ab G2) und (T1b bis T2) N0 M0 50

nach Entfernung in höheren Stadien wenigstens 80

Maligner Prostatatumor

ohne Notwendigkeit einer Behandlung 50

auf Dauer hormonbehandelt wenigstens 60

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2014

3. Bewertung eines biochemischen Rezidivs bei Prostatakarzinom [276]

Ein biochemisches Rezidiv *nach radikaler Prostatektomie* (mit R0-Resektion oder R1 bzw. RX-Resektion und anschließender Radio/Chemotherapie) ist nach aktueller Leitlinie (Europäische Gesellschaft für Urologie) durch einen PSA-Anstieg über 0,2 ng/ml in 2 Messungen mit einem Abstand von mindestens 2 Wochen definiert.

Ein biochemisches Rezidiv *nach alleiniger Strahlentherapie* mit kurativem Ansatz ist nach aktueller Leitlinie (Europäische Gesellschaft für Urologie) definiert durch einen PSA-Anstieg um 2 ng/ml über dem tiefsten nach Radiatio gemessenen Wert (PSA-Nadir) in 2 Messungen mit einem Abstand von 3 Monaten. Die rückwirkende Datierung des biochemischen Rezidivs wird zum dokumentierten Zeitpunkt des Überschreitens des Grenzwertes (PSA-Anstieg um 2 ng/ml über den PSA-Nadir) festgelegt.

Die Beurteilung des Prostatarezidivs ist gemäß der Versorgungsmedizinverordnung – Versorgungsmedizinische Grundsätze – Teil B GdS-Tabelle – Ziffer 13.6 vorzunehmen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2007

Heilungsbewährung nach Entfernung eines Prostatakarzinoms [230]

Die Strahlentherapie des Prostatakarzinoms kann auch als Brachytherapie (Seed-Implantation) erfolgen. Es war angefragt worden, ob die Zeit der Heilungsbewährung erst dann beginnt, wenn der PSA-Spiegel gegen 0 sinkt, was bis ein Jahr nach der kurativen Brachytherapie erfolgen kann.

Dies wurde vom Beirat verneint. Die Zeit der Heilungsbewährung beginnt wie bei anderen Behandlungsmethoden mit der klinischen Entfernung des Tumors, d. h. mit Ende der Basistherapie (bei den o. g. Verfahren in der Regel nach 4 bis 6 Wochen), weitere, adjuvante Therapie verschiebt den Beginn der Heilungsbewährung nicht.

November 2004

3. GdB/MdE-Begutachtung bei Prostatakarzinom [208]

Ein Mitglied berichtet, dass verwaltungsseits vermutet wurde, die TNM-Tumorstadien T2a und T2b seien „fortgeschrittener“ als das in den „Anhaltspunkten“ genannte Stadium T2. Ein Sozialgericht habe diese Meinung ebenfalls vertreten. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass eine Klarstellung in den „Anhaltspunkten“ nicht erforderlich sei, sondern dass sich aus diesen und aus der Kenntnis der TNM-Klassifikation eine eindeutige Bewertung ergäbe. An diesem Beispiel werde deutlich, dass die Anwendung der „Anhaltspunkte“ ohne Einbeziehung versorgungsmedizinisch-gutachtlichem Sachverstandes nicht möglich ist.

November 1998

1.5 Gutachtliche Beurteilung des Prostatakarzinoms [139]

Es war die Frage gestellt worden, wie ein Anstieg des prostataspezifischen Antigens (PSA) nach der operativen Entfernung eines Prostatakarzinoms gutachtlich zu beurteilen sei.

Die Beiratsmitglieder stellten hierzu fest, daß ein Anstieg des PSA nach vollständiger Entfernung der Prostata für ein lokales Rezidiv oder für eine eingetretene Metastasierung spreche. Nach einer transurethralen Prostataresektion könne ein vorher erhöhter PSA-Wert, der nach der Resektion auf einen sehr niedrigen Wert abfalle, zunächst nicht als Beweis dafür angesehen werden, daß der Tumor vollständig entfernt worden sei. Bleibe ein deutlich erniedrigter PSA-Wert jedoch über einen längeren Beobachtungszeitraum konstant, so könne dies als Indiz für eine Tumorentfernung angesehen werden.

In diesem Zusammenhang wurde von den Beiratsmitgliedern auch klargestellt, daß eine beiderseitige plastische Orchiektomie bei einem Prostatakarzinom als Hormonbehandlung anzusehen ist.

März 1987

2.1.3 Beurteilung des GdB bei Sphinkterprothesen wegen Harninkontinenz [48]

Eine Selbsthilfegruppe für Prostataoperierte und Harninkontinente hatte den BMA u. a. gefragt, ob nach Implantation einer Sphinkterprothese wegen Harninkontinenz der GdB höher zu beurteilen sei. In der Diskussion wurde betont, daß die Implantation einer Sphinkterprothese – z. B. nach Scott – mit dem Ziel der Beseitigung einer Behinderung durchgeführt werde. Die Beiratsmitglieder vertraten mehrheitlich die Auffassung, daß die Implantation der heute verwendeten Sphinkterprothesen auch dann, wenn das Behandlungsziel erreicht sei, nicht ohne Auswirkungen für den Be-

troffenen sei und daher mit einem GdB von 10 beurteilt werden sollte. In den Fällen, in denen die Harninkontinenz nicht beseitigt werden konnte, ergebe sich der GdB aus den verbliebenen Funktionsstörungen des Grundleidens, wobei ein für die Harninkontinenz angesetzter GdB-Wert die Auswirkungen einer Sphinkterprothese durchaus mit umfassen könne, wenn diese nicht wesentlich seien.

Oktober 1985

2.1.3 Beurteilung der MdE bei hormonbehandeltem Prostatakarzinom [15]

Zur Beurteilung der MdE und zur Frage der Berücksichtigung einer Heilungsbewährung beim hormonbehandelten Prostatakarzinom wurde von Dr. ... ausgeführt, daß die Hormontherapie nicht zu einer Beseitigung und demzufolge nicht zu einer Heilung des Tumors führen könne. Auch könne nicht davon ausgegangen werden, daß ein Prostatakarzinom durch die Hormonbehandlung in einen gutartigen Tumor umgewandelt werde. Die Hormonbehandlung stelle lediglich eine Palliativmaßnahme dar.

Die MdE-Bewertung für die Zeit einer Heilungsbewährung beim Prostatakarzinom in der Nummer 26.13 der „Anhaltspunkte“ betreffe nur entfernte Tumoren. Eine Entfernung des Prostatakarzinoms werde jedoch nur in wenigen Fällen durchgeführt. Die Mehrzahl der Karzinome werde hormonell und damit palliativ behandelt.

Unter den Beiratsmitgliedern bestand Einigkeit darüber, daß unter diesen Umständen bei einem hormonbehandelten Prostatakarzinom kein MdE-Grad unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbewährung angesetzt werden könne. Die MdE sei bei derart behandelten Prostatakarzinomen auf Dauer mit wenigstens 50 v. H. – in entsprechend fortgeschrittenen Tumorstadien bis zu 100 v. H. – zu beurteilen.

14 Weibliche Geschlechtsorgane

14.1 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) 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

nach subkutaner Mastektomie

einseitig	10 - 20
beidseitig	20 - 30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigen- gewebe kommt ein geringerer GdS in Betracht.

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

bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0	50
--	----

- bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0 60
- in höheren Stadien wenigstens 80

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

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2014

4. Bewertung des primären multifokalen Mammakarzinoms [277]

Definitionen:

1. Ein multifokal nachweisbares Mammakarzinom ist durch das zeitgleiche (nach den deutschen Kodierrichtlinien innerhalb von 2 Monaten) Auftreten von getrennten Tumorherden in einem Quadranten bzw. nach Faverly durch einen Abstand zwischen den Herden von weniger als 4 cm gekennzeichnet.
2. Ein multizentrisch nachweisbares Mammakarzinom ist durch das zeitgleiche Auftreten von getrennten Karzinomherden in mehr als einem Quadranten bzw. nach Faverly durch einen Abstand von mindestens 4 cm zwischen den Herden gekennzeichnet.

In Abhängigkeit von der Multifokalität und der Multizentrität ergibt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Beeinträchtigung der Teilhabe durch Mamma-CA. Weder in der aktuellen S3-Leitlinie noch in der zugänglichen Literatur wurde ein signifikanter Unterschied vor allem in der Prognose von unilokulär oder und multifokal/multizentrisch auftretenden primären Mamma-Karzinomen festgestellt.

Bei multifokal oder multizentrisch auftretendem primären Mamma-Karzinom richtet sich der GdB nach dem jeweils festgestellten ungünstigsten Tumorstadium entsprechend der VMG Teil B Nr. 14.1. Die Vergabe eines höheren GdB beim multifokalen/multizentrischen Mamma-Karzinom im Sinne des Beschlusses des Sachverständigenbeirats 10/1986 (Pkt. 2.2, GdB bei Mehrfach-Karzinomen) ist nicht gerechtfertigt.

Bei Diagnose von Tumorherden in beiden Brustdrüsen ist der Beiratsbeschluss 10/1986 (Pkt. 2.2, GdB bei Mehrfach-Karzinomen) weiterhin gültig.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2000

1.1.5 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Mammakarzinom [164]

Ein maligner Brustdrüsentumor im Stadium T1-2 pN2 MO ist nach Auffassung der Anwesenden entsprechend den „anderen Stadien“ mit einem GdB/MdE-Grad von wenigstens 80 zu bewerten (Nummer 26.14 S. 114 der „Anhaltspunkte“).

April 1991

3.7 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Verlust der Brust [98]

In einem Schreiben der Niedersächsischen Krebsgesellschaft war das Land unter Hinweis auf das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 2.6.1989 (Breithaupt 40/1990) – ebenso wie der BMA in anderen Fällen – um Stellungnahme zu der Frage gebeten worden, ob die grundsätzlichen Ausführungen des Gerichts zur Bewertung des GdB nach operativer Entfernung der Brust wegen einer malignen Geschwulst nicht allen diesbezüglichen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertengesetz zugrunde gelegt werden müßten. In dem Urteil hatte das Gericht den Verlust der Brust unter Berücksichtigung einer Schwellneigung des linken Armes und psychosomatischer Störungen mit einem GdB von 50 beurteilt und unter Hinweis auf verschiedene Veröffentlichungen u. a. ausgeführt, der Verlust der Brust führe zur Gefährdung der weiblichen Identität, weil sich Weiblichkeit durch die Brust definiere, so wie sich Männlichkeit noch über den Penis definiere. Der Verlust der Brust stelle für die betroffene Frau durchweg ein „live event“ dar, auf das sie mit psychosomatischen und psychischen Störungen reagiere, so daß auch nach Ablauf der Heilungsbewährung ohne Krebsneuentwicklung eine Schwerbehinderung und damit ein GdB von 50 angemessen sei. Insofern seien die in den „Anhaltspunkten“ für den ein- bzw. beidseitigen Brustverlust vorgesehenen GdB-Werte von 30 bzw. 40 im Vergleich mit der Bewertung des Verlustes des Geschlechtsorganes beim Mann mit einem Einzel-GdB von 50 zu niedrig bemessen.

Die Ausführungen in dem Gerichtsurteil wurden eingehend erörtert. Dabei konnten die Beiratsmitglieder die Entscheidung des Gerichts, den Gesamt-GdB nach Verlust der Brust unter Berücksichtigung aller Auswirkungen insgesamt mit 50 zu beurteilen, in diesem Einzelfall nicht beanstanden. Den allgemeinen Ausführungen des Gerichts zur Beurteilung des GdB beim Verlust der Brust konnten sie sich jedoch nicht anschließen. Sie bestätigten vielmehr einstimmig die Ausführungen des BMA, die dieser bei anderer Gelegenheit zur Beurteilung des Verlustes der Brust unter Berücksichtigung des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt gemacht hatte

(s. Anlage 3) und stellten fest, daß das Urteil nicht geeignet ist, die in Nr. 26.14, Seite 86, der „Anhaltspunkte“ genannten Beurteilungskriterien in Frage zu stellen.

April 1989

**2.2.1 Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsenu-
mor [67]**

Von einem Land war die Frage gestellt worden, ob nach Ent-
fernung eines malignen Brustdrüsenumors der Beginn des für
die Annahme einer Heilungsbewährung maßgebenden Zeitraumes
schon unmittelbar im Anschluß an die operativen Maßnahmen
oder erst nach Abschluss der adjuvanten Therapie (Hormonthera-
pie, Chemotherapie) anzunehmen sei.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß im Hinblick auf
eine adjuvante Therapie in den Kliniken unterschiedlich verfahren
werde. Für die Begutachtung sei davon auszugehen, daß diese
Therapie nur wegen der Unsicherheit, ob nach der operativen
Entfernung nicht doch noch Tumorzellen zurückgeblieben sind,
durchgeführt werde. In diesen Fällen diene die adjuvante Thera-
pie lediglich dazu, den durch die operative Entfernung des Tumors
herbeigeführten Zustand zu sichern.

Nach eingehender Beratung vertraten die Beiratsmitglieder mehr-
heitlich die Auffassung, daß der Zeitpunkt der Operation als maß-
geblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung an-
zusehen sei.

14.2 Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität 0

in jüngerem Lebensalter bei noch bestehendem
Kinderwunsch 20

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine
Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren

nach Entfernung eines Zervix-Tumors (Mikrokarzinom) im Stadium T1a N0 M0.....	50
nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des Myometrium).....	50
GdS während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung eines Zervixtumors	
im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0	50
im Stadium T2b N0 M0	60
in höheren Stadien.....	80
nach Entfernung eines Korpustumors	
im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
im Stadium T2 N0 M0.....	60
in höheren Stadien.....	80

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2013

6. Altersgrenze zu „... noch bestehendem Kinderwunsch“ [268]

Entsprechend Urteil vom 23.08.1999, SG Düsseldorf – S 31 SB 405/98 – ist entsprechend Versorgungsmedizinverordnung Kap. B 14.2 von „... noch bestehendem Kinderwunsch“ bis zu einer Altersgrenze vom 50. Lebensjahr auszugehen.

Als Voraussetzung zur Feststellung muss der „Kinderwunsch“ nachgewiesen sein.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2000

1.4a Gutachtliche Beurteilung bei Verlust der Gebärmutter – Definition „jüngeres Lebensalter“ [172]

Von einem Sozialgericht war angefragt worden, ob unter dem beim Verlust der Gebärmutter und dem Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke (Nr. 26.14 S. 114/115 der „Anhaltspunkte“) genannten „jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch“ gemäß Beiratsbeschluss vom 23.04.1986 (TOP 3) weiterhin ein Lebensalter von bis zu 50 Jahren zu verstehen sei. Von den Beiratsmitgliedern wurde diese Frage bejaht.

März 2000

1.1.7 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Korpustumor [165]

Nach Nummer 26.14 S. 115 der „Anhaltspunkte“ ist der GdB/MdE-Grad nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration des inneren Drittels des Myometrium) während einer Heilungsbewährung von

2 Jahren mit 50 zu bewerten. Von einem Versorgungsärztlichen Dienst wurde darauf hingewiesen, dass nach der TNM-Klassifikation nicht von einer Infiltration des inneren Drittels sondern von der Infiltration der inneren Hälfte des Myometrium ausgegangen werde.

Von den Anwesenden, die bei der abschließenden Beratung der „Anhaltspunkte“ im Jahre 1996 zugegen waren, wurde betont, dass nach Ansicht der seinerzeit gehörten Sachverständigen eine Heilungsbewährung von 2 Jahren nur für ein frühes Stadium mit einer geringen Infiltrationstiefe und insbesondere einem günstigen Grading in Betracht kommt und dies ein Abweichen von der TNM-Einteilung rechtfertige.

Die Anwesenden sahen keine Veranlassung, diese Beurteilung zu ändern und einen das Myometrium tiefer infiltrierenden Tumor in dieses frühe Tumorstadium mit einzubeziehen.

14.3 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

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

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

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2019

1. Borderlin-Tumor [303]

Der Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Versorgungsmedizin“ Nr. 2.2.4 vom März 1998 – Gutachtliche Bewertung von Eierstocktumoren – verwendet den Begriff der „Borderline-Malignität“ im Zusammenhang mit der Bewertung von Kystadenomen des Eierstocks (siehe unten).

Der inzwischen veraltete Begriff der „Borderline-Malignität“ wird bei der histopathologischen Aufarbeitung dieser Tumore nicht mehr verwendet. Es ist darauf zu achten, dass er mit dem Begriff der „Borderline-Tumore“ des Ovars nicht gleichzusetzen ist. Die heute unter dem Begriff „Borderline-Tumor des Ovars“ zusammengefassten Tumore weisen ein heterogenes Verhalten auf. Borderline-Tumore (BT) sind Neoplasien mit atypischer Epithelproliferation, mehr als in benignen Zystadenomen und weniger als in invasiven

Karzinomen.

Für die sozialmedizinische Begutachtung ist das Vorliegen des endgültigen und umfassenden histologischen Befundes notwendig. Gemäß aktueller S3-Leitlinie (Stand Januar 2019, AWMF-Registernummer: 032/035OL) gilt, dass beim Nachweis von Malignität eine Bezeichnung als Karzinom (z. B.: low-grade seröses Karzinom, muzinöser BT mit intraepitheliale Karzinom, mikroinvasives Karzinom) erfolgen sollte.

Dies gilt insbesondere auch bei Nachweis von Implantaten, die früher als „invasiv“ bezeichnet wurden und entsprechend der aktuellen Leitlinie als low-grade seröses Karzinom bezeichnet werden.

Das Vorliegen nichtinvasiver Implantate wird heute weiterhin als Implantat bezeichnet und ist kein Zeichen für Malignität.

Ist Malignität nachgewiesen, sollte die Bewertung analog den Ovarial-Karzinomen erfolgen.

Kann der Nachweis der Malignität nicht erbracht werden, ist das Abwarten einer Heilungsbewährung nicht begründet. Der GdB/GdS ist dann von Art, Umfang und Kombination organbezogener Auswirkungen abhängig.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 1998

2.2.4 Gutachtliche Beurteilung von Eierstocktumoren [142]

Ein versorgungsärztlicher Dienst hatte darauf hingewiesen, daß nach Entfernung von Kystadenomen des Eierstocks in klinischen Befundberichten vermehrt der Begriff „Borderline-Malignität“ gebraucht werde, wenn der Tumor nicht mehr eindeutig gutartig sei. Es wurde gefragt, wie in solchen Fällen zu verfahren sei. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, daß die Bezeichnung „Borderline-

Malignität“ darauf hindeutet, daß ein Kystadenom einem malignen Tumor im Stadium T1 NX MO entspricht, der unter Berücksichtigung einer Heilungsbewährung mit einem GdB/MdE-Grad von 50 zu beurteilen ist.

April 1986

3. Frage einer wesentlichen Änderung nach Feststellung des Verlustes beider Eierstöcke [35]

Nach den „Anhaltspunkten“ ist der Verlust beider Eierstöcke im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution mit einer MdE von 20 - 30 v. H. zu bewerten, und außergewöhnliche psychoreaktive Störungen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang war in einem Land die Frage gestellt worden, unter welchen Voraussetzungen bei einer solchen Behinderung mit dem Älterwerden der Frau – etwa nach dem 50. Lebensjahr eine Herabsetzung des MdE-Grades in Betracht komme.

Dr. . . . berichtete hierzu, daß diese Frage schon einmal eingehend bei einem Sachverständigengespräch zur Überarbeitung der „Anhaltspunkte“ im Februar 1983 (aufgrund einer Anfrage eines Sozialgerichtes) erörtert worden sei, sinngemäß mit folgendem Ergebnis: Das Älterwerden der Frau, für sich allein gesehen, könne noch nicht als eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen der Behinderung „Verlust beider Eierstöcke“ angesehen werden. Deshalb müsse stets genau beachtet werden, auf welchen medizinischen Sachverhalt sich die Erstfeststellung der MdE bei einer jungen Frau nach einem Verlust der Eierstöcke gegründet habe:

- Wenn nach den Unterlagen z. Zt. der Erstfeststellung für die MdE-Einschätzung hormonelle Ausfallserscheinungen (z. B. ausgeprägte vegetative Störungen) bestimmend waren und wenn sich diese mit dem Älterwerden zurückgebildet haben, dann bedeute dies eine wesentliche Besserung.

- In gleicher Weise könne auf eine wesentliche Linderung geschlossen werden, wenn außergewöhnliche psychoreaktive Störungen für die primäre MdE-Beurteilung maßgeblich waren und wenn diese außergewöhnlichen psychischen Störungen sich gebessert haben oder abgeklungen sind.
- Demgegenüber komme eine MdE-Herabsetzung nicht in Betracht, wenn lediglich wegen der regelhaften (psychischen) Auswirkungen eines nicht realisierbaren Kinderwunsches eine MdE von 20 v. H. angesetzt worden sei. Es lasse sich nicht nachweisen, daß solche Auswirkungen des Verlustes beider Eierstöcke im Alter nicht mehr oder in geringerem Ausmaß vorhanden seien.

Die Beiratsmitglieder teilten übereinstimmend diese Auffassung.

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

14.5 Endometriose

leichten Grades
(geringe Ausdehnung, keine oder nur geringe Beschwerden) 0 - 10

mittleren Grades 20 - 40

schweren Grades
(z. B. Übergreifen auf die Nachbarorgane, starke Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Sterilität) 50 - 60

14.6 Scheidenfisteln

Harnweg-Scheidenfistel	50 - 60
Mastdarm-Scheidenfistel.....	60 - 70
Harnweg-Mastdarm-Scheidenfistel (Kloakenbildung).....	100
Fisteln mit geringer funktioneller Beeinträchtigung sind entsprechend niedriger zu bewerten.	
Senkung der Scheidenwand, Vorfall der Scheide und/oder der Gebärmutter	
ohne Harninkontinenz oder mit geringer Stressinkontinenz (Grad I).....	0 - 10
mit stärkerer Harninkontinenz und/oder stärkeren Senkungsbeschwerden	20 - 40
mit völliger Harninkontinenz	50 - 60
bei ungünstiger Versorgungsmöglichkeit	70
Ulzerationen sind ggf. zusätzlich zu bewerten.	
Isolierte Senkung der Scheidenhinterwand mit leichten Defäkationsstörungen.....	0 - 10
Scheiden-Gebärmutteraplasie, ohne Plastik, nach Vollendung des 14. Lebensjahres (einschließlich Sterilität)	40
Kraurosis vulvae	
geringen Grades (keine oder nur geringe Beschwerden).....	0 - 10
mäßigen Grades (erhebliche Beschwerden, keine Sekundärveränderungen)	20 - 30

stärkeren Grades (starke Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Sekundärveränderungen)	40
Vollständige Entfernung der Vulva	40
Nach Beseitigung eines malignen Scheidentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit	
nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
In höheren Stadien	80
Nach Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdS während dieser Zeit	
nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0	50
sonst	80

15 Stoffwechsel, innere Sekretion

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2013

4. GdS-Bewertung des Adrenogenitalsyndromes – Urteil vom Landessozialgericht Niedersachsen–Bremen 9. Senat vom 03.05.2006, AZ.: L 9 SB 45/03 [266]

Zur Frage der GdS-Bewertung des Adrenogenitalsyndromes wurde festgestellt, dass die Teilhabebeeinträchtigung in der Regel einen GdS von 30 (ohne MZ H) bedingt, wobei in Einzelfällen Bewertungsabweichungen begründet sein können.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2001

1.2.3 Gutachtliche Beurteilung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel [183]

Ein Alpha-1-Antitrypsinmangel ist eine angeborene Stoffwechselstörung, die mit einem progressiven Lungenemphysem und einer Leberschädigung verbunden ist. Letztere kann bis zur Zir-

rhose fortschreiten. Es handelt sich dabei nicht um ein einheitliches Krankheitsbild. Bei bestimmten Formen kann bereits im Säuglings- und Kindesalter eine Leberzirrhose auftreten. Weitere klinische Manifestationen können an der Niere, am Blutgefäßsystem und an der Bauchspeicheldrüse auftreten.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass eine einheitliche GdB/MdE-Bewertung allein aufgrund der Diagnose Alpha-1-Antitrypsinmangel nicht möglich sei. Die Bewertung richte sich nach den Auswirkungen der tatsächlich vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen der betroffenen Organsysteme.

November 1998

1.10.5 Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Fettstoffwechselstörungen [133]

Nach Nr. 26.15, Seite 119 der „Anhaltspunkte“ ist eine Fettstoffwechselkrankheit bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese mit einem GdB/MdE-Grad von 30 zu bewerten. Es wurde die Frage gestellt, welche Beurteilung abzugeben sei, wenn eine LDL-Apherese zwar notwendig sei, jedoch nicht durchgeführt werde.

Die Anwesenden vertraten hierzu die Auffassung, daß der GdB/MdE-Grad von 30 nur dann gerechtfertigt sei, wenn die LDL-Apherese tatsächlich und regelmäßig (mindestens einmal pro Monat) über mehr als sechs Monate (nicht nur vorübergehend) durchgeführt werde; denn der GdB/MdE-Wert ergebe sich allein aus den Auswirkungen der Apheresebehandlung.

März 1993

3.3 Beurteilung von GdB/MdE bei Hyperlipoproteinämie Typ IIa nach Fredrickson (Hypercholesterinämie) mit Notwendigkeit einer LDL-Apherese [110]

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, wie der GdB bei einer familiären Hypercholesterinämie (Typ IIa nach Fredrickson) mit der

Notwendigkeit einer Apheresebehandlung, die einmal wöchentlich durchgeführt wird, zu bewerten sei. Von Gutachtern einer Universitätsklinik sei die Notwendigkeit einer Apheresebehandlung ohne Organkomplikationen mit einem GdB von 70 beurteilt und dabei auf Parallelen mit der Notwendigkeit einer Dauerbehandlung mit künstlicher Niere hingewiesen worden.

Die Beiratsmitglieder hielten diese Bewertung für nicht gerechtfertigt, weil die Auswirkungen einer Apheresebehandlung nicht mit denen einer Dialysebehandlung vergleichbar seien. Zwar werde bei einer Apherese – wie bei einer Hemodialyse – ein Shunt angelegt, aber das Auslassen einer Apheresebehandlung habe keine akuten lebensbedrohlichen Folgen für die Betroffenen, und auch die Einschränkungen in der Lebensführung seien weit weniger schwerwiegend als bei einer chronischen Dialysebehandlung. Vielmehr sei der Vergleich mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus zutreffender. Die Beiratsmitglieder empfahlen daher, eine familiäre Hypercholesterinämie, die einmal wöchentlich durch Apherese behandelt werde und bei der keine Shuntprobleme bestünden, mit einem GdB von 30 zu bewerten. Lediglich bei nachgewiesenen ungünstigen Shuntverhältnissen sei ein GdB von 40 gerechtfertigt. Organkomplikationen bei Hypercholesterinämie sind zusätzlich zu bewerten.

15.1 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS rechtfertigt.

Der GdS beträgt 0.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung.

Der GdS beträgt 20.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechselein-
stellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung.

Der GdS beträgt 30 bis 40.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein.

Der GdS beträgt 50.

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen.

Bis zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 (ZweiteÄndVOVersMedV), in Kraft getreten am 22. Juli 2010, war 15.1 wie folgt gefasst:

15.1 Zuckerkrankheit(Diabetes mellitus)

mit Diät allein(ohne blutzuckerregulierende Medikamente) 0

*mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämie-
neigung nicht erhöhen. 10*

*mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämie-
neigung erhöhen 20*

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

*Unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage ein-
schließlich gelegentlicher schwerer Hypoglykämien 50*

*Häufige, ausgeprägte oder schwere Hypoglykämien sind zusätzlich zu
bewerten.*

*Schwere Hypoglykämien sind Unterzuckerungen, die eine ärztliche
Hilfe erfordern.*

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

November 2022

2. Diabetes mellitus: GdB-Bewertung bei Kindern und Jugendlichen [312]

Die Beeinträchtigungen der Teilhabefähigkeit müssen belegt sein. Bewertungen z. B. rein nach Altersstufen entsprechen nicht den Kriterien der Versorgungsmedizinischen Grundsätze gem. Teil B Punkt 15.1. Der erhöhte Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand wird durch die Feststellung der „Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ erfasst.

März 2017

1. GdB bei Kindern mit Diabetes mellitus [294]

Im Raum steht die Behauptung, wonach die Länder (außer Hessen) bei Kindern mit Diabetes mellitus stets einen GdB mit 50 feststellen.

Diese Aussage ist im Ergebnis einer länderübergreifenden Prüfung zu widerlegen. Rechtsgrundlage der Begutachtung ist die Versorgungsmedizin-Verordnung, deren Versorgungsmedizinische Grundsätze in Bezug auf die Höhe des GdB keine gesonderten Kriterien für Kinder ausweisen. Stets ist neben dem konkreten Therapieaufwand die individuelle Teilhabebeeinträchtigung zu bewerten. Um die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft zu erlangen, muss bei intensiver Insulintherapie stets die ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung dokumentiert sein.

Die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ (Anlage zu §2 der VersMedV, Versorgungsmedizinische Grundsätze (VMG) Teil A Nr. 5) bildet insbesondere den Mehraufwand der Eltern ab. Entspre-

chende Inhalte sind ohne Einfluss auf eine GdB-Erhöhung.

Dezember 2016

2. Bewertung des Diabetes mellitus [290]

Die Arbeitsgruppe „Diabetes mellitus“ beim BMAS stellte fest, dass die Teilhabebeeinträchtigung bei einer Zuckerstoffwechselstörung neben dem Therapieaufwand insbesondere durch eine Gefährdung bei schwerer Hypoglykämie gekennzeichnet ist. Bei der Bewertung des Diabetes mellitus im Rahmen des Schwerbehindertenrechts ist deshalb hierauf abzustellen. Eine unbefriedigend hohe Zuckerstoffwechselstörung, wie sie erhöhte HbA1c-Werte anzeigen, ist in erster Linie in Bezug auf die Langzeitprognose und Folgestörungen ungünstig, führt aber zunächst zu keiner grundsätzlich höheren Bewertung.

März 2013

1. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus [262]

In zusammenfassender Erörterung des BSG-Urteils (BSG – 9 SB 2/12 R –) zur versorgungsmedizinischen Bewertung eines GdS beim Diabetes mellitus ist im Wesentlichen festzuhalten, dass die Teilhabebeeinträchtigung nicht nur durch den Therapieaufwand, sondern auch durch die Krankheitswertigkeit der Gesundheitsstörung selbst bestimmt wird.

In Anlehnung an die im Oktober 2012 veröffentlichte Kurzfassung des Urteils ist zu bekräftigen, dass „es für die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht ausreicht, wenn ein an Diabetes erkrankter Mensch eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführt, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss. Vielmehr muss die betreffende Person insgesamt gesehen auch krank-

heitsbedingt erheblich in der Lebensführung beeinträchtigt sein.“ Das BSG-Urteil bekräftigt Teil B Nr. 15.1 Abs. 4 Anl VersMedV und weist explizit auf die Verwendung des Wortes „und“ sowie die daraus resultierend unmissverständliche Bedeutung für die folgerechte GdS-Bemessung hin.

Hinsichtlich der für die versorgungsmedizinische Begutachtung erforderlichen Sachaufklärung sind somit alle, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinflussenden Umstände zu ermitteln.

Im Wesentlichen sind diese Informationen über die Berichte der behandelnden Ärzte und die Diabetes-Tagebücher zu erhalten, wobei die Dokumentation umfassende Auskunft über Therapiemodalitäten, die Regulierbarkeit der Stoffwechsellage sowie die damit korrelierende Leistungsfähigkeit und körperliche Belastbarkeit geben sollten.

Von erheblichen krankheitsbedingten Einschnitten mit gravierenden Beeinträchtigungen der Lebensführung ist auszugehen, wenn trotz der für einen GdS mit 50 ausgewiesenen Therapie keine ausreichend stabile Stoffwechseleinstellung zu erreichen ist und hierdurch bedingt (dokumentiert) erhebliche Belastungsminderungen, wie z. B. durch klinisch relevante Unterzuckerungen mit Fremdhilfebedarf bedingt, auftreten.

Hiervon bleibt unberührt, dass außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen jeweils höhere GdS-Werte bedingen können.

September 2011

8. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus und Dokumentation [250]

Die Teilhabebeeinträchtigungen beim mit Insulin behandelten Diabetes mellitus sind unter Berücksichtigung der zweiten Änderungsverordnung nachzuweisen. Dies erfolgt in der Regel durch ein Blutzuckertagebuch, in Ausnahmefällen sind auch andere Dokumen-

tationen möglich.

Die Einschnitte in der Lebensführung müssen aber stets so nachgewiesen sein, dass sie eine sozialmedizinisch nachvollziehbare Beurteilung der hieraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung ermöglichen.

Oktober 2010

1. Diabetes mellitus [235]

Überwiegend bestehen keine Probleme bei der Heranziehung der Dokumentationen (wie BZ-Tagebuch, PC-Ausdrucke) in den Ländern. Eine Dokumentation von mindestens 2 - 3 Monaten ist erforderlich und in der Regel auch ausreichend. Ein GdB von 50 kann in der Regel nur zuerkannt werden, wenn eine tägliche Dokumentation von mindestens 2 - 3 Monaten vorliegt.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2007

Diabetes und parenterale Therapie (GLP-1) [223]

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

November 1987

1.2.5 MdE/GdB-Beurteilung bei Hypoglykämie [44]

Eine Anfrage an den BMA betraf die Beurteilung einer Hypoglykämie nach dem Schwerbehindertengesetz.

Vom BMA war dazu darauf hingewiesen worden, daß Hypoglykämie keine Krankheit, sondern ein Symptom unterschiedlicher Grundkrankheiten sei, das häufiger bei einem Diabetes mellitus auftrete. Insofern seien Bewertungsmaßstäbe in den „Anhaltspunkten“ nur in Verbindung mit der Beurteilung eines Diabetes mellitus genannt.

In Anbetracht der vielfältigen Auswirkungen einer Hypoglykämie sei eine differenzierte Angabe von Behinderungsgraden nicht sinnvoll. Die gutachtliche Beurteilung müsse sich – unter Berücksichtigung der durchgeführten Behandlung – nach den verbliebenen, nicht nur vorübergehenden, Funktionsbeeinträchtigungen richten, und hierfür gäben die „Anhaltspunkte“ dem Gutachter ausreichende Hinweise. So sei in der Nummer 26.1 Abs. 2 der „Anhaltspunkte“ sinngemäß ausgeführt, daß bei Gesundheitsstörungen, die in der Tabelle der Behinderungsgrade nicht aufgeführt seien, der GdB in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen beurteilt werden müsse. Für die Beurteilung der Funktionsstörungen bei Hypoglykämie seien in den einzelnen Kapiteln detaillierte Hinweise gegeben, die eine sachgerechte Beurteilung gewährleisten. Die Beiratsmitglieder stimmten dieser Auffassung zu.

15.2 Gicht

Bei der Beurteilung des GdS sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen.

15.3 Fettstoffwechselkrankheit

Der GdS ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.

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

Alimentäre Fettsucht, Adipositas

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

15.4 Phenylketonurie

ohne fassbare Folgeerscheinungen

im Kindesalter bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres 30
 danach bei Notwendigkeit weiterer Diäteeinnahme 10

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

15.5 Mukoviszidose (zystische Fibrose)

unter Therapie Aktivitäten, Gedeihen und Ernährung
 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.

15.6 Schilddrüsenkrankheiten

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

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

nach Entfernung eines papillären oder follikulären Tumors, ohne Lymphknotenbefall	50
sonst	80

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2003

2.3 „Heilungsbewährung“ nach Radiojodttherapie eines Schilddrüsenmalignoms [206]

Von einem Beiratsmitglied war gefragt worden, ab wann bei einem Schilddrüsenkarzinom die „Heilungsbewährung“ beginne, wenn wegen szintigraphisch nachgewiesenem radiojodaufnehmenden Gewebe wiederholt Radiojodtherapien erforderlich waren.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, solange szintigraphisch radiojodaufnehmendes Gewebe bei Schilddrüsenkarzinom nachweisbar sei, nicht von einer Entfernung des Tumors ausgegangen

werden könne.

März 2000

1.6 Gutachtliche Beurteilung bei Autoimmunkrankheiten unter Beteiligung der Schilddrüse [174]

Die Vorsitzende der Schilddrüsen-Liga Deutschland e. V. hat das BMA darauf hingewiesen, dass bei der gutachtlichen Beurteilung von Autoimmunthyreoiditiden häufig nur die Ausgleichbarkeit der Schilddrüsenfunktionsstörungen berücksichtigt und nicht beachtet werde, dass bei dieser Erkrankung auch zahlreiche andere Auswirkungen vorliegen können.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass bei einer Autoimmunthyreoiditis in der Tat nicht nur die Schilddrüsenfunktionsstörung, sondern auch die Assoziation mit anderen Autoimmunprozessen zu beachten seien. Die hinsichtlich der GdB/MdE-Beurteilung geforderte generelle Gleichstellung mit einem Typ-I Diabetes sei nicht gerechtfertigt. Eine Änderung der „Anhaltspunkte“ kommt daher nicht in Betracht.

Tetanie

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

15.7 Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)

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

Cushing-Syndrom

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

15.8 Porphyrien

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

Hepatische Porphyrien

 akut-intermittierende Porphyrie..... 30

 Porphyria cutanea tarda ohne wesentliche Beschwerden 10

Organkomplikationen sind jeweils zusätzlich zu berücksichtigen.

16 Blut, blutbildende Organe, Immunsystem

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

16.1 Verlust der Milz

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

16.2 Hodgkin-Krankheit

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

16.3 Non-Hodgkin-Lymphome

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2005

5. GdB bei Non-Hodgkin-Lymphom [216]

Es wurde angefragt, ob bei den heutigen Therapiemöglichkeiten der Verzicht Heilungsbewährung bei generalisierten Non-Hodgkin-Lymphom noch gerechtfertigt sei: Der Beirat stellte dazu fest, dass die Anhaltspunkte nur den Regelfall berücksichtigten. Bei erfolgreicher kurativer Behandlung und dadurch erreichter klinischer Tumorfreiheit wird im Einzelfall eine Heilungsbewährung auch bei Non-Hodgkin-Lymphomen analog der Heilungsbewährung bei akuter Leukämie möglich.

November 1997

2.9 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei lokalisierten niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen [128]

Nach Nummer 26.16, S. 123, der „Anhaltspunkte“ werden lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome nach Vollremission für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) mit einem GdB/MdE-Grad von 50 beurteilt. Die fehlende Angabe eines GdB-/MdE-Wertes für die Zeit bis zum Erreichen der Vollremission war in einem Bundesland verwaltungsseitig dahingehend ausgelegt worden, daß eine GdB-/MdE-Beurteilung in diesem Zeitraum nicht zu begründen sei.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß ein maligner Tumor vor und während der Behandlung niemals niedriger beurteilt werden kann als nach Erreichen der Vollremission; der GdB/MdE-Grad muß also in dieser Zeit wenigstens 50 betragen.

Nach Auffassung der Beiratsmitglieder zeige im übrigen die oben-

genannte Auslegung der Beurteilungskriterien für lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome durch die Verwaltung beispielhaft, daß eine sachgerechte Anwendung der „Anhaltspunkte“ ärztliches Wissen erfordert.

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

- mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Progredienz) 30 - 40
- mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit) 50 - 70
- mit starken Auswirkungen, starke Progredienz (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung) 80 - 100

Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

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

16.3.2 Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome

- bis zum Ende der Intensiv-Therapie 100
- nach Vollremission GdS für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung) 80

16.4 Plasmozytom (Myelom)

- mit geringen Auswirkungen (keine wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand,

keine Behandlungsbedürftigkeit, ohne Beschwerden, keine wesentliche Progredienz) 30 - 40

mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)..... 50 - 70

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

6. Maligne Erkrankung blutbildender Organe und Heilungsbewährung [221]

Es wurde angefragt, ob bei Plasmozytom und chronisch-myeloischer Leukämie auf Grund der heutigen Therapiekonzepte eine Heilungsbewährung in Betracht komme. Dies wurde von den Beiratsmitgliedern bestätigt, wenn es sich um eine Therapie mit kurativem Ansatz und erfolgreicher „Tumorentfernung“ handle. Der Beirat verwies auf seinen Beschluss vom November 2005 betreffend Non-Hodgkin-Lymphome und Heilungsbewährung.

16.5 Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien

Auswirkungen auf andere Organsysteme sind zusätzlich zu bewerten.

16.5.1 Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv

Im Stadium der kompletten hämatologischen,
kompletten zytogenetischen und molekularen
Remission beträgt der GdS 10 - 20

Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission
je nach Ausmaß der zytogenetischen Remission
beträgt der GdS 30 - 40

Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn
(im ersten Jahr der Therapie), bei fehlender Remission
oder bei Rezidiv je nach Organvergrößerung, Anämie,
Thrombozytenzahl und in Abhängigkeit von der
Intensität der Therapie beträgt der GdS 50 - 80

In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise
beträgt der GdS 100

16.5.2 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie

Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission
beträgt der GdS 40

Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn
(im ersten Jahr der Therapie), ist die Teilhabebeein-
trächtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der
Organvergrößerung und Anämie, der Thrombozytenzahl
und der Intensität der Therapie. Der GdS beträgt 50 - 80

In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise
beträgt der GdS 100

16.5.3 Primäre Myelofibrose (Chronische idiopathische Myelofibrose)

Bei geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit)
beträgt der GdS 10 - 20

Bei mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)
beträgt der GdS 30 - 40

Bei stärkeren Auswirkungen (insbesondere mäßige Anämie,
geringe Thrombozytopenie, ausgeprägte Organomegalie)
beträgt der GdS 50 - 70

Bei starken Auswirkungen (insbesondere schwere Anämie,
ausgeprägte Thrombozytopenie, exzessive Organomegalie)
beträgt der GdS 80 - 100

16.5.4 Chronische Eosinophilen- Leukämie/Hypereosinophilie-Syndrom

Die Teilhabebeeinträchtigung ist insbesondere abhängig
vom Ausmaß der Organomegalie, Hautbeteiligung, Blutbild-
veränderungen und Nebenwirkungen der Therapie.

Der GdS beträgt mindestens 50

16.5.5 Polycythaemia vera

Bei Behandlungsbedürftigkeit

- mit regelmäßigen Aderlässen.

Der GdS beträgt 10

- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie.
Der GdS beträgt.....30 - 40

Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.

16.5.6 Essentielle Thrombozythämie

Bei Behandlungsbedürftigkeit

- mit Thrombozytenaggregationshemmern. Der GdS beträgt.....10
- mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie. Der GdS beträgt 30 - 40

Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.

16.5.7 Die juvenile myelomonozytäre Leukämie ist analog zur akuten myeloischen Leukämie zu bewerten.

Bis zur Vierten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 28. Oktober 2011 (Vierte ÄndVO-VersMedV), in Kraft getreten am 05. November 2011, war 16.5 wie folgt gefasst:

16.5 Chronische myeloische Leukämie

*chronische Phase,
je nach Auswirkung – auch der Behandlung – auf den
Allgemeinzustand, Ausmaß der Milzvergrößerung.....50-80*

<i>akute Phase (Akzeleration, Blastenschub).....</i>	<i>100</i>
<i>Andere chronische myeloproliferative Erkrankungen (z. B. Polycythaemia vera, essentielle Thrombozythämie, Osteomyelosklerose)</i>	
<i>mit geringen Auswirkungen (keine Behandlungsbedürftigkeit).....</i>	<i>10 - 20</i>
<i>mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit).....</i>	<i>30 - 40</i>
<i>mit stärkeren Auswirkungen (z. B. mäßige Anämie, geringe Thrombozytopenie).....</i>	<i>50 - 70</i>
<i>mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie, ausge- prägte Thrombozytopenie, starke Milzvergrößerung, Blutungs- und/oder Thromboseneigung).....</i>	<i>80 - 100</i>

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2013

5. Bewertung des Remissionsstadiums bei Leukämien [267] Begriff der „Remission“ bei Bluterkrankungen

Komplette klinische Remission (CR) bei akuten Leukämien (AML, ALL)

(Bewertung: wenn CR 1 Jahr nach Erst- oder Rezidivdiagnose)

vorliegt, dann GdB 80 - Heilungsbewährungs(HB) - Zeit 3 Jahre)
Wenn bei normalem peripheren Blutbild keine Blasten mehr im Blutbild zu finden sind und im Knochenmark der Blastenanteil unter 5% liegt, liegt definitionsgemäß eine komplette Remission vor.

Komplette hämatologische Remission (CHR) bei chronisch myeloischer Leukämie

(Bewertung: BCR-ABL-positiv – GdB 30 - 40 je nach zytogenetischem Ansprechen, BCR/ABL-negativ – GdB 40)

Bei der hämatologischen Remission hat sich das Blutbild normalisiert bezogen auf Zellzahl und Zellmorphologie; die CML-Zellen liegen im unteren zweistelligen Prozentbereich (Thrombozyten $<450.000/\mu\text{l}$, Leukozyten $<10.000/\mu\text{l}$, im Differentialblutbild keine unreifen granulozytären Vorstufen und weniger als 5% Basophile, Milz nicht tastbar).

Zytogenetische Remission bei chronisch myeloischer Leukämie

(Bewertung: BCR-ABL-positiv – GdB 30 - 40 je nach zytogenetischem Ansprechen)

Bei der zytogenetischen Remission ist über die Vorgaben einer hämatologischen Remission hinaus kein Philadelphia-Chromosom mehr nachweisbar, die CML-Zellen liegen im einstelligen Prozentbereich (Ansprechen vollständig (CCyR): Ph+ 0%, partiell (PCyR) Ph+ 1-35%, gering (MiCyR) Ph+ 36-65%, minimal Ph+ 66-95%, kein Ansprechen Ph+ > 95%).

Molekulare Remission bei chronisch myeloischer Leukämie

Es ist mittels PCR keine BCR-ABL m-RNA mehr nachweisbar (CMR - complete molecular response)

(Bewertung: BCR-ABL-positiv – GdB 10 - 20)

Es ist mittels PCR wenig BCR-ABL m-RNA nachweisbar (MMR – major molecular response => $<0,1\%$ BCR/ABL) (Bewertung: BCR-ABL-positiv – GdB 30 - 40)

Fehlende Remission bei chronisch myeloischer Leukämie

Chronisches Stadium einer CML, auch im 1. Jahr der Therapie je nach Organvergrößerung, Anämie, Thrombozytenzahl und Therapieintensität

(Bewertung: GdB 50 - 80)

Akzelerierte Phase oder Blastenkrise

(Bewertung: GdB 100)

16.6 Akute Leukämien

Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv: insbesondere während der Induktionstherapie, Konsolidierungstherapie, Erhaltungstherapie) beträgt der GdS 100

Nach dem ersten Jahr

- bei unvollständiger klinischer Remission:
Der GdS beträgt weiterhin 100
- bei kompletter klinischer Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie: Der GdS beträgt 80 für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung).

Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.

Bis zur Fünften Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 11. Oktober 2012 (*FünfteÄndVOVersMedV*), in Kraft getreten am 17. Oktober 2012, war 3.5 wie folgt gefasst:

16.6 Akute Leukämien

bis zum Ende der Intensiv-Therapie 100

*danach für die Dauer von 3 Jahren
(Heilungsbewährung) 60*

16.7 Myelodysplastische Syndrome

mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen) 10 - 20

mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen) 30 - 40

mit stärkeren Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, rezidivierende Infektionen) 50 - 80

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

Aplastische Anämie (auch Panmyelopathie), Agranulozytose

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

16.8 Knochenmark- und Stammzelltransplantation

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

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2001

1.2.4 Gutachtliche Beurteilung bei syngener Knochenmarktransplantation [184]

Zur Diskussion stand die gutachtliche Beurteilung nach Knochenmarktransplantation zwischen eineiigen Zwillingen, für die in den „Anhaltspunkten“ keine Kriterien genannt sind.

Nach Auffassung der Beiratsmitglieder sei in diesen äußerst seltenen Fällen eine Analogbeurteilung zur allogenen Knochenmarktransplantation vorzunehmen (Nr. 26.16, S. 126 der „Anhaltspunkte“), da es sich um eine Transplantation zwischen zwei verschiedenen Personen mit unterschiedlicher immunologischer Erfahrung handelt.

16.9 Anämien

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

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

mit geringen Auswirkungen (ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen).....	0 - 10
mit mäßigen Auswirkungen (z. B. gelegentliche Transfusionen)	20 - 40
mit starken Auswirkungen (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit)	50 - 70

16.10 Hämophilie und entsprechende plasmatische Blutungskrankheiten (je nach Blutungsneigung)

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

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 (Spontan- blutungen, Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen)	80 - 100

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

16.11 Immundefekte

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

ohne klinische 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 kommt ein höherer GdS in Betracht.

Erworbenes Immundefizienzsyndrom (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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2012

2. Erworbenes Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion) [257]

Hinsichtlich der versorgungsmedizinischen Begutachtung beim erworbenen Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion) war seitens Betroffener beklagt worden, dass bei der Beurteilung oft nur einseitig das Ausmaß der Viruslast und die Zahl der CD4-Zellen berücksichtigt würden.

In Anlehnung an die VersMedV wurde klargestellt, dass die klinische Symptomatik (= Beschwerdeausmaß auch unter Berücksichtigung von Therapienebenwirkungen) in Korrelation mit der objektiv erhobenen Befundlage (hierzu gehören u. a. die Viruslast und die Zahl der CD4-Zellen) unabhängig vom Ausgangsbefund eines früher erreichten Stadiums Bewertungsmaßstab eines GdS ist.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Oktober 1990

3.4.2 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei HIV-Infektion [79]

Da zur Klassifikation der Immunschwäche bei HIV-Infektionen zunehmend die Stadieneinteilung nach Walter-Reed Verwendung findet, wurde von einem versorgungsärztlichen Dienst um Zuordnung von GdB-Werten zu den einzelnen Stadien dieses Schemas gebeten.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, daß eine solche Zuordnung nicht zweckmäßig sei; für die Beurteilung des GdB seien immer nur die klinischen Befunde maßgebend. Auf den Beiratsbeschluss vom 4.11.1987, TOP 1.2.4, wurde hingewiesen.

In diesem Zusammenhang wurde auch erörtert, ob und gegebenenfalls welche Nachteilsausgleiche bei HIV-infizierten Kindern in Betracht kämen. Die Anwesenden stellten klar, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche stets nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der tatsächlichen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen bewertet werden könnten (vgl. TOP 2.1.1 der Beiratssitzung am 25./26. März 1987). Hierbei sei z. B. zu beachten, daß das Merkzeichen „B“ immer die Feststellung einer erheblichen Gehbehinderung voraussetze. Für die Feststellung des Merkzeichens „H“ reiche allein die notwendige Überwachung im Hinblick auf die Möglichkeit, andere zu infizieren, nicht aus.

Oktober 1989

2.1.10 Beurteilung des GdB bei HIV-Infizierten – TOP 2.1.1 v. 25./26.3.87 und TOP 1.2.4 v. 4.11.87 [58]

Anlass für die Diskussion war der Vorschlag eines versorgungsärztlichen Gutachters, eine HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik mit einem GdB von wenigstens 30 zu bewerten. Nach Auffassung des Gutachters seien die Auswirkungen dieser Infektion für die Betroffenen ungünstiger als z. B. bei einer chronisch-persistierenden Hepatitis, für die in den „Anhaltspunkten“ ein GdB von 20 bis 30 genannt sei.

Die Beiratsmitglieder konnten diesem Vorschlag nicht folgen. Sie vertraten die Auffassung, daß aufgrund des derzeitigen Kenntnisstandes über die HIV-Infektion die Beiratsbeschlüsse vom 25./26. März 1987 (TOP 2.1.1) und vom 4. November 1987 (TOP 1.2.4) auch weiterhin zutreffend seien. Danach kann die Tatsache einer HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik für sich allein nicht als Behinderung angesehen werden. In diesem Zusammenhang wurde ein in Heft 34/35, 1989, des „Deutschen Ärzteblattes“ erscheinener Artikel von H. Exner-Freisfeld und E. B. Helm zum Thema „Anwendung des Schwerbehindertengesetzes für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke“ erörtert. In diesem Artikel waren weder das geltende Recht richtig wiedergegeben, noch die maßgeblichen Begutachungskriterien berücksichtigt worden. Zur Klarstellung der zahlreichen fehlerhaften Darstellungen in diesem Artikel hatte der BMA einen Leserbrief verfasst, der inzwischen ungekürzt in Heft 1/2, 1990, des „Deutschen Ärzteblattes“ veröffentlicht worden ist. Die Beiratsmitglieder begrüßten einstimmig die ihnen vorab zur persönlichen Kenntnis gegebene Stellungnahme des BMA.

Oktober 1985

1.3 Versorgungsmedizinische Beurteilung von AIDS [11]

Die vielseitigen Veröffentlichungen über AIDS gaben Veranlassung, die versorgungsmedizinische Beurteilung dieser Erkrankung bei Bundeswehrsoldaten im Beirat zu erörtern. Dr. . . . berichtete über eine Sitzung eines Ausschusses des Wehrmedizinischen Beirats beim Bundesministerium der Verteidigung, in der ebenfalls

über dieses Thema beraten und auch Sachverständige dazu gehört worden waren. Wie auch in dem genannten Ausschuss vertrat Dr. ... folgende Auffassung:

Im Hinblick auf den bisher bekannten Infektionsmodus kämen die Annahme einer Infektion als Schädigungstatbestand und eine entsprechende „Anspruchsversorgung“ nur unter ganz besonderen Umständen – (z. B. bei Bluttransfusion wegen einer Schädigungsfolge) in Betracht. Im Übrigen müsse aber berücksichtigt werden, daß bisher wissenschaftlich nicht geklärt sei, welche pathogenetischen Faktoren bei HTLV-II-Infizierten zur Manifestation einer Erkrankung an AIDS führten. In diesem Zusammenhang würden körperliche Belastungen und auch Impfungen diskutiert. Solange die qualifizierte Möglichkeit bestehe, daß solche Noxen eine wesentliche Bedingung für die Manifestation der Krankheit sein könnten, müsse bei Bundeswehrsoldaten, bei denen eine Erkrankung an AIDS auftrete, eine „Kannversorgung“ bei entsprechender zeitlicher Verbindung mit entsprechenden Schädigungstatbeständen in Betracht gezogen werden.

Dr. ... bat, zunächst in Fällen, bei denen AIDS als Wehrdienstbeschädigung zur Diskussion stehe, einen speziell erfahrenen Gutachter heranzuziehen, der mit den jüngsten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen vertraut ist. Erst danach sollte der Vorgang dem BMA, wenn eine „Kannversorgung“ von Seiten des Landes vorgeschlagen werde, zur Zustimmung vorgelegt werden. Die Beiratsmitglieder schlossen sich der von Dr. ... vertretenen Auffassung an.

17 Haut

Bei der Beurteilung des GdS von Hautkrankheiten sind Art, Ausdehnung, Sitz, Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, Begleiterscheinungen (wie Jucken, Nässen, Brennen, unangenehme und abstoßende Gerüche) und die Rezidivbereitschaft bzw. die Chronizität sowie die Notwendigkeit wiederholter stationärer Behandlung zu berücksichtigen. Bei Hautkrankheiten mit stark schwankendem Leidensverlauf kommt ein Durchschnitts-GdS in Betracht. Bei Kindern können sich Hautkrankheiten schwerer auswirken als bei Erwachsenen.

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

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

17.1 Ekzeme

Kontaktexzeme (z. B. irritatives und allergisches Kontaktexzem)

geringe Ausdehnung und bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0 - 10
sonst	20 - 30

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

geringe, auf die Prädilektionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0 - 10
---	--------

bei länger dauerndem Bestehen.....20 - 30

mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere
Gesichtsbefall..... 40

mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter
Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr..... 50

Seborrhoisches Ekzem

geringe Ausdehnung und Beschränkung auf die
Prädilektionsstellen..... 0 - 10

sonst, je nach Ausdehnung 20 - 30

17.2 Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ödem

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

häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare
Noxen oder 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.

17.3 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 tetraade)	wenigstens 50

17.4 Rosazea, Rhinophym

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

17.5 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

17.6 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.

17.7 Psoriasis vulgaris

auf die Prädilektionsstellen 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.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

7. GdB-Bewertung bei Psoriasis vulgaris [222]

Es wurde angefragt, wie der GdB bei Psoriasis vulgaris zu bewerten sei, wenn nur die Haut des behaarten Kopfes befallen ist. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass die behaarte Kopfhaut eine typische Prädispositionsstelle sei und in der Regel ein GdB von unter 20 rechtfertige. Um Missverständnissen zu begegnen, werden die Anhaltspunkte geändert: Auf Seite 109 der Anhaltspunkte ist im Abschnitt Psoriasis vulgaris nach „auf die Prädispositionsstellen“ die Klammer „(mit Ausnahme des behaarten Kopfes)“ zu streichen.

17.8 Erythrodermien

- bei leichter Intensität des Krankheitsprozesses 40
- bei mittlerer Intensität des Krankheitsprozesses ohne wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand.....50 - 60
- mit stärkerer Auswirkung auf den Allgemeinzustand.....70 - 80

17.9 Ichthyosis

- leichte Form,
auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit trockener Haut, mäßiger Schuppung, ohne wesentliche Verfärbung..... 0 - 10
- mittlere Form
auf Stamm und Extremitäten weitgehend begrenzt, mit

stärkerer Schuppung und Verfärbung 20 - 40

schwere Form
mit ausgeprägter Schuppung und Verfärbung der gesamten
Haut, insbesondere der Gelenkbeugen und des Gesichts 50 - 80

17.10 Mykosen

bei begrenztem Hautbefall 0 - 10

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

Chronisch rezidivierendes Erysipel

ohne bleibendes Lymphödem 10

sonst, je nach Ausprägung des Lymphödems 20 - 40

Chronisch rezidivierender Herpes simplex

geringe Ausdehnung, bis zu dreimal im Jahr rezidivierend 0 - 10

größere Ausdehnung, häufiger rezidivierend 20

17.11 Totaler Haarausfall

(mit Fehlen von Augenbrauen und Wimpern) 30

17.12 Naevus

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

Pigmentstörungen (z. B. Vitiligo)

an Händen und/oder Gesicht

gering	10
ausgedehnter	20
sonst	0

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

nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I ([pT1 bis T2] pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien (pT1 bis T2) pN0 bis N2 M0.....	50
in anderen Stadien.....	80

Auf S. 101 der Publikation „Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV – Versorgungsmedizinische Grundsätze“ findet sich unter 17.13 ein redaktioneller Fehler. Der Originaltext der VersMedV vom 10. Dezember 2008 (BGBl,I S 2412) lautet wie oben gefasst.

18 Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten

18.1 Allgemeines

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

Der GdS für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen wird entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicher Weise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt.

Außergewöhnliche Schmerzen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen. Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

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

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

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

Fremdkörper beeinträchtigen die Funktion nicht, wenn sie in Muskel oder

Knochen reaktionslos eingeeilt sind und durch ihre Lage keinen ungünstigen Einfluss auf Gelenke, Nerven oder Gefäße ausüben.

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

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

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2001

1.2.1.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignen Knochentumoren [181]

Die Anwesenden stellten klar, dass die Hinweise in Nr. 26.1 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ eine sachgerechte Beurteilung maligner Knochentumoren gewährleisten. Einer Erstellung spezieller Kriterien für einzelne Tumorarten bedürfe es nicht.

November 1991

1.7 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Osteoporose [87]

Ein versorgungsärztlicher Dienst hatte angefragt, welcher Stellenwert der „Osteodensitometrie“ bei Begutachtungen der Osteoporose nach dem Schwerbehindertengesetz zukomme. Von den Beiratsmitgliedern wurde hierzu ausgeführt, daß die Osteodensitometrie die Möglichkeit biete, den Kalkgehalt der Knochen quantitativ zu bestimmen. Für die gutachtliche Beurteilung der Osteoporose seien jedoch nicht die – auch im normalen Röntgenbild abschätzbare – Kalkarmut der Knochen, sondern allein die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen und das Ausmaß von Schmerzen maßgebend. Der Osteodensitometrie komme daher keine eigene Bedeutung bei der gutachtlichen Beurteilung der Osteoporose zu.

18.2 Entzündlich-rheumatische Krankheiten

18.2.1 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 Krankheitsaktivität) 20 - 40
- mit mittelgradigen Auswirkungen
(dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden,
therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) 50 - 70
- mit schweren Auswirkungen
(irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) ... 80 - 100

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2012

6. Sonstiges [260]

(1) Es erfolgte der Hinweis, dass die letzten begutachtungsrelevanten Beschlüsse vom März 2012 unter den Ausführungen zur aggressiven Therapie eine fehlerhafte Aussage enthalten. Im Ergebnis einer Überprüfung wurde beschlossen, den Satz „Hinweis: In der Regel werden ohnehin Tagesdosierungen von 0,5-1,5 mg Prednisolon-Äquivalent pro kg Körpergewicht weit unterhalb der Cushing-Schwelle verwendet.“ ersatzlos zu streichen.

März 2012

4. Was ist im Rahmen der Behandlung von entzündlich-rheumatischen Krankheiten, Kollagenosen und Vaskulitiden unter einer „aggressiven Therapie“ zu verstehen? [254]

Die VersMedV gibt vor, dass bei einer anhaltenden aggressiven Therapie ein GdS von 50 nicht unterschritten werden sollte. Angesichts einer in der anerkannten Fachliteratur fehlenden Begriffsbestimmung ist fraglich, was unter einer aggressiven Therapie zu verstehen ist.

Im Ergebnis einer umfangreichen Fachdiskussion wurde festgehalten, dass eine „aggressive Therapie“ in Zeiten rasch fortschreitender Arzneimittelentwicklung und Fortentwicklung der Therapieleitlinien nicht durch eine feste Arzneimittelkombination defi-

niert ist.

Vielmehr sind die Auswirkungen einer über 6 Monate anhaltenden Therapie zu berücksichtigen. Vom BMAS wurde darauf hingewiesen, dass sich die Gesamtüberarbeitung der VersMedV mit der Thematik klarstellend befassen wird.

In Anbetracht derzeit erheblich diffuser Interpretationsvarianten und damit einhergehend grober Bewertungsschwankungen wurde beschlossen, der versorgungsmedizinischen Begutachtung überbrückend folgende Bewertungshilfen zur Hand zu geben:

1. Die bei weitem aggressivste Form der Therapie stellt die Behandlung mit dem Zytostatikum Cyclophosphamid dar. Die für die Immunsuppression benötigte Dosierung unterscheidet sich kaum von der in der Tumorthherapie eingesetzten Dosis. Wegen Karzinogenität gilt jedoch äußerste Zurückhaltung bei Verwendung außerhalb der Krebstherapie. Durch Beeinträchtigung der Immunantwort besteht die Gefahr lebensbedrohlicher, bisweilen tödlicher Infektionen.
2. Das Zytostatikum Methotrexat, das als DMARD (disease modifying antirheumatic drug) in erheblich niedrigerer Dosierung eingesetzt wird (7,5-20 mg pro Woche) als zur Tumorthherapie, zeigt nicht annähernd die gleichen Nebenwirkungen.
Auch die Therapie mit den Immunsuppressiva Azathioprin, Ciclosporin und Mycophenolatmofetil weist nicht das gleiche Gefährdungspotential auf, so dass hier nicht von einer aggressiven Therapie im Sinne der versorgungsmedizinischen Grundsätze auszugehen ist.
3. Hinsichtlich der relativ neuen Gruppe der Biologika liegen gegenwärtig keine Daten vor, die gegenüber dem Cyclophosphamid ein vergleichbares Spektrum an unerwünschten Wirkungen aufweisen. Von einer aggressiven Therapie im Sinne der versorgungsmedizinischen Grundsätze ist nicht auszugehen.
4. Bei schweren Verlaufsformen der Erkrankungen des rheuma-

tischen Formenkreises erfolgt die medikamentöse Therapie zusätzlich mit hochdosierten Glucocorticoiden. Darunter ist eine Dosierung zu verstehen, die sich deutlich oberhalb der Cushing-Schwelle von 7,5 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag bewegt. Bei einer alleinigen Therapie mit hochdosierten Glucocorticoiden handelt es sich nicht um eine „aggressive Therapie“. Sollte dieselbe über sechs Monate anhalten, sind die Auswirkungen entsprechen eines Cushing-Syndroms (Versorgungsmedizinische Grundsätze 15.7) zu bewerten. Hinweis: In der Regel werden ohnehin Tagesdosierungen von 0,5-1,5 mg Prednisolon-Äquivalent pro kg Körpergewicht weit unterhalb der Cushing-Schwelle verwendet.

Resümee

Von einer aggressiven Therapie im Sinne der VersMedV (GdS wenigstens 50!) kann ausgegangen werden, wenn Zytostatika im Anfangsstadium einer hochentzündlich und aggressiv verlaufenden Erkrankung in hoher Dosierung zur Vermeidung von irreparablen Gelenk- oder Organschäden eingesetzt werden müssen und hierbei mit starken Nebenwirkungen durch die Chemotherapie gerechnet werden muss.

Diese Nebenwirkungen würden auftreten in Form einer deutlichen Schädigung der Blutzellen, sich darstellen durch massive Entzündungen der Schleimhäute und eine Blutungsneigung, sich dokumentieren durch eine starke Appetitlosigkeit, durch eine erhebliche Müdigkeit und Erschöpfung, wenn chronische Organschäden an Herz, Lunge und Nieren drohen und wenn mit Nervenstörungen zu rechnen ist.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1986

2.3 MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“; Beurteilung bei Fußdeformitäten [34]

Zur Beurteilung der Fußdeformitäten nach der Nummer 26.18, Seite 117 der „Anhaltspunkte“ war in dem vorgenannten Schreiben darauf hingewiesen worden, daß bei rheumatischen Füßen häufig eine Belastbarkeit des Fußes kaum noch gegeben sei und insofern der MdE-Wert wesentlich höher angesetzt werden müsse. Die Beiratsmitglieder sahen auch hier im Hinblick auf die allgemeinen Hinweise zur Beurteilung von degenerativen und chronisch-entzündlichen Gelenkveränderungen auf den Seiten 102/103 der „Anhaltspunkte“ keine Notwendigkeit für eine Ergänzung der „Anhaltspunkte“.

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

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

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

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

18.4 Fibromyalgie

Die Fibromyalgie, das Chronische Fatigue Syndrom (CFS), die Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und ähnliche Syndrome sind jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (*ErsteÄndVO Vers-MedV*), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 18.4 wie folgt gefasst:

18.4 Fibromyalgie

Die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungssyndrome (z. B. CFS/MCS) sind jeweils im Einzelfall entsprechend den funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

November 2022

3. Bewertung von Post-Covid/Long-Covid nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) [313]

Der Begriff „Post Covid Syndrom (PCS)“ fasst eine Vielzahl von Symptomen zusammen, die nach der akuten Phase einer SARS-CoV-2 Infektion auftreten können (vgl. *Dtschrztebl.* 14.10.2022, DOI 10.3238/arztebl.2022.Stellungnahme PCS). In diesem Zusammenhang steigt die Zahl der Anträge nach dem SGB IX (Feststellung von Behinderungen).

Der GdB ist final, also unabhängig von der Ursache festzustellen. Die GdB-Bemessung ist abhängig vom Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen der jeweiligen Funktionssysteme.

Diese Gesundheitsstörungen können in den jeweiligen Kapiteln der VMG anhand der dort aufgeführten Kriterien sachgerecht beurteilt werden.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2007

GdB bei Fibromyalgie [227]

Es war gefragt worden, ob die Aufnahme der „Fibromyalgie“ in die ICD-10 eine Anerkennung als Krankheit bedeute.

Die „Anerkennung“ einer Krankheit erfolgt nach Meinung des Bei-

rates nicht durch eine Behörde, sondern in der medizinischen Wissenschaft. Da es bei den „Anhaltspunkten“ auf die Auswirkung von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe und nicht auf Diagnosen ankommt, ist ein Eintreten in die Diskussion zu dieser Frage ebenso unnötig wie eine Änderung der „Anhaltspunkte“.

November 2004

5. GdB/MdE-Begutachtung und postvirales Erschöpfungssyndrom [210]

Ein Behindertenverband hat vorgeschlagen, dass Chronic Fatigue-Syndrome (CFS) grundsätzlich als postvirales Erschöpfungssyndrom zu bezeichnen. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass im Einzelfall ein CFS sehr wohl para- bzw. postviral auftreten kann, wenn die Infektion nachgewiesen ist, dass dies jedoch nicht für alle CFS gelte. Deshalb sahen die Beiratsmitglieder keinen Handlungsbedarf zur Änderung der „Anhaltspunkte“.

November 1998

1.9 Gutachtliche Beurteilung von Umwelterkrankungen [140]

Zur Diskussion stand, ob die bisherigen Erfahrungen ausreichen, für „Umweltkrankheiten“ (z. B. Chronisches Müdigkeitssyndrom, Multiple chemical sensitivity Syndrom, Fibromyalgie) Kriterien für die GdB/MdE-Bewertung zu erarbeiten.

Die Anwesenden verneinten dies einstimmig. Auch bei der Beurteilung dieser Erkrankungen komme es stets auf die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen an. Wenn in den „Anhaltspunkten“ für „Umweltkrankheiten“ keine speziellen Beurteilungskriterien genannt seien, sei der GdB/MdE-Grad in Analogie zu vergleichbaren – in den „Anhaltspunkten“ genannten – Gesundheitsstörungen zu bewerten. Bei Krankheitsbildern (Störbildern) mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerz-

verarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen, denen kein oder primär kein organischer Befund zugrunde liegt, kämen als Vergleichsmaßstab z. B. die in Nr. 26.3 der „Anhaltspunkte“ unter „Neurologischen und Persönlichkeitsstörungen“ genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und eventuellen sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht. Der erfolgte therapeutische und rehabilitative Aufwand könne als zusätzlicher Hinweis auf das Ausmaß der Beeinträchtigung angesehen werden. Auf dieser Basis können auch ohne spezielle Kriterien sachgerechte Beurteilungen abgegeben werden.

November 1991

1.8 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Fibromyalgiesyndrom [88]

In einem Sozialgerichtsverfahren war das Fibromyalgiesyndrom bei fehlenden Ausfallserscheinungen und fehlenden laborchemischen Entzündungszeichen gutachtlich als Schwerbehinderung beurteilt und zusätzlich ein „psychovegetatives Syndrom“ und ein „Wirbelsäulensyndrom“ als Behinderungen angesehen worden. Ein Land hatte deshalb den Beirat um Stellungnahme gebeten. Die Anwesenden stellten fest, daß das Fibromyalgiesyndrom unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur nicht als eigenständiges Krankheitsbild zu beurteilen ist. Gutachtlich sei vielmehr neben einer somatischen Funktionseinbuße auch die psychische Beeinträchtigung (chronisch fixierte Schmerzen, Schlafverlust u. s. w.) zu berücksichtigen. Bei stärkeren psychischen Störungen könne – analog psychovegetativer Störungen – ein GdB von 20 gerechtfertigt sein. Somatische Funktionsbeeinträchtigungen seien ggf. zusätzlich zu beurteilen.

18.5 Chronische Osteomyelitis

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

Ruhende Osteomyelitis (Inaktivität wenigstens 5 Jahre) 0 - 10

Chronische Osteomyelitis

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

mittleren Grades
(ausgedehnterer Prozess, häufige oder ständige Fiste-
eiterung, 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 (einschließlich Röntgenbildern und Laborbefunden) keine Aktivitätszeichen mehr erkennbar gewesen sind. Dabei ist in der Regel der GdS nur um 20 bis 30 Punkte niedriger einzuschätzen und zwei bis vier Jahre lang noch eine weitere Heilungsbewährung abzuwarten, bis der GdS nur noch von dem verbliebenen Schaden bestimmt wird.

18.6 Muskelkrankheiten

Bei der Beurteilung des GdS ist von folgenden Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen:

Muskelschwäche

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

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

mit schweren Auswirkungen (bis zur Geh- und Steh-
unfähigkeit und Gebrauchsunfähigkeit 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.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2000

1.8 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Muskelatrophie [175]

Der Vorschlag aus einem Versorgungsärztlichen Dienst, beim Vorliegen einer Muskelatrophie den GdB/MdE-Grad analog der Multiplen Sklerose (MS) unter dem Gesichtspunkt einer Heilungsbeurteilung zu beurteilen, wurde von den Anwesenden einhellig ver-

neint. Eine Muskelatrophie ist ein progressives Leiden, das nicht – wie eine MS – nach Abklingen eines akuten Stadiums zu Rezidiven neigt und bei dem keine Ungewissheit über den weiteren Leidensverlauf besteht. Die GdB/MdE-Beurteilung richtet sich allein nach den tatsächlich vorliegenden Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen.

Oktober 1989

2.1.5 Beurteilung des GdB bei Muskelkrankheiten [62]

Zur Diskussion stand eine Veröffentlichung von R. Forst und J. Forst in Heft 9/1989 der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ zur orthopädischen Begutachtung Muskelkranker nach dem Schwerbehindertengesetz, in der die Autoren Kriterien für die GdB-Beurteilung von Behinderten mit Muskelkrankheiten erarbeitet und sich auch zu den Merkzeichen geäußert hatten.

Die Beiratsmitglieder merkten hierzu an, daß die von den Autoren angegebenen GdB-Spannen für die Einschätzung Muskelkranker, z. B. für die Progressionsgruppe II GdB 30 bis 50 – der besser mit 20 bis 40 beurteilt werden sollte – deutlich machten, daß der Gutachter nicht auf eine einzelfallbezogene Beurteilung verzichten könne und das Ausmaß der Beeinträchtigung stets mit anderen Behinderungen vergleichen müsse. Dennoch hielten sie die von den Autoren angegebene Einteilung in vier Progressionsgruppen für eine geeignete Hilfe zur Begutachtung von Behinderten mit Muskelkrankheiten. Soweit in der Veröffentlichung die Merkzeichen angesprochen wurden, wiesen die Anwesenden darauf hin, daß das Merkzeichen „aG“ für die Progressionsgruppe III nur bei dem höchsten GdB und die Progressionsgruppe IV in Betracht komme. Das Merkzeichen „RF“ sei auch in der Progressionsgruppe IV nicht regelhaft zu begründen.

18.7 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.

Dieser GdS ist auf harmonischen Körperbau bezogen.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind (z. B. bei Achondroplasie, bei Osteogenesis imperfecta) mit dem Kleinwuchs verbundene Störungen wie

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2003

1.9 GdB/MdE-Beurteilung bei Kleinwuchs [204]

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, ob auch bei Menschen mit einer Körperhöhe größer als 140 cm ein GdB/MdE-bedingender Kleinwuchs vorläge. Dies wurde für den Regelfall von den Beiratsmitgliedern verneint. Bei derartigen Menschen liegt kein Klein-

sondern allenfalls ein Minderwuchs vor. Eine Änderung der „Anhaltspunkte“ ergebe sich daraus nicht.

April 1991

3.8 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Kindern mit Achondroplasie [99]

Dem BMA war eine gutachtliche Stellungnahme von Prof. . . . , Direktor der Universitäts-Kinderlinik . . . , zur Kenntnis gegeben worden, in der dieser sich zum GdB und zum Merkzeichen „G“ bei Kindern mit Achondroplasie geäußert und zusammenfassend festgestellt hatte, daß unter Berücksichtigung aller Störungen, die bei Kindern mit Achondroplasie auftreten können (z. B. Kreuzschmerzen, Mittelohrschwerhörigkeit, Hydrocephalus internus und weitere Komplikationen infolge unzureichender Vorsorge), der GdB stets mit 100 zu beurteilen sei und daneben auch stets die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ vorlägen. Die Beiratsmitglieder konnten sich den Ausführungen von Prof. . . . nicht anschließen, weil die beschriebenen Behinderungen nicht regelhaft bei allen Kindern mit Achondroplasie auftreten. Sie machten deutlich, daß allen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertengesetz nur die Auswirkungen der zum Zeitpunkt der Begutachtung tatsächlich bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen zugrundegelegt werden könnten, wobei zu berücksichtigen sei, daß nur der Zustand als Behinderung gelten könne, der von dem für das Lebensalter typischen abweiche. Hierbei sei auch das Urteil des BSG vom 17.9.1980 – 9 RVs 3/80 – zu berücksichtigen, in dem das Gericht sich zur MdE bei Kindern mit Chondrodysplasie (heute Achondroplasie) geäußert hatte. Nach Auffassung des BSG könne bei einem solchen Kind die MdE (jetzt GdB) nicht für den Zustand festgelegt werden, der erst in der weiteren Zukunft seinen endgültigen Umfang erreiche. Vielmehr werde eine solche Gesundheitsstörung erst später – mit der altersgemäßen Einstufung in eine bestimmte Schulklasse – behinderungsrelevant. Selbst wenn die Kleinwüchsigkeit schon jetzt – das Kind war während des

anhängigen Verfahrens 1 3/4 bis 5 3/4 Jahre alt – als Behinderung gewertet werden könnte, hätte sie nicht ein solches Ausmaß erreicht, daß eine MdE um 50 v. H. gerechtfertigt wäre.

Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen des BSG vertraten die Beiratsmitglieder übereinstimmend die Auffassung, daß bei Kindern mit Achondroplasie die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche und ebenso der GdB nur im Einzelfall zu beurteilen seien, wobei die Skelettveränderungen allein einen GdB von höchstens 50 rechtfertigen könnten.

18.8 Großwuchs

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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

April 1989

2.1.8 Beurteilung des GdB bei Großwuchs [64]

Von einem Beiratsmitglied war die Frage gestellt worden, ob ein Großwuchs – z. B. eine Körpergröße von 2,25 m – als Behinderung angesehen werden könne. Die Mitglieder verneinten dies im Hinblick darauf, daß der Großwüchsige sich – im Gegensatz zum Kleinwüchsigen – in jeder Situation selbst helfen und das ausgleichen könne, was der Großwuchs in bestimmten Situationen an Unbequemlichkeiten mit sich bringe. Großwüchsige Menschen kämen im übrigen in unserer Gesellschaft immer häufiger vor, so daß von der Umwelt – wiederum im Unterschied zu Kleinwüchsigen – keine negativen Reaktionen zu erwarten seien, die sich psychisch nachhaltig auswirken könnten. Wenn allerdings bei großwüchsigen Menschen außergewöhnliche psychoreaktive Störungen nachgewiesen seien, müßten diese – ebenso wie in anderen Fällen auch – als Behinderung beurteilt werden.

18.9 Wirbelsäulenschäden

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

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

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

Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome)	20

mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) 30

mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30 - 40

mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) 50 - 70

bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehufähigkeit 80 - 100

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

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

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

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2012

1. Funktionsstörungen der Wirbelsäule – Bewegungseinschränkungen alleiniger Maßstab für die GdS-Beurteilung? [251]

Anlassgebunden wiesen die Mitglieder der AG darauf hin, dass medizinische Fachartikel, auch wenn sie in renommierten Fachzeitschriften wie u. a. dem „Medizinischen Sachverständigen“ publiziert werden, nicht den Stellenwert eines antizipierten Sachverständigengutachtens verkörpern. Es handelt sich um Einzelbeiträge, die für gutachtliche Bewertungen nur dann relevant sein können, wenn sie eine Mehrheitsmeinung Bezug nehmend auf den in der medizinischen Lehre aktuell anerkannten Wissensstand wiedergeben.

Vor dem genannten Hintergrund ist einem 12 Jahre altem Artikel von Bruns MedSach 3/2000 S. 75/76 zur Bewertung der Funktionsstörungen der Wirbelsäule nicht uneingeschränkt zu folgen. Insbesondere bleibt zu beachten, dass Bewegungsmaße allein nicht Maßstab für die Bewertung einer Funktionsbehinderung sein können. Dieselbe muss im sachlichen Ergebnis einer gutachtlichen Gesamtschau stets alle Beurteilungsfakten berücksichtigen. Hierzu zählen neben Bewegungsmaßen alle Aspekte einer objektivierbaren Befundkonstellation (u. a. Röntgenbefund) sowie das Beschwerdeausmaß (Schmerzsymptomatik). Insbesondere ist unter den Bedingungen einer Begutachtung daran zu denken, dass es einen Wechsel von hoch schmerzhaften Phasen zu Zeiträumen relativer Schmerzarmut gibt und dass an der Wirbelsäule die Thematik einer psychogenen Überlagerung bzw. somatoformen Störung eine wichtige Rolle spielt.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2000

1.9 Gutachtliche Beurteilung bei Wirbelsäulenschäden mit Titaninterponaten [176]

Auf eine entsprechende Frage stellten die Beiratsmitglieder klar, dass auch nach Bandscheibenoperationen mit Einsätzen von Fremdmaterial wegen der weiterhin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen ein GdB/MdE-Grad von 20 nicht unterschritten werden sollte. Im Übrigen richtet sich die Beurteilung nach den in Nr. 26.18, S. 139f der „Anhaltspunkte“ genannten Kriterien.

November 1991

1.5 Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Bandscheibenoperation [85]

In einem im Deutschen Ärzteblatt Nr. 28/29 1991, erschienenen Artikel hatte Prof. Dr. Krämer, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Bochum, ein Postdiskotomiesyndrom ohne neurologische Ausfälle mit starken Dauerschmerzen mit einem GdB von 100 beurteilt, weil in einem solchen Fall Erwerbsunfähigkeit vorliege. Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß für die GdB-Beurteilung der alleinige Bezug auf das Erwerbsleben nicht maßgebend sei und aus einer Anerkennung von Erwerbsunfähigkeit nicht auf den GdB/MdE-Grad geschlossen werden könne (vgl. Nr. 18 Abs. 1 der „Anhaltspunkte“). Insofern seien die von Prof. Krämer genannten GdB-Werte für Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz nicht geeignet. Vielmehr reichten die in den „Anhaltspunkten“ genannten Kriterien für eine – auch im Vergleich zu anderen Behinderungen – sachgerechte Beurteilung aus, wenn außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen entsprechend berücksichtigt würden (vgl. Nr. 26.18, Seite 105. so-

wie Nr. 18 Abs. 8 der „Anhaltspunkte“).

April 1990

2.2.1 Beurteilung des GdB bei Scheuermann-Krankheit [73]

Ein niedergelassener Orthopäde hatte Kritik an den in der Nummer 26.18 auf Seite 106 der „Anhaltspunkte“ genannten Beurteilungskriterien für eine Korsettversorgung bei Scheuermann-Krankheit geäußert und unter Berufung auf einen namhaften Klinikgutachter hierfür einen GdB von wenigstens 70 gefordert.

Der BMA hatte von diesem Klinikgutachter, der auch an der Erarbeitung des diesbezüglichen Kapitels der „Anhaltspunkte“ mitgewirkt hatte, eine Stellungnahme eingeholt und diese den Beiratsmitgliedern vorab zur Kenntnis gegeben. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die „Anhaltspunkte“ nur Regelfälle beschreiben, wurde aufgrund der ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme festgestellt, daß die in diesen Richtlinien genannten Kriterien auch weiterhin zutreffend seien. Wenn allerdings bei der Scheuermann-Krankheit – was sehr selten, z. B. bei starken Schmerzen vorkomme – mehrere große Abschnitte der Wirbelsäule einschließlich der Brust- und Lendenwirbelsäule durch eine Korsettversorgung (z. B. Milwaukee- Korsett) ruhig gestellt werden müßten, könnten – entsprechend einer Korsettversorgung bei Skoliose (vgl. Abschnitt „Andere Wirbelsäulenschäden“, Nummer 26.18, S. 106 der „Anhaltspunkte“) – auch GdB-Werte von wenigstens 50 in Betracht kommen. Eine Änderung oder Ergänzung der „Anhaltspunkte“ sei somit nicht erforderlich.

Oktober 1989

2.1.2 Beurteilung des GdB bei bandscheibenbedingten Erkrankungen – einschließlich Merkzeichen „G“ [59]

Von einem Beiratsmitglied wurde im Hinblick auf eine Veröffentlichung von W. Vogelberg in Heft 4/1989 der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ zum Thema „Zur gutachtlichen Beurteilung bandscheibenbedingter Erkrankungen im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht“ die Frage gestellt, ob nicht bei Stenosen des lumbalen Wirbelkanals mit neurogenem Hinken häufig ein GdB von 50 und das Merkzeichen „G“ angenommen werden könne.

Dr. Vogelberg selbst wies bei der Diskussion darauf hin, daß die Auswirkungen dieses Krankheitsbildes mit denen bei der arteriellen Verschlusskrankheit vergleichbar seien. Oftmals komme es schon nach einer Gehstrecke von über 50 m zu einer Claudicatio intermittens, die Pausen von mehreren Minuten notwendig mache. Unter diesen Umständen seien GdB-Werte von 30 bis 50 – wie in dem o. g. Artikel vorgeschlagen – als angemessen anzusehen, allerdings müsse sich die Beurteilung stets am Einzelfall orientieren.

Die Beiratsmitglieder stimmten den Empfehlungen von Dr. Vogelberg zur GdB-Bewertung einstimmig zu. Zum Merkzeichen „G“ wiesen sie auf die Nr. 30 Abs. 3, 1. Unterabsatz, letzter Satz der „Anhaltspunkte“ sowie auf das Beratungsergebnis vom 26. Oktober 1988 (TOP 2.3) hin.

2.1.3 Beurteilung des GdB bei Wirbelgleiten [61]

Prof. . . . , Orthopädische Universitätsklinik . . . , hatte dem BMA in einem Schreiben unter Hinweis auf einen beigegeführten eigenen, zur Veröffentlichung vorgesehenen Aufsatz mitgeteilt, daß der in der Nr. 26.18 auf Seite 106 der „Anhaltspunkte“ empfohlene GdB von 50 bis 70 für eine Spondylolisthesis mit Gleiten um mehr als zwei Drittel des Wirbelkörpers zu hoch sei. Er hatte vorgeschlagen, diese Behinderung bei isoliertem Vorkommen nur mit einem GdB von 30 zu bewerten und empfehlen, besondere Situationen – z. B. eine Kyphosierung des Gleitwirbels mit der daraus resultierenden Fehlstatik infolge Wirbelkippung – zusätzlich zu berücksichtigen.

Die Beiratsmitglieder stellten hierzu fest, daß in den „Anhaltspunkten“ eine Spondylolisthesis mit Gleiten um mehr als zwei

Drittel des Wirbelkörpers als Beispiel für eine schwere Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule genannt ist. Daraus kann nicht geschlossen werden, daß jedes Wirbelgleiten in dem genannten Umfang zu ungünstigen Verhältnissen führt und deshalb – d. h. ohne zusätzliche Auswirkungen – mit einem GdB von 50 bis 70 zu beurteilen ist; maßgebend ist stets die tatsächliche Funktionsbeeinträchtigung.

Die Anwesenden vertraten die Auffassung, daß nach den von Prof. ... genannten Kriterien ein Wirbelgleiten von mehr als einer halben Wirbelkörperbreite durchaus mit einem GdB bis 70 beurteilt werden könne, wenn mit dem Wirbelgleiten weitere schwerwiegende Funktionsstörungen verbunden seien; insofern sei das in den „Anhaltspunkten“ genannte Beispiel nicht falsch. Im Übrigen wiesen sie darauf hin, daß die „Anhaltspunkte“ keine differenzierten Beurteilungskriterien für das Wirbelgleiten enthielten. Sie schlugen vor, daß in den Ländern diesbezügliche Vorschläge erarbeitet und diese auf der nächsten Sitzung diskutiert werden sollten. Vom Ergebnis dieser Diskussion sollte es dann abhängig gemacht werden, ob eine Ergänzung der „Anhaltspunkte“ noch vor deren Überarbeitung in Betracht komme.

18.10 Beckenschäden

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

18.11 Gliedmaßenschäden, Allgemeines

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

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

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

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

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

18.12 Endoprothesen

Es werden Mindest-GdS angegeben, die für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen.

Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch

- Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung,
- Nervenschädigung,

- deutliche Muskelminderung,
- ausgeprägte Narbenbildung.

Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

Hüftgelenk

- bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10
- bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20

Kniegelenk

- bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 20
- bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30
- bei einseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 10
- bei beidseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 20

Oberes Sprunggelenk

- bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10
- bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20

Schultergelenk

- bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20
- bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 40

Ellenbogengelenk

- bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30

bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens... 50

Kleine Gelenke

Endoprothesen bedingen keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.

Aseptische Nekrosen

Hüftkopfnekrosen (z. B. Perthes-Krankheit)
während der notwendigen Entlastung 70

Lunatum-Malazie
während der notwendigen Immobilisierung 30

Bis zur Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (DritteÄndVO VersMedV), in Kraft getreten am 23. Dezember 2010, war 18.12 wie folgt gefasst:

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

Folgende Mindest-GdS sind angemessen:

Hüftgelenk
einseitig 20
beidseitig 40

Kniegelenk
einseitig 30
beidseitig 50

Endoprothesen anderer großer Gelenke sind entsprechend den Kniegelenksendoprothesen zu bewerten.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2012

2. Endoprothesenversorgung der Kniegelenke [252]

Im Ergebnis einer fachlichen Bewertung zur Fragestellung der Beweglichkeit eines endoprothetisch versorgten Kniegelenkes wurde beschlossen, dass die Bewegungsmaße für die Streckung/Beugung von 0-0-100° bzw. für die Beugung auch Werte von über 100° das bestmögliche Behandlungsergebnis repräsentieren. Gemäß ICF sollen bei Endoprothesen der unteren Extremitäten das ungestörte Sitzen auf einem Normstuhl und auf der Toilette, das freie Stehen, das Gehen ohne Hinken – auch auf der Treppe – und das Radfahren möglich sein.

Funktionseinschränkungen durch andere Behinderungen sind selbstverständlich abzugrenzen.

März 2011

6. Definition der Totalendoprothese des Kniegelenks, Teilhabebeeinträchtigung durch Speichenköpfchenprothese und Schultergelenkteilprothese [243]

Eine Totalendoprothese des Knies beinhaltet einen bikondylären Kniegelenkersatz. Bei einer Teilendoprothese wird nur der jeweils betroffene Teil der Oberschenkelrolle (innen oder außen) ersetzt samt der gegenüber liegenden Gelenkfläche des Schienbeinkopfes. Das bestmögliche funktionelle Ergebnis beinhaltet ein Winkelmaß des Kniegelenks für die Streckung/Beugung von 0-0-100° (Sitzen auf einem Normstuhl, Gehen ohne Hinken auch auf der Treppe). Eine Radiusköpfchenprothese führt zu keiner wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung. Eine Schultergelenkteilprothese wird wie eine

Schultergelenkvollprothese bewertet.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 2007

GdB nach Hüftkopfersatz [229]

Es stellte sich die Frage, ob der GdB nach Hüftkopfersatz (Teil- oder Hemiendoprothese) wie der nach Totalendoprothese des Hüftgelenks zu bewerten sei.

Dies wurde vom Beirat bejaht, da die funktionellen Ergebnisse vergleichbar seien.

18.13 Schäden der oberen Gliedmaßen

Extremitätenverlust

Verlust beider Arme oder Hände.....	100
Verlust eines Armes und Beines.....	100
Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf.....	80
<p>Unter einem sehr kurzen Oberarmstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche Funktionseinbuße wie der Verlust des Armes im Schultergelenk zur Folge hat. Das ist immer dann der Fall, wenn die Absetzungsebene in Höhe des Collum chirurgicum liegt.</p>	
Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk.....	70
Verlust eines Armes im Unterarm.....	50

Verlust eines Armes im Unterarm mit einer Stumpflänge bis 7 cm	60
Verlust der ganzen Hand	50
Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung bei gut beweglichem Schultergürtel	30
Eine Versteifung im Schultergelenk in einem Abspreizwinkel um ca. 45° und leichter Vorhalte gilt als funktionell günstig.	
Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung oder bei gestörter Beweglichkeit des Schultergürtels	40 - 50
Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel)	
Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit	10
Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit	20
Instabilität des Schultergelenks	
geringen Grades, auch seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr)	10
mittleren Grades, auch häufigere Ausrenkung	20 - 30
schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch ständige Ausrenkung	40
Schlüsselbeinpseudarthrose	
straff	0 - 10

schlaff	20	
Verkürzung des Armes bis zu 4 cm bei freier Beweglichkeit der großen Armgelenke	0	
Oberarmpseudarthrose		
straff	20	
schlaff	40	
Riss der langen Bizepssehne	0 - 10	
Versteifung des Ellenbogengelenks einschließlich Aufhebung der Unterarmdrehbewegung		
in günstiger Stellung	30	
in ungünstiger Stellung	40 - 50	
Die Versteifung in einem Winkel zwischen 80° und 100° bei mittlerer Pro- nationsstellung des Unterarms ist als günstige Gebrauchsstellung aufzu- fassen.		
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	
Nicht oder mit Deformierung verheilte Brüche oder Luxationen der Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhand- knochen 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 Beugstellung sind oft störender als ein glatter Verlust.

Verlust des Daumenendgliedes	0
Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes	10
Verlust eines Daumens	25
Verlust beider Daumen	40
Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen	30
Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens	10
Verlust von zwei Fingern	
mit Einschluss des Daumens	30
II+III, II+IV	30
sonst	25
Verlust von drei Fingern	
mit Einschluss des Daumens	40
II+III+IV	40
sonst	30
Verlust von vier Fingern	
mit Einschluss des Daumens	50

sonst	40
Verlust der Finger II bis V an beiden Händen	80
Verlust aller fünf Finger einer Hand	50
Verlust aller zehn Finger	100

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

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

Nervenausfälle (vollständig)

Armplexus	80
oberer Armplexus	50
unterer Armplexus	60
N. axillaris	30
N. thoracicus longus	20
N. musculocutaneus	20
N. radialis	
ganzer Nerv	30
mittlerer Bereich oder distal	20

N. ulnaris	
proximal oder distal	30
N. medianus	
proximal	40
distal	30
Nn. radialis und axillaris	50
Nn. radialis und ulnaris	50
Nn. radialis und medianus	50
Nn. ulnaris und medianus	50
Nn. radialis, ulnaris und medianus im Vorderarmbereich	60

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

18.14 Schäden der unteren Gliedmaßen

Verlust beider Beine im Oberschenkel	100
Verlust eines Beines im Oberschenkel und eines Beines im Unterschenkel	100
Verlust eines Beines und Armes	100
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf	80

Unter einem sehr kurzen Oberschenkelstumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine gleiche 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 (einschließlich Absetzung nach Gritti)	70
Notwendigkeit der Entlastung des ganzen Beines (z. B. Sitzbeinabstützung)	70
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	50
Notwendigkeit der Entlastung eines Unterschenkels (z. B. Schienbeinkopfabstützung)	50
Verlust eines Beines im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	60
Verlust beider Beine im Unterschenkel	80
bei einseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen	90
bei beidseitig ungünstigen Stumpfverhältnissen	100
Teilverlust eines Fußes, Absetzung	
nach Pirogow	
einseitig, guter Stumpf	40
beidseitig	70
nach Chopart	
einseitig, guter Stumpf	30

einseitig, mit Fußfehlstellung	30 - 50
beidseitig	60
nach Lisfranc oder im Bereich der Mittelfußknochen nach Sharp	
einseitig, guter Stumpf	30
einseitig, mit Fußfehlstellung	30 - 40
beidseitig	50
Verlust einer 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 am Fuß	20
Verlust aller Zehen an beiden Füßen	30
Versteifung beider Hüftgelenke je nach Stellung	80 - 100
Versteifung eines Hüftgelenks	
in günstiger Stellung	40
Die Versteifung eines Hüftgelenks in leichter Abspreizstellung von ca. 10°, mittlerer Drehstellung und leichter Beugstellung gilt als günstig.	
in ungünstiger Stellung	50 - 60
Ungünstig sind Hüftgelenkversteifungen in stärkerer Adduktions-, Abduktions- oder Beugstellung.	

Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke

geringen Grades

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

einseitig.....10 - 20

beidseitig 20 - 30

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 (einschließlich sogenannte angeborene Hüftluxation)

für die Dauer der vollständigen Immobilisierung.....100

danach bis zum Abschluss der Spreizbehandlung..... 50

Anschließend und bei unbehandelten Fällen richtet sich der
GdS nach der Instabilität und der Funktionsbeeinträchtigung.

Hüftgelenksresektion je nach Funktionsstörung..... 50 - 80

Schnappende Hüfte 0 - 10

Beinverkürzung

bis 2,5 cm	0
über 2,5 cm bis 4 cm	10
über 4 cm bis 6 cm	20
über 6 cm	wenigstens 30

Oberschenkel pseudarthrose

straff	50
schlaff	70

Faszienlücke (Muskelhernie) am Oberschenkel..... 0 - 10

Versteifung beider Kniegelenke..... 80

Versteifung eines Kniegelenks

in günstiger Stellung (Beugstellung von 10-15°)	30
in ungünstiger Stellung	40 - 60

Lockerung des Kniebandapparates

muskulär kompensierbar	10
unvollständig kompensierbar, Gangunsicherheit	20

Versorgung mit einem Stützapparat, je nach Achsenfehlstellung	30 - 50
---	---------

Kniescheibenbruch

nicht knöchern verheilt ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates	10
nicht knöchern verheilt mit Funktionseinschränkung des Streckapparates	20 - 40
Habituelle Kniescheibenverrenkung	
seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr)	0 - 10
häufiger	20
Bewegungseinschränkung im Kniegelenk	
geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90)	
einseitig	0 - 10
beidseitig	10 - 20
mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90)	
einseitig	20
beidseitig	40
stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90)	
einseitig	30
beidseitig	50
Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondroma- lacia patellae Stadium II – IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen,	
einseitig	
ohne Bewegungseinschränkung	10 - 30

mit Bewegungseinschränkung	20 - 40
Schienbeinpseudarthrose	
straff.....	20 - 30
schlaff.....	40 - 50
Teilverlust oder Pseudarthrose des Wadenbeins	0 - 10
Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung (Plantarflexion um 5° bis 15°)	20
Versteifung des unteren Sprunggelenks in günstiger Stellung (Mittelstellung)	10
Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks	
in günstiger Stellung.....	30
in ungünstiger Stellung	40
Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk	
geringen Grades	0
mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30).....	10
stärkeren Grades.....	20
Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk.....	0 - 10
Klumpfuß je nach Funktionsstörung	
einseitig.....	20 - 40
beidseitig	30 - 60

Andere Fußdeformitäten

ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) 0

mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung

geringen Grades 10

stärkeren Grades 20

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2016

4. Beurteilung des Charcot-Fußes – Diabetische Neuro-Osteoarthropathie [287]

In diesen Fällen ist wegen des unterschiedlichen Verlaufs und der unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Gehfähigkeit generell eine Einzelfallprüfung erforderlich, eine Inaugenscheinnahme ist hilfreich.

Versteifung aller Zehen eines Fußes

in günstiger Stellung 10

in ungünstiger Stellung 20

Versteifungen oder Verkrümmungen von Zehen außer der Großzehe 0

Versteifung der Großzehengelenke

in günstiger Stellung 0 - 10

in ungünstiger Stellung (z. B. Plantarflexion im Grundgelenk über 10°).....	20
Narben nach größeren Substanzverlusten an Ferse und Fußsohle	
mit geringer 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

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

März 1998

2.3 Gutachtliche Beurteilung bei anhidrotischer ektodermaler Dysplasie [143]

Von einem Beiratsmitglied war gefragt worden, wie der GdB und die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit nach § 33b EStG bei einem Kleinkind mit dem seltenen Krankheitsbild der „anhidrotischen ektodermalen Dysplasie“ gutachtlich zu beurteilen sei. Durch den Ausfall der Schweißproduktion müssten diese Kinder vor Situationen, die zu Überhitzung führen, geschützt werden; dies erfordere u. U. erhebliche Aufsicht durch die Eltern.

Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass der GdB bei einem so seltenen Krankheitsbild nur durch Analogvergleich mit Behinderungen ähnlicher Auswirkung zu beurteilen ist. Als solche Behinderungen kommen z. B. eine Ichthyosis oder eine Mukoviszidose in Betracht. Danach ist allein für die Dysplasie der Haut (Schweißdrüsen, Haare) ein GdB von 30 gerechtfertigt; begleitende Fehlbildungen oder eine entstellende Wirkung sind ggf. zusätzlich zu bewerten.

Hinsichtlich der Beurteilung der Hilflosigkeit kann eine Beaufsichtigung der Kinder allein zur Vermeidung von Überhitzungssituationen bei dem in Deutschland herrschenden Klima nicht die Annahme von „Hilflosigkeit“ begründen.

November 1992

4.4.5 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Säuglingen und Kleinkindern mit Anus praeter [102]

Zur Diskussion stand, ob Säuglingen und Kleinkindern mit Anus praeter ohne weitere Behinderungen das Merkzeichen „H“ zustehe. Die Beiratsmitglieder waren mehrheitlich der Meinung, dass die Pflege bei diesem Personenkreis nicht in erheblichem Maße die eines gesunden gleichaltrigen Kindes übersteige. Daher komme das Merkzeichen „H“ nicht in Betracht.

Oktober 1985

2.2.2 Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Muskelkrankheiten [23]

Von der ... Gesellschaft ... wurde die Bitte an den BMA herangetragen, bei Kindern und Jugendlichen mit bestimmten Muskelkrankheiten das Merkzeichen „H“ „automatisch“ zu gewähren, wobei eine Liste mit verschiedenen selteneren Muskelkrankheiten vorgelegt wurde.

Diese Liste wurde von den Beiratsmitgliedern diskutiert. Von Seiten des BMA wurde dazu ausgeführt, dass die Frage, ob auch Muskelkrankheiten in das Kapitel über die Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern aufgenommen werden sollten, schon bei der Erarbeitung der „Anhaltspunkte“ erörtert worden sei. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Einteilungen und nicht ganz einheitlichen Bezeichnungen und ebenso wegen der vielfältigen klinischen Erscheinungsformen und der damit verbundenen unterschiedlichen Auswirkungen sei jedoch seinerzeit davon abgesehen worden.

Die Beiratsmitglieder stellten übereinstimmend fest, dass sich die Situation inzwischen nicht geändert habe und daher auch jetzt eine generelle Regelung zur Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern mit Muskelkrankheiten nicht möglich sei. Jede einzelne Muskelkrankheit umfassende Richtlinien würden den Rahmen der „Anhaltspunkte“ sprengen. Entscheidend für die Beurteilung blieben immer die aktuellen Auswirkungen, die dann analog zu anderen in den „Anhaltspunkten“ genannten Gesundheitsstörungen hinsichtlich der Hilflosigkeit beurteilt werden müssten. Bei einer Reihe von Muskelkrankheiten könnten zweifellos schon sehr früh, bei ande-

ren dagegen erst im weiteren Verlauf die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt sein. In jedem Fall müssten im Hinblick auf die häufig rasche Progredienz dieser Muskelkrankheiten, Befundberichte aus jüngster Zeit beigezogen werden. Wenn diese nicht aussagekräftig seien, müsse eine Untersuchung durchgeführt werden. Dr. ... berichtete, dass er sich in diesem Sinne dem Verband gegenüber auch schon schriftlich geäußert habe.

Teil IV
C
Soziales
Entschädigungsrecht –
SER

zuletzt – 19. Dezember 2019 – geändert
durch Artikel 26 des Gesetzes zur
Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts

Die Begutachungskriterien für das Soziale Entschädigungsrecht
werden gesondert im Band II des Arbeitskompendiums
der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte
der Länder und der Bundeswehr abgebildet.

Teil V

D

Merkzeichen

1 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G)

- a) Nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist zu beurteilen, ob ein behinderter Mensch infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Hilflose und Gehörlose haben stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- b) In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein – d. h. altersunabhängig von nicht behinderten Menschen – noch zu Fuß zurückgelegt werden. Als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne gilt eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.
- c) Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- d) Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirken-

de Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüftgelenks, Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen.

- e) Bei 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 mit einem GdS von wenigstens 70 zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten. Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks.

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (ErsteÄndVOVersMedV), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 1e wie folgt gefasst:

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 zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tage auftreten. Analoges gilt beim Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks.

- f) Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen.

Bei Hörbehinderungen ist die Annahme solcher Störungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt.

Bei geistig behinderten Menschen sind entsprechende Störungen der Orientierungsfähigkeit vorauszusetzen, wenn die behinderten Menschen sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in den meisten Fällen zu bejahen.

Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der

Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2018

3. EDSS von 7: Vorschlag schon bei 6,5 das Merkzeichen aG zu gewähren [299]

Es wurde von einem Bundesland angefragt, ob auch unter einem EDSS Wert von unter 7,0 im Einzelfall aG vergeben werden kann. Bei einem vorliegenden EDSS Wert ist eine sorgfältige Einzelfallprüfung erforderlich, da der EDSS aus acht Funktionssystemen zusammengesetzt ist. Bei einem EDSS von 6,5 auf Dauer können im Einzelfall die Kriterien für aG erfüllt sein.

März 2017

2. MZ „aG“ bei Doppel Oberschenkelamputation, prothetische Versorgung [295]

[zurück](#)

In Umsetzung des BTHG (§ 146, Abs. 3 SGB IX) ist beim Funktionsverlust/ Verlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe das Mz „aG“ in Abhängigkeit vom Erfolg der prothetischen Versorgung zuzuerkennen.

März 2016

2. BSG-Urteil zur Gehbehinderung bei psychischen Störungen (11.8.2015, B 9 SB 1/14 R) [286]

[zurück](#)

Für die Beurteilung, ob eine erhebliche Gehbehinderung vorliegt, muss deutlich gemacht werden, welche Gesundheitsstörungen es im Einzelnen sind, die eine Beeinträchtigung des Gehvermögens bedingen.

Es muss nachgewiesen sein, dass die tatsächliche Beeinträchtigung der Gehfähigkeit so schwerwiegend ist, dass sie der einer mit 50 bewerteten Funktionsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten und/oder der unteren Wirbelsäule oder auch innerer Organe entspricht.

März 2012

5. Merkzeichen „aG“ und Doppelunterschenkelamputation [255]

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Fortschritte der Prothesenversorgung nach medizinischen Gesichtspunkten noch die gemäß Rechtshintergrund (Straßenverkehrsgesetz) verpflichtende Vergabe des Merkzeichens „aG“ rechtfertigen. Einvernehmlich wurde anerkannt, dass Menschen mit einer Doppelunterschenkelamputation nach fachlichen Bewertungskriterien in der Regel nicht die Voraussetzungen für die Gewährung des Merkzeichens „aG“ erfüllen, denn es handelt sich nicht um Menschen mit Behinderungen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass es bezüglich der gutachtlichen Umsetzung im Falle einer erforderlichen Vergleichsbetrachtung keine Probleme geben dürfte, da BSG-Urteile von 2002 und 2007 strenge Maßstäbe anlegen. Sie geben zur Begutachtung solcher als gleichwertig geltend gemachter Gehbehinderungen (außerhalb der Vergleichsgruppeneinstellung gemäß Straßenverkehrsgesetz und der VersMedV im Kapitel D3) vor, dass einem Vergleich ausschließlich die Vergleichsgruppe der Querschnittsgelähmten sowie Doppelober- und Doppelunterschenkelamputierten in ihrer Gesamtheit zugrunde zu legen ist.

März 2010

2. Adipositas permagna / Merkmale „G“ und „aG“ [236]

Die Adipositas permagna allein bedingt keinen GdB; die durch die Adipositas ausgelösten Funktionsstörungen sind allerdings bei der Beurteilung des GdB und der Feststellung von Merkmalen zu berücksichtigen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2004

7. Nachteilsausgleich „G“ bei tauben Erwachsenen [212]

Bedingt eine Sehbehinderung einen GdB von 50 oder 60, liegt eine Störung der Orientierungsfähigkeit nur dann vor, wenn neben der Sehbehinderung erhebliche Störungen der Ausgleichsfunktion vorliegen. Eine solche erhebliche Störung der Ausgleichsfunktion ist nach den „Anhaltspunkten“ z. B. eine hochgradige Schwerhörigkeit bds. (GdB 50). Nach Votum des Beirats genügt dagegen – wie auch 11/1987 festgestellt – bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Erwachsenenalter das gleichzeitige Vorliegen einer Sehbehinderung mit einem GdB von 30, um eine erhebliche Störung der Ausgleichsfunktion und damit Störung der Orientierungsfähigkeit anzunehmen.

März 2001

1.3.1 Gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) bei homonymer Hemianopsie [186]

Von einem regionalen Behindertenverband war dem BMA die Stellungnahme eines Augenarztes übersandt worden, in der dieser die Auffassung vertreten hatte, dass bei homonymer Hemianopsie (GdB/MdE-Grad 40) bereits so relevante Orientierungsstörungen vorlägen, dass – im Gegensatz zur Aussage in Nr. 30 Abs. 5 der „Anhaltspunkte“ – die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr auch dann gerechtfertigt sei, wenn keine erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion vorlägen.

Vom BMA war hierzu die Rechtskommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) um eine Stellungnahme gebeten worden, die von Herrn Dr. ... erläutert wurde. Danach besteht kein Zweifel, dass die Auswirkungen bei einer homonymen Hemianopsie weit weniger gravierend sind als z. B. bei einer Sehbehinderung mit einer Sehschärfe von 0,2 auf dem einen und Blindheit auf dem anderen Auge (GdB/MdE-Wert 70), weil eine homonyme Hemianopsie durch Kopfwendungen wesentlich kompensiert werden kann, im Gegensatz zu der beschriebenen Einschränkung der Sehschärfe. Insofern könne bei einer homonymen Hemianopsie auch keine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr angenommen werden.

Die Beiratsmitglieder schlossen sich den überzeugenden Argumenten des Sachverständigen an und sahen keine Veranlassung, die diesbezüglichen Ausführungen in Nr. 30 Abs. 5 der „Anhaltspunkte“ zu ändern.

April 1997

7. Verschiedenes: Merkzeichen „G“ bei Hüftgelenksversteifung [131]

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob bei einer mit einem GdB vom 40 zu beurteilenden Versteifung des Hüftgelenks in günstiger

Stellung – wie in der Nummer 30 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ ausgeführt – stets eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen sei, oder ob dies nur gelte, weil damit regelhaft typische Begleiterscheinungen an der Wirbelsäule verbunden seien.

Hierzu wurde die Auffassung vertreten, daß schon eine Hüftgelenkversteifung für sich alleine die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ rechtfertige.

Bei der GdB-Beurteilung müssten der Hüftgelenkschaden und der Wirbelsäulenschaden gesondert beurteilt werden, wenn es sich nicht nur um eine Ausgleichsbiegung im Rahmen des Hüftgelenksleidens handele.

März 1994

2. Gesundheitliche Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Anämien bzw. Leukämien [113]

Auf die Frage, wann bei einer Anämie eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis) anzunehmen sei, wiesen die Beiratsmitglieder darauf hin, daß bis zur Neufassung der „Anhaltspunkte“ analog der Beurteilung bei Dialysepatienten zu verfahren sei. Danach sei eine solche Einschränkung im allgemeinen bei einer chronischen Anämie mit einem Hb-Wert unter 8g/dl anzunehmen (vgl. Beirat TOP 2.6 vom 26.10.88).

Des weiteren wurde angefragt, wie in den Bundesländern bei der Zuerkennung von Merkzeichen bei Leukämiekranken nach durchgeführter Knochenmarktransplantation verfahren werde. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, daß dies für die Merkzeichen „G“ und „RF“ – wie bei anderen Organtransplantationen auch – vor allem vom Ausmaß der Immunsuppression abhängige.

November 1993

1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB und der Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Säuglingen und Kleinkindern [107]

Zu diesem Tagesordnungspunkt (vgl. auch TOP 4.4.4 vom 10./11.11.1992 und TOP 5.1 vom 18./19.3.1993) hat die zwischenzeitliche Prüfung unter rechtlichen Gesichtspunkten zu folgendem Ergebnis geführt:

Im Säuglings- und Kleinkindesalter ist der GdB nach dem Grade zu bemessen, der sich bei Erwachsenen mit der gleichen Gesundheitsstörung ergibt. Dies folgt aus dem Bezug auf § 30 Abs. 1 Satz 5 BVG in § 3 Abs. 3 SchwbG. Entsprechendes gilt – mit Ausnahme von Hilflosigkeit (Merkzeichen „H“) – auch für alle übrigen Nachteilsausgleiche. Bei diesen ist nicht zu prüfen, ob bei Säuglingen und Kleinkindern tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen. Allein bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ sind die Besonderheiten des Kindes- bzw. Jugendalters unter Beachtung der Nummer 22 Absatz 3 der „Anhaltspunkte“ zusätzlich zu berücksichtigen.

März 1992

5. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Verlust eines Armes im Schultergelenk [106]

Eine Interessenvertretung von Schwerbehinderten hatte um Prüfung gebeten, ob bei Verlust eines Armes im Schultergelenk nicht eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gegeben sei. In der Diskussion wurde keine Veranlassung gesehen, von dem Beiratsbeschluss vom 12.04.1978 abzugehen. Danach rechtfertigt der Verlust eines Armes im Schultergelenk allein nicht die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.

April 1991

1.2 Merkzeichen „G“ bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse [83]

Auf eine entsprechende Anfrage vertrat der Beirat die Auffassung, daß ein Behinderter mit einer chronischen Niereninsuffizienz, der durch eine kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD) behandelt wird, allein infolge der mit der technischen Durchführung der CAPD verbundenen Umstände nicht in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt ist (vgl. auch Beirat vom 22.10.1986 – TOP 3.2).

Oktober 1989

2.1.2 Beurteilung des GdB bei bandscheibenbedingten Erkrankungen – einschließlich Merkzeichen „G“ [59]

Von einem Beiratsmitglied wurde im Hinblick auf eine Veröffentlichung von W. Vogelberg in Heft 4/1989 der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ zum Thema „Zur gutachtlichen Beurteilung bandscheibenbedingter Erkrankungen im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht“ die Frage gestellt, ob nicht bei Stenosen des lumbalen Wirbelkanals mit neurogenem Hinken häufig ein GdB von 50 und das Merkzeichen „G“ angenommen werden könne.

Dr. Vogelberg selbst wies bei der Diskussion darauf hin, daß die Auswirkungen dieses Krankheitsbildes mit denen bei der arteriellen Verschlusskrankheit vergleichbar seien. Oftmals komme es schon nach einer Gehstrecke von über 50 m zu einer Claudicatio intermittens, die Pausen von mehreren Minuten notwendig mache. Unter diesen Umständen seien GdB-Werte von 30 bis 50 – wie in dem o. g. Artikel vorgeschlagen – als angemessen anzusehen, allerdings müsse sich die Beurteilung stets am Einzelfall orientieren. Die Beiratsmitglieder stimmten den Empfehlungen von Dr. Vogelberg zur GdB-Bewertung einstimmig zu. Zum Merkzeichen

„G“ wiesen sie auf die Nr. 30 Abs. 3, 1. Unterabsatz, letzter Satz der „Anhaltspunkte“ sowie auf das Beratungsergebnis vom 26. Oktober 1988 (TOP 2.3) hin.

Oktober 1988

2.6 Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Dialysepatienten [54]

Zur Diskussion stand, ab welchen Hb-Wert wegen sekundärer Anämie bei Nierendialysepatienten die Annahme des Merkzeichens „G“ in Betracht komme. Unter Hinweis auf die Veröffentlichung von H. Lange im Heft 1/1988 des „Medizinischen Sachverständigen“ vertraten die Beiratsmitglieder übereinstimmend die Auffassung, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Dialysepatienten stets dann als erfüllt anzusehen seien, wenn der Hb-Wert 8 g/dl oder weniger betrage.

6.4 Verschiedenes [55]

Zur Frage stand, ob bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit die Feststellung des Merkzeichens „H“ – und der Merkzeichen „G“ und „B“ – nach dem Schwerbehindertengesetz auch über das 16. Lebensjahr (Beendigung der Gehörlosenschule) hinaus in Betracht kommen kann, wenn im Anschluss an die „allgemeine“ Gehörlosenschule eine berufsfördernde Gehörlosenschule besucht wird.

In der Diskussion wurde auf die Niederschrift über die Tagung der Sektion „Versorgungsmedizin“ vom 26. März 1980 hingewiesen, in der unter Punkt 1.7 bei anderer Fragestellung dargelegt worden war, daß mit der Nennung des 16. Lebensjahres keine starre Grenze gemeint sei und im Einzelfall – z. B. bei erheblich verzögerter Reifung – auch die Annahme von Hilflosigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus in Betracht kommen könne; ein längerer – also über das 16. Lebensjahr hinausgehender – Besuch der Gehörlosenschule

könne als Indiz dafür angesehen werden, daß die geistige Entwicklung sich mehr verzögere als bei anderen Gehörlosen.

Die Beiratsmitglieder stimmten darin überein, daß eine solche verzögerte geistige Entwicklung dann angenommen werden könne, wenn ein Jugendlicher bei Abschluss der allgemeinen Gehörlosenschule nach Vollendung des 16. Lebensjahres noch nicht berufsreif sei. Der wegen dieser fehlenden Berufsreife erforderliche Besuch der berufsfördernden Gehörlosenschule sei deshalb als Fortsetzung der „allgemeinen“ Gehörlosenschule anzusehen. Daraus ergebe sich, daß für die Dauer des Besuchs berufsfördernden Gehörlosenschule die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit und auch für die Zuerkennung der Merkzeichen „G“ und „B“ im Schwerbehindertenausweis als erfüllt anzusehen seien.

November 1987

6.4 Merkzeichen „G“ bei Kehlkopfflosen [50]

Vertreter des Bundesverbandes der ... hatten dem BMA erneut vorgetragen, daß es bei der Beurteilung des Merkzeichens „G“ bei Kehlkopfflosen nicht zu einheitlichen Ergebnissen komme. Der BMA hatte darauf hingewiesen, daß mit den Ausführungen in den „Anhaltspunkten“ und den Empfehlungen der Sektion „Versorgungsmedizin“ ausreichende Kriterien zur Verfügung stünden, deren Beachtung eine sachgerechte Beurteilung gewährleisten (vgl. Sitzungen vom 23. November 1983 – TOP 7.2, 4. April 1984 – TOP 3 und 30. Oktober 1985 – TOP 2.2.7 i.V.m. TOP 2.1.2.1). Die Beiratsmitglieder bestätigten diese Aussagen.

März 1987

2.2 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Urinalträgern [49]

Eine Anfrage einer Selbsthilfegruppe für Prostataoperierte und Harninkontinente an den BMA bezog sich auf die Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Urinalträgern. Es bestand Einigkeit darüber, daß eine Zuerkennung des Merkzeichens „G“ bei diesem Personenkreis nicht generell in Betracht komme. In manchen Fällen seien die Voraussetzungen hierfür aber als erfüllt anzusehen, etwa wenn ein ausreichender Verschuß des Urinals nicht gelinge oder wenn wegen häufiger entzündlicher Hautveränderungen im Genitalbereich erhebliche Schmerzen beim Gehen aufträten. Wenn solche wesentlichen Begleiterscheinungen vorliegen, ist der Grad der Behinderung für die Notwendigkeit eines Urinals mit über 50 zu beurteilen. Es wurde darauf hingewiesen, daß bei dem relativ kleinen Personenkreis der Urinalträger eine Untersuchung erfolgen solle, wenn keine ausreichenden ärztlichen Befundunterlagen vorhanden sind.

Oktober 1986

3.1 Erneut: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Herztransplantierten – s. TOP 6.3 der Sitzung vom 23.4.1986 [36]

Die Frage, ob Schwerbehinderte nach einer Herztransplantation die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „RF“ und „G“, erfüllen, wurde – unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Rückfragen bei verschiedenen Herztransplantationszentren – erneut erörtert, mit folgendem Ergebnis:

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ könnten dann als gegeben angesehen werden, wenn bei Transplantierten über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolge, daß dem Betroffenen auferlegt werde, alle Menschenansammlungen zu meiden. Dies sei vom Gutachter durch Rückfrage beim Transplantationszentrum oder beim behandeln-

den Arzt zu klären. Bei demselben Personenkreis der Transplantierten, bei dem das Merkzeichen „RF“ gerechtfertigt sei, komme auch das Merkzeichen „G“ in Betracht, wenn aus der Sicht des behandelnden Arztes der Kontakt mit anderen Menschen so weit eingeschränkt werden müsse, daß dem Betroffenen empfohlen werde, auch bei kürzeren Wegstrecken – also Wegstrecken im Ortsverkehr, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden – das Kraftfahrzeug zu benutzen. Dies werde jedoch selten vorkommen; eher dürften die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ bei Transplantierten wegen der Auswirkungen des Grundleidens (z. B. wegen einer entsprechenden Herzleistungsbeeinträchtigung) vorliegen.

Wenn die Voraussetzungen für die Merkzeichen „RF“ und „G“ bei Transplantierten aus Gründen immunsuppressiver Therapie gegeben seien, müßten Nachprüfungen in relativ kurzen Abständen durchgeführt werden.

Oktober 1985

2.2.1 Hilflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern [21]

Zur Diskussion standen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Merkzeichen „H“, „G“ und „B“ bei Aphasikern. In diesem Zusammenhang berichtete Dr. ... über einen Schriftwechsel zwischen dem Bundesverband für ... und dem BMA sowie über ein Gespräch mit Vertretern des Verbandes. Hierbei war von Seiten des BMA auf folgendes hingewiesen worden:

Bei einer schweren, z. B. totalen oder fast totalen gemischten Aphasie seien nach Nummer 26.3. der „Anhaltspunkte“ stets ein Mde-Grad von 100 v. H. und nach Nummer 21 Abs. 6 der „Anhaltspunkte“ – da jeder Aphasie ein Hirnschaden zugrunde liege – regelhaft auch „Hilflosigkeit“ anzunehmen. Im Übrigen seien solche schweren Aphasien mit so erheblichen Orientierungsstörungen verbunden, daß stets auch die Voraussetzungen für die Merkzeichen

„G“ und „B“ als gegeben anzusehen seien. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keine MdE von 100 v. H. rechtfertigten, könne keine generelle Aussage gemacht werden; hier müsse im Einzelfall geprüft werden, wieweit die Voraussetzungen für Vergünstigungen erfüllt seien, wobei es vor allem darauf ankomme, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und evtl. auch Gliedmaßenlähmungen, die oft zusammen mit einer Aphasie aufträten, vorhanden seien. Die Beiratsmitglieder schlossen sich dieser Auffassung an. Im Verlauf der weiteren Erörterung wurde ergänzend noch folgendes herausgestellt:

Im Hinblick auf die verschiedenen Aphasieformen sei für die Beurteilung von besonderer Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß die Aphasie von einer sensorischen Störung bestimmt sei, weil vor allem diese zu Orientierungsstörungen führe. Eine vollständige rein sensorische Aphasie (die allerdings sehr selten sei) und eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente würden unter diesen Umständen die Merkzeichen „G“ und „B“ regelmäßig auch dann rechtfertigen, wenn die diesbezügliche MdE „nur“ auf 70 v. H. oder 80 v. H. einzuschätzen sei.

2.2.3 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Herzleiden [25]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde berichtet, verwaltungsseitig sei gelegentlich die Auffassung vertreten worden, daß in jedem Fall das Merkzeichen „G“ zu gewähren sei, wenn ärztlicherseits wegen eines Herzleidens eine MdE von 50 v. H. angenommen worden sei. Die Beiratsmitglieder bekräftigten ihre schon in der Sitzung vom 14. März 1979 (TOP 2.2.3) vertretene Auffassung, daß es durchaus Fälle gäbe, bei denen bei einer MdE um 50 v. H. allein wegen eines Herzleidens die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ nicht gerechtfertigt sei, so insbesondere dann, wenn sich die MdE auf das Abwarten einer Heilungsbewährung beim Herzinfarkt gründe. Entscheidend bleibe immer, ob eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Herzeistung entsprechend der Gruppe 3 in der Nr. 26.9 auf Seite 67 der „Anhaltspunkte“ mit einer allein

daraus resultierenden MdE um wenigstens 50 v. H. vorliege. Dies komme auch eindeutig in der Nummer 30 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ zum Ausdruck.

2.2.7 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopfflosen [30]

Dr. ... berichtete über ein Gespräch mit einem Vertreter des Bundesverbandes der ... , in dem nochmals das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertengesetz, insbesondere bei der Beurteilung des Merkzeichens „G“, bei Kehlkopfflosen erörtert worden sei. Der Vertreter des Verbandes habe dargelegt, daß nach seinem Eindruck die Versorgungsverwaltungen in zunehmenden Maße dazu übergingen, bei Behinderten mit Kehlkopfverlust Lungenfunktionsprüfung durchführen zu lassen, um allein von deren Ergebnis die Beurteilung abhängig zu machen. Feststellungen anderer Ärzte – insbesondere des behandelnden HNO-Arztes, z. B. hinsichtlich einer chronischen Bronchitis mit häufiger Beeinträchtigung des Tracheostomas, blieben dabei oft unberücksichtigt. Von Seiten des BMA war bei dem Gespräch darauf hingewiesen worden, daß auch bei Kehlkopfflosen für die Beurteilung der Einschränkung der Atemfunktion das klinische Bild im Vordergrund stehe – wie unter 2.1.2.1 dargelegt. Das Ergebnis einer Lungenfunktionsprüfung, die dann auch die besonderen Verhältnisse des Kehlkopfflosen berücksichtigen müsse, könne immer nur zusätzliche Beurteilungshinweise liefern. Die Beiratsmitglieder stimmten dieser Auffassung zu (s. hierzu auch die Niederschriften der Beratungen der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA am 23.11.1983 – TOP 7.2 und am 4.4.1984 – TOP 3).

April 1985

2.2.1 Hilflosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten [19]

Es wurde erörtert, ob bei angeborener Gehörlosigkeit im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ anzunehmen seien, wenn eine Gehörlosenschule nicht besucht wurde und es sich dementsprechend auch noch im Erwachsenenalter um einen Analphabeten handle. Die Beiratsmitglieder vertraten übereinstimmend die Auffassung, daß in solchen Fällen auch im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ (und dann auch „G“) gegeben seien, solange nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Änderung der Situation erreicht werden könnte. Meist dürfte es sich allerdings um Fälle mit geistiger Retardierung handeln, bei denen auf Dauer die Voraussetzungen für die genannten Vergünstigungsmerkmale erfüllt seien (zu den Merkzeichen „G“ und „B“ siehe Nummer 30 Abs. 5 und Nummer 32 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“).

November 1984

2.2.1 Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Stomaträgern [3]

Hinsichtlich der Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr stand zur Diskussion, ob und inwieweit Stomaträgern das Merkzeichen „G“ zuzuerkennen sei.

Es bestand Einigkeit darüber, daß eine Zuerkennung des Merkzeichens „G“ nicht generell in Betracht komme, daß aber in manchen Fällen die Voraussetzungen hierfür erfüllt seien: So müsse bei Behinderten mit Ileostoma oder Urostoma, bei denen ein ausreichender Verschuß nicht gelinge – was relativ häufig der Fall sei –, eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr angenommen werden. Daneben sei bei Stomaträgern auch dann die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ gerechtfertigt, wenn Bauchdecken- oder Narbenbrüche vorlägen, die mit erheblichen Schmerzen beim Gehen verbunden seien. Dagegen sei im allgemeinen bei Stomaträgern, bei denen eine MdE um 50 v. H.

zutreffend festgestellt worden sei, davon auszugehen, daß eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht vorliegt. Es wurde darauf hingewiesen, daß bei dem Personenkreis der Stomaträger, wenn ein für eine derartige Beurteilung ausreichend detaillierter ärztlicher Befundbericht nicht vorliege, eine gutachtliche Untersuchung erfolgen müsse.

April 1984

2.4 Störungen der Ausgleichsfunktion bei Taubheit [9]

Nach Abs. 5 der Nr. 30 der „Anhaltspunkte“ kann bei erwachsenen Gehörlosen eine für die Annahme der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr notwendige Störung der Orientierungsfähigkeit nur dann angenommen werden, wenn neben der Gehörlosigkeit erhebliche Störungen der Ausgleichsfunktion vorliegen. Hierzu wurde die Frage aufgeworfen, ob außer den in den „Anhaltspunkten“ genannten Störungen der Ausgleichsfunktion („Sehbehinderung“, „geistige Behinderung“) auch die bei Gehörlosen vorliegenden Sprachstörungen in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden könnten. Es wurde darauf hingewiesen, daß die Sprachstörungen die Orientierungsfähigkeit des Gehörlosen nicht zusätzlich beeinträchtigen und daß unter diesen Umständen auch ein Gehörloser mit sehr geringer Entwicklung des Sprachvermögens („Taubstummer“) zum Führen eines Kraftfahrzeugs geeignet sein könne. Übereinstimmend wurde dementsprechend festgestellt, daß Sprachstörungen nicht als Störung der Ausgleichsfunktion gewertet werden können. Unabhängig davon sei jedoch bei Gehörlosen oder anderen hochgradig Hörbehinderten im Einzelfall auch zu prüfen, ob noch andere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die auf andere Weise eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bedingen, wie z. B. Gleichgewichtsstörungen.

3. Verschiedenes [10]

Aufgrund einer erneuten Anfrage des Bundesverbandes der ... an den BMA wurde nochmals über die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopflosen diskutiert. Der Verband hatte mitgeteilt, daß die Ausführungen der Sitzung des Beirats vom 23. November 1983 nicht einheitlich von den Versorgungsämtern ausgelegt oder beachtet würden.

Die Beiratsmitglieder führten ergänzend dazu aus, daß es für die Beurteilung entscheidend auf die Auswirkungen im Bereich der Atmungsorgane ankomme. Wenn man davon ausgehen könne, daß eine Funktionsbeeinträchtigung entsprechend der in den „Anhaltspunkten“ (Nr. 26.8, Seiten 62/63) genannten Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades vorliege, so seien die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ als erfüllt anzusehen. Es bestand auch Übereinstimmung, daß in Zweifelsfällen eine Untersuchung durchzuführen sei, wobei sich der Gutachter auch durch einfache Untersuchungen, wie z. B. Beobachtung beim Treppensteigen, von dem Ausmaß der Atembehinderung überzeugen könne.

November 1983

4.2 Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Ohnhändern [1]

[zurück](#)

Diese Frage wurde im Hinblick auf die Änderung des Schwerbehindertengesetzes durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 erörtert (hier: Wegfall der bisherigen Fiktion, daß Schwerbehinderte mit einer MdE um wenigstens 80 v. H. in jedem Fall als in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt gelten).

Eine Übereinstimmung der Auffassungen der Beiratsmitglieder ergab sich sofort hinsichtlich der Beurteilung der Ohnarmer (Verlust beider Arme im Oberarm): Es wurde betont, daß bei diesen Behinderten schon wegen der Schwierigkeiten, beim Gehen das

Gleichgewicht zu halten, eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr angenommen werden müsse. Über die Beurteilung der Ohnhänder (Verlust beider Hände, Amputation im Unterarm) wurde demgegenüber eingehender diskutiert, da bei diesem Personenkreis nicht von solchen Gleichgewichtsproblemen wie beiden Ohnarmern auszugehen ist. Es wurde dann aber auf folgendes hingewiesen:

- In den verkehrsreichen Bezirken der Städte gebe es heute vielerorts für Fußgänger Straßenunter- und -überführungen, die mit Rolltreppen, Rollbändern oder einfachen – aber oft nassen – Treppen verbunden seien und die für Ohnhänder eine Gefahr bedeuteten, da die Ohnhänder sich an Handläufen oder Geländern nicht genügend festhalten könnten.
- In vielen Stadtbezirken fänden sich Fußgängerampeln, die vom Fußgänger mit Druckknopf bedient werden müssten, von Ohnhändern aber nicht oder nur unter Schwierigkeiten bedient werden könnten.
- Auf unebenen, naßglatten, verschneiten oder vereisten Wegen seien die Ohnhänder vermehrt gefährdet, da sie sich beim Ausrutschen oder Stürzen nicht festhalten oder abstützen könnten.
- Bei Regenwetter könne von Ohnhändern im allgemeinen ein Schirm nicht benutzt werden.
- Es sei überdies zu berücksichtigen, daß die üblichen Wege im Ortsverkehr, auf die es bei der Beurteilung ankomme, in der Regel mit einem bestimmten Ziel zurückgelegt würden, das oft das Tragen einer schwereren Tasche usw. einschließe. Das Tragen von Gegenständen über längere Strecken bereite auch den prothetisch versorgten Ohnhändern erhebliche Schwierigkeiten.

Unter diesen Umständen – so wurde abschließend von den Beiratsmitgliedern übereinstimmend dargelegt – müsse generell angenommen werden, daß Ohnhänder Wegstrecken im Ortsverkehr nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten und nicht ohne Gefahren für sich zurücklegen können und daß sie deshalb auch tatsächlich öffentliche Verkehrsmittel im Ortsverkehr für Strecken benutzen, die von Nichtbehinderten zu Fuß zurückgelegt werden. Der Umstand, daß außerhalb des Ortsverkehrs in geeignetem Gelände u. U. lange Spaziergänge möglich seien, dürfe die Beurteilung nicht beeinflussen.

Die Beiratsmitglieder bestätigten damit ihre bereits in der Beiratssitzung vom 12. April 1978 (TOP.1.3) geäußerte Auffassung, daß bei Ohnhändern stets die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ anzunehmen seien.

7.2 Verschiedenes [2]

Im Hinblick auf eine Anfrage an den BMA wurde über die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopfflosen diskutiert. Die Beiratsmitglieder vertraten einstimmig die Meinung, daß die Voraussetzungen für eine solche Beeinträchtigung jeweils im Einzelfall geprüft werden müßten. Sie könnten angenommen werden, wenn z. B. besondere Auswirkungen im Bereich der Atmungsorgane vorliegen, die die Bewegungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Eine generelle Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopfflosen sei nicht gerechtfertigt.

2 Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B)

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

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (ErsteÄndVOVersMedV), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 2c) wie folgt gefasst:

Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist anzunehmen bei Querschnittsgelähmten . . .

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Oktober 2014

2. Vergabe des Merkzeichens B bei Kindern und Jugendlichen [275]

Das Merkzeichen B ist nicht regelhaft an Frühförderung gebunden. Bei Kindern, die Merkzeichen H erhalten, muss im Einzelfall geprüft werden, ob Merkzeichen B zusteht.

März 2014

5. Gewährung von MZ „B“ bei Kindern mit autistischer Störung oder ADHS [272]

[zurück](#)

Gemäß SGB IX kann im Einzelfall bei besonderer Schwere der Teilhabebeeinträchtigung das Merkzeichen B in Kombination mit Merkzeichen H auch ohne Merkzeichen G gegeben werden. Dies gilt insbesondere bei Nachweis von häufigen Impulsdurchbrüchen.

September 2011

1. Begleitperson bei Begutachtungen [244]

Es besteht nach juristischer LSG Rechtssprechung ein Anspruch des Antragstellers auf die Begleitung einer Vertrauensperson zur Begutachtung.

Allerdings kann aus medizinischer Sicht bei Anwesenheit einer Begleitperson bei der Anamneseerhebung und Untersuchung das Untersuchungsergebnis in einer gewissen Anzahl von Fällen wie z. B. bei Partnerschaftsproblemen oder Missbrauchsproblematiken lückenhaft bleiben oder sogar verfälscht werden.

Bei Wunsch der Antragsteller auf eine Begleitperson bei der Begutachtung ist deshalb stets eine individuelle Betrachtungsweise erforderlich, da eine vertrauensvolle Gutachtenatmosphäre eine wesentliche Voraussetzung für die Erstellung sachgerechter Gutachten ist. Deshalb wird ein zwei- bzw. dreiphasiges Vorgehen empfohlen. Der Gutachter führt zunächst ein Vorgespräch mit Antragsteller und Begleitperson. Die Exploration und Untersuchung sollten dann möglichst allein mit dem zu Begutachtenden erfolgen, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu erreichen. Danach kann wiederum ein Abschlussgespräch zusammen mit der Begleitperson zur Erläuterung des weiteren Ablaufs erfolgen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2007

Feststellung von „B“ [224]

Die durch das „Zweite Gesetz zur Änderung des Betriebsrentengesetzes“ erfolgte Änderung des § 146 SGB IX führte zu einem die ärztliche Begutachtung berührenden Widerspruch zwischen § 146 Absatz 1 und § 146 Absatz 2 SGB IX. Laut amtlicher Ge-

setzesbegründung (BT 1613007) handelt es sich bei der Änderung des § 146 SGB IX lediglich um eine Klarstellung des vom Gesetzgeber Gemeinten, eine Ausweitung oder Einengung des betroffenen Personenkreises erfolgt damit nicht. Nach Meinung des BMAS begründet die Gesetzesänderung somit keine Änderung des Feststellungsverfahrens oder der gesundheitlichen Voraussetzungen für Erteilung der Merkzeichen „G“ und „B“.

Oktober 1995

3.1 Notwendigkeit ständiger Begleitung [116]

Ein Beiratsmitglied hatte aus gegebenem Anlaß erneut angefragt, ob die Notwendigkeit ständiger Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis) auch dann begründet werden kann, wenn zwar Hilflosigkeit, aber keine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis) vorliegt. Nach Auffassung der Beiratsmitglieder ist diese Fallkonstellation nach dem Wortlaut des Gesetzes zwar möglich, in der Praxis aber außerordentlich selten. Deshalb müsse in diesen Fällen besonders sorgfältig geprüft werden, ob die Voraussetzungen der Nummer 32 der „Anhaltspunkte“ tatsächlich erfüllt seien, denn in aller Regel lägen in den Fällen, in denen zu Recht das Merkzeichen „B“ zuerkannt worden sei, auch die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „G“ vor.

November 1991

2.3.2 Merkzeichen „B“ bei Säuglingen und Kleinkindern [90]

Ein Land hatte die Vorstellungen seiner Versorgungsverwaltung beanstandet, bei Säuglingen und Kleinkindern grundsätzlich die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ zu verneinen. Die Beiratsmitglieder stellten dazu übereinstimmend fest, daß das Merk-

zeichen „B“ auch bei dem genannten Personenkreis durchaus in Betracht kommen könne und verwiesen auf das Ergebnis der Beiratsberatungen am 14. April 1985 (TOP 2.2.2).

Oktober 1990

3.5.2 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Halbseitenblindheit [80]

Von einem Augenarzt war vorgeschlagen worden, beim Vorliegen einer Halbseitenblindheit die Notwendigkeit ständiger Begleitung (Merkzeichen „B“) zu bejahen.

Diesem Vorschlag konnten sich die Beiratsmitglieder nicht anschließen. Sie stellten dazu fest, daß für das Merkzeichen „B“ stets die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Gehbehinderung (Merkzeichen „G“) vorliegen müssen. Das Merkzeichen „G“ kommt bei Sehstörungen allerdings nur dann in Betracht, wenn die Sehbehinderung zu Störungen der Orientierungsfähigkeit führt. Diese Voraussetzungen seien jedoch bei einer Halbseitenblindheit allein nicht gegeben.

Oktober 1988

6.4 Verschiedenes [55]

Zur Frage stand, ob bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit die Feststellung des Merkzeichens „H“ – und der Merkzeichen „G“ und „B“ – nach dem Schwerbehindertengesetz auch über das 16. Lebensjahr (Beendigung der Gehörlosenschule) hinaus in Betracht kommen kann, wenn im Anschluss an die „allgemeine“ Gehörlosenschule eine berufsfördernde Gehörlosenschule besucht wird.

In der Diskussion wurde auf die Niederschrift über die Tagung der Sektion „Versorgungsmedizin“ vom 26. März 1980 hingewiesen, in der unter Punkt 1.7 bei anderer Fragestellung dargelegt worden war, daß mit der Nennung des 16. Lebensjahres keine starre Gren-

ze gemeint sei und im Einzelfall – z. B. bei erheblich verzögerter Reifung auch die Annahme von Hilflosigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus in Betracht kommen könne; ein längerer – also über das 16. Lebensjahr hinausgehender – Besuch der Gehörlosenschule könne als Indiz dafür angesehen werden, daß die geistige Entwicklung sich mehr verzögere als bei anderen Gehörlosen.

Die Beiratsmitglieder stimmten darin überein, daß eine solche verzögerte geistige Entwicklung dann angenommen werden könne, wenn ein Jugendlicher bei Abschluss der allgemeinen Gehörlosenschule nach Vollendung des 16. Lebensjahres noch nicht berufsfähig sei. Der wegen dieser fehlenden Berufsfähigkeit erforderliche Besuch der berufsfördernden Gehörlosenschule sei deshalb als Fortsetzung der „allgemeinen“ Gehörlosenschule anzusehen. Daraus ergebe sich, daß für die Dauer des Besuchs berufsfördernden Gehörlosenschule die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit und auch für die Zuerkennung der Merkzeichen „G“ und „B“ im Schwerbehindertenausweis als erfüllt anzusehen seien.

April 1988

2.3 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen [52]

Zur Frage stand, ob beim Vorliegen von Hilflosigkeit stets auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ als erfüllt angesehen werden könnten. Nach § 59 Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes wird die Begleitperson eines Schwerbehinderten unentgeltlich befördert, sofern eine ständige Begleitung notwendig ist. Daraus ergibt sich, daß Hilflosigkeit nicht regelhaft mit der Notwendigkeit ständiger Begleitung verbunden ist.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, dass nach Nummer 32 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“ bei hilflosen Erwachsenen oft auch die Notwendigkeit ständiger Begleitung anzunehmen sei. Bei hilflosen Kindern sei zu beachten, dass diese nicht in jedem Falle schwerbehindert seien und dass bei ihnen nicht nur die in der Nummer 21 der „Anhaltspunkte“ genannten Voraussetzungen, sondern auch

eine notwendige Überwachung für die Frage der Hilflosigkeit ausschlaggebend sein könne. Darüber hinaus sei zu beachten, dass immer nur die Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand berücksichtigt werden könne. Unter diesen Umständen sei bei Kindern das Vorliegen von Hilflosigkeit seltener als bei Erwachsenen mit der Notwendigkeit ständiger Begleitung verbunden.

Zusammenfassend ergab sich somit, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen in jedem Einzelfall geprüft werden müssen.

November 1987

1.3.2 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Gehörlosen [46]

Nach Nummer 32 Abs. 3 in Verbindung mit Nummer 30 Abs. 5 der „Anhaltspunkte“ ist bei Gehörlosen die Annahme der Notwendigkeit ständiger Begleitung (Merkzeichen „B“) nur bei erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion gerechtfertigt. Es wurde die Frage gestellt, ab welchem GdB solche Störungen (Sehbehinderung, geistige Behinderung) erheblich seien.

Nach eingehender Diskussion vertraten die Beiratsmitglieder die Auffassung, daß bei Gehörlosen eine gleichzeitig vorliegende Sehbehinderung auf beiden Augen, die mit einem GdB von wenigstens 30 beurteilt werde oder eine geistige Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50 als erhebliche Störungen der Ausgleichsfunktion angesehen werden könnten.

1.3.3 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Kehlkopflösen ohne Ersatzstimme [47]

Dr. ... berichtete über ein Gespräch mit Vertretern des Bundesverbandes ... am 30. Juli 1987 beim ... In diesem Gespräch haben die Vertreter der ... unter Hinweis auf die erheblichen Kommunikationsschwierigkeiten von Kehlkopflösen ohne Ersatzstimme die Frage gestellt, ob nicht bei diesem Personenkreis regelhaft die

gesundheitlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit ständiger Begleitung (Merkzeichen „B“) gegeben seien. Von Seiten des BMA war auf die Grundvoraussetzungen für das Merkzeichen „B“ hingewiesen worden, nach der auch Kehlkopflose ohne Ersatzstimme infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sein müssten. Diese Voraussetzungen wären aber nur bei einem Teil der Kehlkopflosen erfüllt. Deshalb sei eine Prüfung im Einzelfall erforderlich. Die Beiratsmitglieder stimmten der vom BMA vertretenen Auffassung zu und stellten ergänzend folgendes heraus: Wenn die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ erfüllt sind, kommt die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung nur dann in Betracht, wenn bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig fremde Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels notwendig ist oder bereit sein muss oder wenn Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen erforderlich sind, wie dies auch in der Nr. 32 der „Anhaltspunkte“ dargelegt ist. Der Umstand einer fehlenden Ersatzstimme rechtfertigt für sich allein nicht die Annahme regelmäßiger fremder Hilfe. Dies schließt jedoch nicht aus, daß beim gleichzeitigen Vorliegen weiterer Behinderungen auch bei Kehlkopflosen ohne Ersatzstimme neben den Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ erfüllt sein können; so z. B. wenn zusätzliche erhebliche zerebrale Störungen zusammen mit der Kehlkopfllosigkeit zu Orientierungsstörungen führen. Im Übrigen wurde auf die Beratungsergebnisse vom 30. Oktober 1985 hingewiesen, wonach auch bei Gehörlosen, bei denen in aller Regel auch schwere Sprachstörungen vorliegen und deren Kommunikationsschwierigkeiten weitaus gravierender sind, die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung nicht regelhaft gegeben ist.

Oktober 1985

2.2.1 Hilfflosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern [21]

Zur Diskussion standen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Merkzeichen „H“, „G“ und „B“ bei Aphasikern. In diesem Zusammenhang berichtete Dr. ... über einen Schriftwechsel zwischen dem Bundesverband für ... und dem BMA sowie über ein Gespräch mit Vertretern des Verbandes. Hierbei war von Seiten des BMA auf folgendes hingewiesen worden:

Bei einer schweren, z. B. totalen oder fast totalen gemischten Aphasie seien nach Nummer 26.3. der „Anhaltspunkte“ stets ein MdE-Grad von 100 v. H. und nach Nummer 21 Abs. 6 der „Anhaltspunkte“ – da jeder Aphasie ein Hirnschaden zugrunde liege – regelhaft auch „Hilfflosigkeit“ anzunehmen. Im Übrigen seien solche schweren Aphasien mit so erheblichen Orientierungsstörungen verbunden, daß stets auch die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ und „B“ als gegeben anzusehen seien. Bei Aphasien geringerer Ausprägung, die keine MdE von 100 v. H. rechtfertigten, könne keine generelle Aussage gemacht werden; hier müsse im Einzelfall geprüft werden, wieweit die Voraussetzungen für Vergünstigungen erfüllt seien, wobei es vor allem darauf ankomme, in welchem Umfang Orientierungsstörungen und evtl. auch Gliedmaßenlähmungen, die oft zusammen mit einer Aphasie aufträten, vorhanden seien. Die Beiratsmitglieder schlossen sich dieser Auffassung an. Im Verlauf der weiteren Erörterung wurde ergänzend noch folgendes herausgestellt:

Im Hinblick auf die verschiedenen Aphasieformen sei für die Beurteilung von besonderer Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß die Aphasie von einer sensorischen Störung bestimmt sei, weil vor allem diese zu Orientierungsstörungen führe. Eine vollständige rein sensorische Aphasie (die allerdings sehr selten sei) und eine mittelgradige gemischte Aphasie mit einer sehr ausgeprägten sensorischen Komponente würden, unter diesen Umständen die Merkzeichen „G“ und „B“ regelmäßig auch dann rechtfertigen, wenn die diesbezügliche MdE „nur“ auf 70 v. H. oder 80 v. H. einzuschätzen sei.

2.2.5 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei beiderseitiger Taubheit [28]

Von einem Behindertenverband war die Frage gestellt worden, ob bei Schwerbehinderten mit Taubheit beiderseits, die „sich ohne fremde Hilfe nicht artikulieren können und ständig auf eine Person angewiesen sind, die ihnen im kommunikativen Bereich behilflich sind“, die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit ständiger Begleitung vorlägen. In der Diskussion gingen die Anwesenden davon aus, daß man den vom Verband verwandten Begriff „artikulieren“ nicht auf die Sprache allein beziehen könne, sondern im weiteren Sinne verstehen müsse.

Für die Beurteilung der Notwendigkeit ständiger Begleitung komme es darauf an, ob sich der Gehörlose – wenn das Sprechvermögen für eine erforderliche Kommunikation bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht ausreiche – unterstützend auf andere Weise, z. B. schriftlich oder durch Gesten, verständlich machen könne. Wenn dies nicht der Fall sei, müssten im allgemeinen zusätzliche zerebrale Störungen angenommen werden, wodurch dann zusammen mit der Taubheit – auch im Einblick auf die daraus resultierenden Orientierungsstörungen – die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ (und dann ebenso für die Merkzeichen „G“ und „H“) erfüllt seien. Damit ergäbe sich eine Situation, die derjenigen der gehörlosen Analphabeten, über die bei der vorangegangenen Sitzung am 24. April 1985 (TOP 2.2.1) gesprochen wurde, sehr ähnlich sei. Im Rahmen dieses Tagesordnungspunktes wurde auch auf das Rundschreiben des BMA vom 10. September 1985-VIb 2-58195-2 verwiesen, in dem der Begriff „gehörlos“ näher erläutert ist.

April 1985

2.2.1 Hilflosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten [19]

Es wurde erörtert, ob bei angeborener Gehörlosigkeit im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ anzunehmen seien, wenn eine Gehörlosenschule nicht besucht wurde und es sich dementsprechend auch noch im Erwachsenenalter um einen Analphabeten handle. Die Beiratsmitglieder vertraten übereinstimmend die Auffassung, daß in solchen Fällen auch im Erwachsenenalter die Voraussetzungen für die Vergünstigungsmerkmale „H“ und „B“ (und dann auch „G“) gegeben seien, solange nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Änderung der Situation erreicht werden könnte. Meist dürfte es sich allerdings um Fälle mit geistiger Retardierung handeln, bei denen auf Dauer die Voraussetzungen für die genannten Vergünstigungsmerkmale erfüllt seien (zu den Merkzeichen „G“ und „B“ siehe Nummer 30 Abs. 5 und Nummer 32 Abs. 3 der „Anhaltspunkte“).

2.2.2. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Säuglingen und Kleinkindern [22]

Zur Frage stand, ob bei Kindern, die noch nicht 6 Jahre alt sind, eine Beurteilung zu den Vergünstigungsmerkmalen „G“ und „B“ erfolgen müsse.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, es sei richtig, daß Kinder in den ersten Lebensjahren in öffentlichen Verkehrsmitteln im allgemeinen unentgeltlich befördert würden und sich insoweit die Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erübrigen würde. Viele behinderte Kinder müssten aber Ärzte oder ambulante Dienste in Anspruch nehmen oder besondere Kindergärten, Kinderhorte und Vorschulklassen besuchen und müssten dabei – wegen der Behinderung – von ihren Eltern oder einer sonstigen Begleitperson begleitet werden.

Nach § 60 Abs. 2 SchwbG hat aber nur ein Schwerbehinderter „im Sinne des Absatzes 1“ – d. h. ein Schwerbehinderter, der in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist – Anspruch auf unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson. Eine Prüfung, ob die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“

erfüllt sind, kommt dementsprechend erst dann in Betracht wenn der Schwerbehinderte die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ erfüllt.

Ob die Voraussetzungen für die Zuerkennung der genannten Vergünstigungsmerkmale wegen einer Behinderung gegeben sind, ist daher auch bei Kleinkindern in jedem Falle zu prüfen, wobei stets zu beachten bleibt, daß als Behinderung immer nur die Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand anzusehen ist.

3 Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

Mit in Kraft treten der Reformstufe 1 des BTHG zum 01.01.2017 wurde die Rechtsgrundlage zum Merkzeichen aG neu definiert.

Die bisher gültigen Rechtsgrundlagen sind im Anhang des Arbeitskompendiums weiterhin einsehbar.

[zum Text]

Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Teil 3 Kapitel 13 Unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr (Stand 01.01.2018)

§229 Persönliche Voraussetzungen

(3) Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung – dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen – aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind. Verschiedenste Gesundheitsstörungen (insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems) können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten Beeinträchtigung gleich kommt.

Begründungsteil zum Gesetzesentwurf (Bundesrat Drucksache 428/16)

Die Berechtigung zur Benutzung eines Behindertenparkplatzes ist derzeit im Straßenverkehrsrecht geregelt. Nach § 45 Absatz 1b Nummer 2 StVO treffen die Straßenverkehrsbehörden die notwendigen Anordnungen im Zusammenhang mit der Kennzeichnung von Parkmöglichkeiten für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“), beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder vergleichbaren Funktionseinschränkungen sowie für blinde Menschen. Die außergewöhnliche Gehbehinderung wird in der Verwaltungsvorschrift zu § 46 Absatz 1 Nummer 11 StVO Rn 129 und 130 näher beschrieben. Danach sind als schwerbehinderte Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung „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 Menschen, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- und armamputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind.“

Im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach § 69 Absatz 4 SGB IX wird versorgungsmedizinisch auch geprüft, ob diese verkehrsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Ist dies der Fall, wird das Merkzeichen „aG“ zuerkannt und im Schwerbehindertenausweis eingetragen. Auf Vorlage des Schwerbehindertenausweises erteilt die Straßenverkehrsbehörde dann ohne weitere Prüfung die Ausnahmegenehmigung nach § 46 StVO und stellt einen Behindertenparkausweis aus (blau mit Rollstuhlsymbol).

Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach § 69 Absatz 4 SGB IX wird der internationale Standard angewandt. Dieser hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt. Es kommt bei dem biopsychosozialen Modell des modernen Behinderungsbegriffs nicht mehr auf das Vorliegen

einer bestimmten Diagnose und auch nicht auf die Anzahl der Diagnosen an, sondern ausschließlich darauf, ob die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung in Wechselwirkung mit vorhandenen Barrieren im Einzelfall zur Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und somit zu einer Behinderung führen. Dieser Standard ist niedergelegt in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, die das alte sogenannte Krankheitsfolgenmodell (ICIDH) bereits 2001 ablöste. Er ist auch die Grundlage für das Verständnis von Behinderung, das in der UN-Behindertenrechtskonvention zum Ausdruck kommt (z. B. in Artikel 1 Absatz 2). Auch der Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX ist in diesem Sinne final ausgerichtet.

Diesem neuen Standard entspricht die Definition der außergewöhnlichen Gehbehinderung im Verkehrsrecht nicht: Sie stellt zum einen bestimmte Diagnosen in den Mittelpunkt, ohne dass es auf eine daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung ankommt. Zum anderen macht sie nur unzureichend deutlich, dass eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht nur in einer Beeinträchtigung der Beine, sondern auch in einer Störung der Herztätigkeit, der Lungenfunktion, neurologischen Beeinträchtigungen, weiteren Gesundheitsstörungen oder in einer Kombination derselben begründet sein kann. Zwar lässt es der Wortlaut der Regelung bereits heute zu, auch solche anderen Gesundheitsstörungen in die Begutachtung einzubeziehen. Der derzeitige Text der Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung legt dies für die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte aber nicht nahe, weil für die Beeinträchtigung des Gehvermögens zahlreiche Beispiele aus dem orthopädischen Fachgebiet genannt sind, während für Gesundheitsstörungen aus anderen medizinischen Fachgebieten Beispiele vollständig fehlen.

Die Neuregelung übernimmt den bewährten geltenden Grundsatz, dass das Recht, Behindertenparkplätze zu benutzen, nur unter engen Voraussetzungen eingeräumt werden darf. Dafür spricht insbesondere, dass Parkraum in den Innenstädten nicht beliebig vermehrbar ist, ebenso wie auch der verkehrsrechtliche Ansatz seiner grundsätzlichen Privilegienfeindlichkeit, so dass mit Mitteln des Straßenverkehrsrechts nur ein Nachteilsausgleich eingeräumt werden kann und dieser ausschließlich unter dem Aspekt eines sicheren und geordneten Verkehrsablaufs.

Dafür sprechen aber auch behinderungspolitische Erwägungen. Behindertenparkplätze müssen denjenigen schwerbehinderten Menschen vorbehalten bleiben, die sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeugs bewegen können. Das sind Menschen, die für ihre mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung einen Grad der Behinderung von mindestens 80 haben. Eine breite Ausweitung des Berechtigtenkreises würde dazu führen, dass die eigentliche Zielgruppe längere Wege zurücklegen müsste, weil dann Parkplätze belegt wären, die heute frei sind.

Durch den neuen Ansatz entfallen die bisherigen sich ausschließlich auf das orthopädische Fachgebiet beziehenden Beispiele. Dies hat den Vorteil, dass dann keine Fallgestaltung von vornherein bevorzugt oder ausgeschlossen wird, auch nicht dem Anschein nach. Denn ganz unterschiedliche Gesundheitsstörungen können dazu führen, dass sich jemand dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges fortbewegen kann. Die genannten Voraussetzungen können beispielsweise erfüllt sein bei

- zentralnervösen, peripher-neurologischen oder neuromuskulär bedingten Gangstörungen mit der Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist (insbesondere bei Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Parkinsonerkrankung, Para- oder Tetraspastik in schwerer Ausprägung),
- einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe oder einem Funktionsverlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung (insbesondere bei Doppelotherschenkelamputierten und Hüftexartikulierten),
- schwerster Einschränkung der Herzleistungsfähigkeit (insbesondere bei Linksherzschwäche Stadium NYHA IV),
- schwersten Gefäßerkrankungen (insbesondere bei arterieller Verschlusskrankheit Stadium IV),
- Krankheiten der Atmungsorgane mit nicht ausgleichbarer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades,

-
- einer schwersten Beeinträchtigung bei metastasierendem Tumorleiden (mit starker Auszehrung und fortschreitendem Kräfteverfall).

Eine weitere Konkretisierung erfolgt – falls notwendig – im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Jede vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin eingesetzte Fachgruppe (z.B. Orthopädie, Hämatologie, Neurologie) wird auch darüber beraten, ob in ihrem spezifischen Fachgebiet für Gesundheitsstörungen, die dazu führen, dass sich jemand dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges fortbewegen kann, weitere Begutachtungsgrundsätze zu entwickeln sind. Diese werden dann in der Versorgungsmedizin-Verordnung ausdrücklich aufgeführt, so dass sich die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte danach richten können. Dies gilt auch für spezielle Kombinationen von Gesundheitsstörungen. Damit werden erstmals bundesweite Standards für die Benutzung von Behindertenparkplätzen durch schwerbehinderte Menschen gesetzt, deren Gesundheitsstörung nicht in erster Linie dem orthopädischen Fachbereich zuzuordnen ist. Diese Menschen erhalten dann einen leichteren Zugang zu dem ihnen zustehenden Nachteilsausgleich. Dies gilt insbesondere für zentralnervöse, peripher-neurologische oder neuromuskulär bedingte Einschränkungen des Gehvermögens (wie bei Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose, M. Parkinson) und für Betroffene, die an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden.

Für die Menschen mit einer Gehbehinderung, die sich heute in der beispielhaften Aufzählung in der Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung wieder finden, ist der Wegfall dieser Aufzählung kein grundsätzlicher Nachteil. Dass die Menschen, die auf die Verwendung eines Rollstuhles angewiesen sind, auch künftig zum Berechtigtenkreis zählen, ist ausdrücklich geregelt. Auch bei einem Funktionsverlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe oder einem Funktionsverlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne die Möglichkeit der prothetischen oder orthetischen Versorgung werden die Voraussetzungen in der Regel vorliegen. Die immer besser werdenden Möglichkeiten prothetischer oder orthetischer Versorgung beeinflussen aber die tatsächliche Teilhabebeeinträchtigung und können deshalb nicht unberücksichtigt bleiben. Auch Menschen, die sich in der Vergangenheit dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung

außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen konnten wie insbesondere Doppelunterschekelamputierte, könnten durch modernere Prothesen oder Orthesen in die Lage versetzt werden, sich ohne fremde Hilfe und ohne Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges zu bewegen. Ihre Beeinträchtigung verringert sich und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist auch ohne den Nachteilsausgleich „aG“ möglich. Sie gehören dann nicht mehr zum berechtigten Personenkreis. Das ist aber mit Rücksicht auf die stärker beeinträchtigten Menschen angemessen.

Die 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012) hat die Bundesministerin für Arbeit und Soziales gebeten, in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge für eine Neubestimmung des berechtigten Personenkreises zu erarbeiten. Diese Arbeitsgruppe bestand im Wesentlichen aus Vertreterinnen und Vertretern der Verkehrs- und Sozialressorts von Bund und Ländern, einzelnen Mitgliedern des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin und vom Deutschen Behindertenrat benannten Personen. Die Arbeitsgruppe teilt die obigen Erwägungen.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2018

3. EDSS von 7: Vorschlag schon bei 6,5 das Merkzeichen aG zu gewähren [299]

Es wurde von einem Bundesland angefragt, ob auch unter einem EDSS Wert von unter 7,0 im Einzelfall aG vergeben werden kann. Bei einem vorliegenden EDSS Wert ist eine sorgfältige Einzelfallprüfung erforderlich, da der EDSS aus acht Funktionssystemen zusammengesetzt ist. Bei einem EDSS von 6,5 auf Dauer können im Einzelfall die Kriterien für aG erfüllt sein.

März 2017

2. MZ „aG“ bei Doppeloberschenkelamputation, prothetische Versorgung [295]

[zurück](#)

In Umsetzung des BTHG (§ 146, Abs. 3 SGB IX) ist beim Funktionsverlust/ Verlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe das Mz „aG“ in Abhängigkeit vom Erfolg der prothetischen Versorgung zuzuerkennen.

März 2016

2. BSG-Urteil zur Gehbehinderung bei psychischen Störungen (11.8.2015, B 9 SB 1/14 R) [286]

[zurück](#)

Für die Beurteilung, ob eine erhebliche Gehbehinderung vorliegt, muss deutlich gemacht werden, welche Gesundheitsstörungen es im Einzelnen sind, die eine Beeinträchtigung des Gehvermögens bedingen.

Es muss nachgewiesen sein, dass die tatsächliche Beeinträchtigung der Gehfähigkeit so schwerwiegend ist, dass sie der einer mit 50 bewerteten Funktionsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten und/oder der unteren Wirbelsäule oder auch innerer Organe entspricht.

März 2012

5. Merkzeichen „aG“ und Doppelunterschenkelamputation [255]

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Fortschritte der Prothesenversorgung nach medizinischen Gesichtspunkten noch die gemäß Rechtshintergrund (Straßenverkehrsgesetz) verpflichtende Vergabe des Merkzeichens „aG“ rechtfertigen. Einvernehmlich wurde anerkannt, dass Menschen mit einer Doppelunterschenkelamputation nach fachlichen Bewertungskriterien in der Regel nicht die Voraussetzungen für die Gewährung des Merkzeichens „aG“ erfüllen, denn es handelt sich nicht um Menschen mit Behinderungen,

die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass es bezüglich der gutachtlichen Umsetzung im Falle einer erforderlichen Vergleichsbetrachtung keine Probleme geben dürfte, da BSG-Urteile von 2002 und 2007 strenge Maßstäbe anlegen. Sie geben zur Begutachtung solcher als gleichwertig geltend gemachter Gehbehinderungen (außerhalb der Vergleichsgruppeneinstellung gemäß Straßenverkehrsgesetz und der VersMedV im Kapitel D3) vor, dass einem Vergleich ausschließlich die Vergleichsgruppe der Querschnittsgelähmten sowie Doppelober- und Doppelunter-schenkelamputierten in ihrer Gesamtheit zugrunde zu legen ist.

März 2010

2. Adipositas permagna / Merkmale „G“ und „aG“ [236]

Die Adipositas permagna allein bedingt keinen GdB; die durch die Adipositas ausgelösten Funktionsstörungen sind allerdings bei der Beurteilung des GdB und der Feststellung von Merkmalen zu berücksichtigen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2004

8. Nachteilsausgleich „aG“ bei Rett-Syndrom [213]

Eine Elternselbsthilfegruppe von an Rett-Syndrom erkrankten Kindern hat sich für die pauschale Zuerkennung des Merkmals „aG“ eingesetzt. Die Beiratsmitglieder stellten dazu fest, dass der im Einzelfall nicht vorhersehbare Verlauf mit Phasen geringerer und schwerster Behinderung keine pauschale Zuerkennung von

Merkzeichen „aG“ zulasse, vielmehr sei für das Merkzeichen „aG“ gerade in diesen Fällen eine Einzelfallbeurteilung erforderlich. Dies ist auch im Interesse der Gleichbehandlung mit anderen mehrfach behinderten Menschen notwendig.

April 2002

2.2 Gutachtliche Beurteilung einer „außergewöhnlichen Gehbehinderung“ bei eingeschränkter Gehstrecke [199]

Ein Landessozialgericht hatte die Voraussetzungen für das Vorliegen einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis) verneint, weil ein schwerbehinderter Mensch außerhalb seines Kraftfahrzeuges ohne fremde Hilfe eine Wegstrecke von mehr als 100 m zurücklegen konnte. Da das Urteil zu der Annahme führen könne, dass Wegstrecken bis zu 100 m als Voraussetzung für das Merkzeichen „aG“ angesehen werden könnten, wurde die Verbindung von Wegstrecke und Merkzeichen „aG“ erneut für diskussionswürdig gehalten.

Die Beiratsmitglieder hielten die in diesem Fall getroffene Entscheidung des Landessozialgerichts für sachgerecht. Sie wiesen jedoch hinsichtlich der Benennung von Wegstrecken erneut auf den Beiratsbeschluss vom 25.04.1990 (TOP 2.4.5) hin, nach dem das Kriterium der Wegstrecke für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung ungeeignet ist. Zum einen ist in der VwV-StVO eine bestimmte Wegstrecke nicht genannt und zum anderen ist eine Wegstreckenregelung auch kein objektiver Maßstab für die Einschränkung des Gehvermögens.

November 2001

2.2 Gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis) bei geistig behinderten Menschen [189]

Von einem Bundesland war die Auffassung vertreten worden, dass geistig Behinderte mit einem GdB von 100 dem in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 Straßenverkehrsordnung (StVO) genannten Personenkreis gleichzustellen seien. Diese Auffassung wurde durch Rundschreiben bekannt gegeben. In einem weiteren Rundschreiben wurde die Anordnung dann relativiert und als Kriterien für eine Gleichstellung eine schwere Intelligenzminderung mit einem GdB von 100 sowie zusätzlich schwere, die Bewegungsfähigkeit einschränkende körperliche Defizite genannt.

Die Beiratsmitglieder hielten die von dem Land vertretene Auffassung nicht für sachgerecht. Entscheidend sei, dass als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung nur solche Personen anzusehen sind, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Wenn schwere, die Gehfähigkeit einschränkende körperliche Defizite – auch durch Störungen des zentralen Nervensystems – vorliegen, ist eine Gleichstellung mit dem in der VwV-StVO genannten Personenkreis schon immer möglich gewesen. Dazu bedürfe es keines zusätzlichen Hinweises auf eine geistige Behinderung.

März 2000

1.4.2 Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichtester Belastung [171]

Von einem Versorgungsärztlichen Dienst war eine Diskrepanz darin gesehen worden; dass nach der Nummer 31 der „Anhaltspunkte“ Herzschäden nur mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz, Krankheiten der Atmungsorgane hingegen mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades (Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe) die Zuerkennung des Merkzeichens „aG“ begründen. Es wurde deshalb empfohlen, das Merkzeichen „aG“ generell auch bei Herzkrankheiten mit einer für sich allein einen GdB/MdE-Grad von 80 bedingenden

Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichtester Belastung festzustellen. Die Anwesenden vermochten dieser Empfehlung nicht zu folgen und wiesen darauf hin, dass für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung allein die sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Leistungsbeeinträchtigung entscheidend sei. Bei Herzschäden, die mit einem GdB/MdE-Grad von 80 zu bewerten wären, liege nicht in jedem Fall eine Leistungseinschränkung bei alltäglicher leichtester Belastung vor. Ebenso wie bei gelegentlich auftretenden vorübergehenden schweren Dekompensationserscheinungen komme eine generelle Zuerkennung des Merkzeichens „aG“ nicht in Betracht; die Voraussetzungen seien vielmehr im Einzelfall zu prüfen. Eine Änderung der „Anhaltspunkte“ sei somit nicht erforderlich.

November 1999

2.2 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „aG“ – Feststellung der Einschränkung der Gehfähigkeit anhand der klinischen Dokumentation des EDSS [158] [zurück](#)

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft hat sich bei einem Land dafür eingesetzt, die Bewegungseinschränkungen bei Multiple Sklerose Kranken nach einem bestimmten EDSS-Score (nach Kurtzke) zu bewerten und danach dann ggf. eine „außergewöhnliche Gehbehinderung“ festzustellen. Bei der EDSS (extended disability status scale) handelt es sich um die mehrdimensionale Fortentwicklung eines 1955 von Kurtzke zur Beurteilung der Mobilität von MS-Kranken eingeführten Skala. Da beim EDSS aus mehreren (8) Funktionssystemen eine Maßzahl abgeleitet wird, ist eine Bewertung des Ergebnisses nur bei Kenntnis der zugrunde liegenden Befunde möglich. Wenn aber entsprechende Befunde vorliegen, können auch ohne Einstufung nach der EDSS die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ beurteilt werden; die Kenntnis des EDSS-Scores bringt in diesen Fällen keine Arbeits erleichterung. Bei sachgerechter Einstufung in der Rubrik „Klinik“ des EDSS ist – sofern diese Einschränkungen des Gehvermögens

nicht nur vorübergehend vorliegen – ab einem Score von 7,0 stets eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen.

November 1998

1.11.2.1 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – außergewöhnliche Gehbehinderung bei Herzleistungsminderung [135]

Zur Frage der Voraussetzung für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei „Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz“ wurde darauf hingewiesen, daß es entscheidend auf die sich auf die Gehfähigkeit negativ auswirkende Leistungsbeeinträchtigung ankommt und nicht etwa darauf, ob sich ein hoher GdB/MdE-Grad aus der Krankheit ergibt.

1.11.2.2 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – außergewöhnliche Gehbehinderung – Konsequenzen aus dem Urteil des BSG vom 11.03.1998? [136]

Von verschiedenen Seiten war um Stellungnahme des Beirates zu den Ausführungen des Bundessozialgerichts im Urteil vom 11.3.1998 (B 9 SB 1/97 R) gebeten worden. In diesem Urteil hatte sich das BSG zur Weiterentwicklung der Voraussetzungen für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung geäußert und dargestellt, daß unter bestimmten Voraussetzungen für die Feststellung dieses Merkzeichens schon die akute Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung ausreiche, auch wenn die funktionelle Einschränkung des Gehvermögens (noch) nicht so ausgeprägt ist, daß sie dem in § 46 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung als Vergleichsmaßstab genannten Personenkreis entspreche. Von einigen Versorgungsverwaltungen war das Urteil dahingehend verstanden worden, daß die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei bestimmten Gesundheitsstörungen bereits aus prophylaktischen Gründen gerechtfertigt sein könnte.

Nach eingehender Diskussion der Ausführungen in dem genannten BSG-Urteil vertraten die Beiratsmitglieder die Auffassung, daß aus diesen Ausführungen nicht der Schluss gezogen werden könne, daß in jedem Fall prognostische Aussagen zum weiteren Verlauf eines Leidens für die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung genügen würden. Unter Beachtung der in der VwV-StVO genannten strengen Voraussetzungen, die auch vom BSG nicht außer Acht gelassen worden seien, könne immer nur die medizinische Feststellung einer wirklich schweren Beeinträchtigung der Gehfähigkeit maßgebend sein.

Dies bedeute, es müssten schon zum Zeitpunkt der Beurteilung klinisch so schwerwiegende Beeinträchtigungen vorliegen, daß sie wegen einer akuten Gefährdung des Betroffenen aus ärztlicher Sicht besondere Maßnahmen erforderten. Von einer so schwerwiegenden Verschlimmerungsgefahr könne man allerdings erst dann ausgehen, wenn medizinisch feststehe, daß ein Schwerbehinderter zur Vermeidung überflüssiger Gehstrecken in der Regel auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Darauf habe auch das BSG in dem genannten Urteil hingewiesen, und insofern sei das Urteil des BSG im Ergebnis auch nicht zu beanstanden.

November 1992

4.4.3 Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei psychogener Gangstörung [101]

[zurück](#)

Ein Beiratsmitglied hatte angefragt, ob bei einer psychogenen Gangstörung, die zum dauernden Gebrauch eines Rollstuhls zwingt, das Merkzeichen „aG“ gerechtfertigt sei. Hierzu wurde ausgeführt, daß diese Frage nur im Einzelfall zu beurteilen sei. Dabei müsse geklärt sein, daß es sich wirklich um eine psychogene Gangstörung von Krankheitswert (z. B. bei der Konversionsneurose) handle und der Betroffene tatsächlich auf einen Rollstuhl angewiesen sei (vgl. hierzu Beiratsprotokoll vom 12. Oktober 1980).

April 1991

1.3 Merkzeichen „aG“ bei arteriellen Verschußkrankheiten [84]

Von einem Land war die Frage gestellt worden, ob bei einer arteriellen Verschußkrankheit (AVK), die nach dem Schwerbehindertengesetz sachgerecht mit einem GdB von 70 beurteilt worden ist, eine außergewöhnliche Gehbehinderung angenommen werden könne, analog einem GdB von 40 bei einer AVK als Voraussetzung für die Zuerkennung des Merkzeichens „G“.

Die Beiratsmitglieder wiesen erneut darauf hin, daß eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht von der Höhe des GdB abhängig gemacht werden könne. Im Einzelfall könne das Merkzeichen „aG“ jedoch in Betracht kommen, wenn die schmerzfreie Gehstrecke deutlich unter 50 m liege (vgl. auch Beirat vom 26.10.1988 – TOP 2.3, BVBl. 5/1989).

Oktober 1988

2.5.1 Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Oberschenkelamputierten mit weiteren Funktionsstörungen [53]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde gefragt, ob bei Oberschenkelamputierten, bei denen weitere sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen und bei denen diese Behinderungen zusammen mit dem Oberschenkelverlust einen GdB von wenigstens 80 bedingen, stets eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen sei.

Die Anwesenden wiesen darauf hin, daß die Anerkennung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis) nicht von einem bestimmten GdB-Wert abhängig gemacht werden könne. Entscheidend bleibe nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 der Straßenverkehrsord-

nung (Vwv-StVO), daß nur solche Behinderten die Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ erfüllen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Ob bei Oberschenkelamputierten mit weiteren, sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Gesundheitsstörungen eine Gleichstellung mit dem in der Vwv-StVO genannten Personenkreis (vgl. auch Nummer 31 Abs. 3 und 4 der „Anhaltspunkte“) gerechtfertigt sei, müsse in jedem Einzelfall geprüft werden.

Oktober 1985

2.2.4 Außergewöhnliche Gehbehinderung bei Doppelunterschenkelamputierten [26]

In einem Land war von einem Versorgungsarzt angeregt worden, die Nummer 31 der „Anhaltspunkte“ in dem Sinne zu ergänzen, daß bei Doppelunterschenkelamputierten nicht regelhaft – sondern nur unter besonderen Umständen – eine außergewöhnliche Gehbehinderung anzunehmen sei.

Die Anwesenden stimmten darin überein, daß bei Doppelunterschenkelamputierten nicht in jedem Fall die Überzeugung gewonnen werden könne, daß sie „sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeugs bewegen können“, wie der Grundsatz in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 46 der Straßenverkehrsordnung (Vwv-StVO) laute. Andererseits seien aber in dieser Vwv-StVO die Doppelunterschenkelamputierten ausdrücklich genannt (vgl. auch Nr. 27 Abs. 4 der „Anhaltspunkte“), so daß dem Vorschlag einer differenzierenden Beurteilung bei Doppelunterschenkelamputierten – wie etwa bei der Beurteilung der Hilflosigkeit – nicht gefolgt werden könne, solange die Vwv-StVO in dieser Form bestehe.

4 Gehörlosigkeit (Merkzeichen GI)

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

5 Hilflosigkeit im Erwachsenenalter und Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen

siehe hierzu Teil II – VersMedV – Kapitel A 4. und 5.

6 Blindheit

siehe hierzu Teil II – VersMedV – Kapitel A 6.

7 Taubblindheit (Merkzeichen TBl)

Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vom 23.12.2016 wird mit Wirkung vom 30.12.2016 das Merkzeichen TBl (Taubblind) eingeführt (BTHG Artikel 18, Abs. 3, Nr. 2b), Änderung der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV).

Das Merkzeichen TBl liegt demnach vor,
„wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 hat.“

8 Gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen RF)

8.1 Anhaltspunkte 2008, 33

Der Achte Staatsvertrag zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Achter Rundfunkänderungsstaatsvertrag), in Kraft getreten zum 01.04.2005 regelt in Artikel 5 §6 die Gebührenbefreiung natürlicher Personen. Gleichzeitig sind die Rundfunkbefreiungsverordnungen der Länder außer Kraft getreten.

Mit dieser Änderung obliegt die Feststellung der Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht nicht mehr den Sozialbehörden sondern den Landesrundfunkanstalten, die ihrerseits die GEZ Köln beauftragt haben, das Verfahren in ihrem Auftrag zentral durchzuführen.

8.2 Anhaltspunkte 2004, 33

- (1) Für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht können auch gesundheitliche Voraussetzungen von Bedeutung sein (siehe Nummer 27).
- (2) Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht sind 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 Schalleitungsschwerhörigkeiten 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.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2012

4. MZ „RF“ bei GdB < 80 – BSG-Urteil B9 SB 2/11 R [258]

Seitens eines Bundeslandes war die Befürchtung geäußert worden, dass das Urteil über die im Einzelfall besprochene Härtefallregelung hinausgehend dazu beitragen könnte, die Kriterien für die Vergabe des Merkzeichens „RF“ aufzuweichen.

Eine entsprechende Gefahr wurde seitens der AG -Mitglieder nicht gesehen, da sich die Inhalte der Urteilsfindung eindeutig auf einen Einzelfall bezogen, bei welchem die gesundheitlichen Voraussetzungen erfüllt waren, um eine Härtefallregelung ohne Auswirkungen auf Regelfallbegutachtungen auszusprechen. Keinesfalls ist aus dem Urteil abzuleiten, dass zukünftige „RF“ - Feststellungen regelhaft bei einem GdS < 80 v. H. zu treffen sind. Im Besonderen hat sich das Urteil auch nicht explizit mit der GdS - Höhe beschäftigt, sondern vielmehr damit, dass im besagten Fall unabhängig

von einer fraglich korrekten GdS - Höhe die Voraussetzungen für „RF“ erfüllt waren.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

November 2007

Feststellung von „RF“ [226]

Seit Inkrafttreten des 8. Rundfunkänderungsvertrags entscheidet die GEZ im Auftrag der Länder über Rundfunkgebührenbefreiungen. Gleichzeitig traten die Rundfunkgebührenbefreiungsverordnungen der Länder außer Kraft. Da die GEZ länderübergreifend eine einheitliche Verwaltungspraxis gewährleistet, erfolgt folgende Änderung der „Anhaltspunkte“:

In der Nummer 27 Seite 135 bis 136 wird der Absatz 5 ersatzlos gestrichen. In der Nummer 33 Seite 141 bis 142 der „Anhaltspunkte“ wird der bisherige Text bis auf die Überschrift komplett gestrichen und statt dessen folgender neuer Text eingefügt:

„Der Achte Staatsvertrag zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Achter Rundfunkänderungsstaatsvertrag), in Kraft getreten zum 1.4.2005, regelt in Artikel 5 § 6 die Gebührens-befreiung natürlicher Personen. Gleichzeitig sind die Rundfunkbe-freiungsverordnungen der Länder außer Kraft getreten. Mit dieser Änderung obliegt die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht seit dem 1.4.2005 nicht mehr den Sozialbehörden, sondern den Landesrundfunkanstalten, die ihrerseits die GEZ beauftragt ha-ben, das Verfahren in ihrem Auftrag zentral durchzuführen.“

März 2000

1.9.3 Gutachtliche Beurteilung der Merkzeichen „RF“ und „G“ bei Organtransplantierten [178]

Ein Beiratsmitglied berichtete, dass von einem Transplantationszentrum den Patienten nach Organtransplantation bescheinigt werde, dass wegen der immunsuppressiven Therapie regelhaft Menschenansammlungen zu vermeiden seien.

Die Beiratsmitglieder stellten fest, dass es sich bei der in diesem Fall zur Diskussion stehenden Dosierung nur um die übliche Erhaltungsdosis handelt, die die generelle Vermeidung von Menschenansammlungen – und damit die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ – nicht rechtfertigt.

April 1999

1.14.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „RF“ bei Sehbehinderungen [147]

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen „RF“) sind bei Blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung erfüllt. Es wurde die Frage gestellt, ob dies auch für die Fälle gelte, in denen ein GdB von 60 für eine Sehbehinderung nur dadurch erreicht werde, dass der GdB für die ermittelte Sehschärfe wegen eines Linsenverlustes um 10 erhöht werde.

Von den Beiratsmitgliedern wurde auf ihre frühere Stellungnahme zu dieser Frage (TOP 2.2.6 der Niederschrift über die Sitzung vom 30.10.1985) verwiesen. An der Rechtslage habe sich nichts geändert. Eine Sehbehinderung umfasse gemäß Nr. 26.4 der „Anhaltspunkte“ nach wie vor alle Störungen des Sehvermögens. Deshalb seien auch bei einer Sehbehinderung, die nur unter Berücksichtigung einer Linsenlosigkeit einen GdB/MdE-Grad von 100 bedingt,

stets eine hochgradige Sehbehinderung und damit Hilflosigkeit anzunehmen.

November 1992

4.4.6 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Hörstörungen, die mit einer MdE von 45 v. H. zu beurteilen wären. [103]

Der Bundesrechnungshof hatte in einer Prüfungsbemerkung beanstandet, daß bei Hörstörungen, die sachgerecht mit einer MdE von 45 v. H. zu beurteilen wären und aufgrund des Rundschreibens des BMA vom 31. Oktober 1986 auf einen GdB von 50 aufgerundet werden, regelhaft auch das Merkzeichen „RF“ zuerkannt werde. In der Diskussion wurde hervorgehoben, daß nach den übereinstimmenden Länderrichtlinien nur dann das Merkzeichen „RF“ in Betracht komme, wenn eine Schwerhörigkeit vorliege, die sachgerecht auch mit einer MdE von 50 v. H. zu bewerten sei. Dies sei immer erst dann der Fall, wenn an beiden Ohren mindestens eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit im Grenzbereich zur an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit (Hörverlust beiderseits 80%) vorliege. Wenn dagegen eine Hörstörung sachgerecht mit einer MdE von 45 v. H. zu beurteilen wäre und ein GdB von 50 nur aus der Anwendung des Rundschreibens resultiere, sei nach den Länderrichtlinien das Merkzeichen „RF“ nicht gerechtfertigt.

4.4.7 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei eingeschränkter Verständnissfähigkeit [104]

In einem Berufungsverfahren war die Versorgungsverwaltung verurteilt worden, das Merkzeichen „RF“ festzustellen, weil die Klägerin wegen einer Verständnisschwierigkeit an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen könne. Hierzu führten die Beiratsmitglieder aus, daß es nach der Rechtsprechung des Bun-

dessozialgerichts nicht darauf ankomme, ob der Behinderte in der Lage sei, öffentlichen Veranstaltungen geistig zu folgen. Entscheidend sei vielmehr, daß er physisch nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen könne. In dem angesprochenen Fall hat die Versorgungsverwaltung Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision eingelegt.

4.4.8 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kanülenträgern [105]

[zurück](#)

Nach den einheitlichen Richtlinien der Länder zu den Rundfunkgebührenbefreiungsverordnungen sind die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ in aller Regel u. a. bei solchen Behinderten zu bejahen, die auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, laute Atemgeräusche, ansteckungsfähige Krankheiten, häufige Anfälle). Diese Regelung wurde in die Nummer 33 der „Anhaltspunkte“ übernommen. Dort sind dann als Beispiele bestimmte Behindertengruppen genannt worden, bei denen eine Zuerkennung in Betracht kommen kann. In einem Urteil des Landesozialgerichts Rheinland-Pfalz (Breithaupt 1992, 759) war festgestellt worden, daß das Merkzeichen „RF“ bei Kanülenträgern nicht regelhaft, sondern nur dann in Betracht kommen könne, wenn diese durch ihre Behinderung – etwa durch laute Atemgeräusche – störend wirkten. Von einem Beiratsmitglied war daraufhin gefragt worden, ob nicht mit dem Text der „Anhaltspunkte“ (hier Nr. 33 Abs. 2 Buchst. c, 2. Spiegelstrich) doch eine generelle Empfehlung gegeben worden sei, der das Urteil widerspreche. Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß der Klammerzusatz in Nummer 33 der „Anhaltspunkte“ nicht so zu verstehen sei, daß Kanülenträger ständig störend auf ihre Umgebung wirkten. Vielmehr seien Kanülenträger nur als Beispiel für solche Behinderungen genannt, bei denen entsprechende Störungen auftreten könnten. Unter diesem Aspekt bestätigten sie die Auffassung des Gerichts.

Oktober 1990

3.5.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei optischer Agnosie [81]

In Ergänzung zu TOP 2.3 der Sitzung vom 25. April 1990 hielten die Beiratsmitglieder die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht dann für erfüllt, wenn die optische Agnosie – wie alle anderen Sehbehinderungen auch – für sich allein mit einem GdB von wenigstens 60 zu bewerten sei.

Oktober 1989

2.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht beim Zusammentreffen von Seh- und Hörstörungen [68]

Von einem Land war die Frage gestellt worden, ob die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen „RF“) beim Zusammentreffen von Seh- und Hörstörungen auch dann als erfüllt angesehen werden könnten, wenn diese Behinderungen für sich allein betrachtet noch nicht so schwerwiegend seien, daß sie eine Zuordnung zu einer der in den Länderverordnungen genannten Sondergruppen der Seh- bzw. Hörbehinderten rechtfertigten.

In der Diskussion wurde klargestellt, daß in den einheitlichen Verordnungen der Länder über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht als Sonderpersonengruppen nur Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung und Hörgeschädigte mit einem GdB von wenigstens 50 allein wegen der Hörbehinderung genannt seien. Eine Kombination von Seh- und Hörstörungen sei in den Länderverordnungen nicht vorgesehen; insofern sei es auch nicht möglich, das Merkzeichen „RF“ festzustellen, wenn die in den Verordnungen genannten speziellen Kriterien nicht erfüllt seien.

Im übrigen müsse davon ausgegangen werden, daß diese Behinderungen nicht so schwerwiegend seien, daß die Betroffenen wegen dieser Gesundheitsstörungen am gesellschaftlichen Leben nicht oder nicht mehr teilnehmen könnten. Die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ könne deshalb nur dann in Betracht kommen, wenn insgesamt ein GdB von 80 festgestellt sei und der Behinderte wegen seiner Behinderungen an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen könne.

April 1989

5.1 Verschiedenes [71]

Vertreter des Arbeitskreises ... hatten anlässlich eines Gesprächs im BMA darauf aufmerksam gemacht, daß nach ihren Feststellungen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis) bei Behinderten mit Down-Syndrom von den Versorgungsämtern unterschiedlich beurteilt würden.

Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß nach der Nummer 33 der „Anhaltspunkte“ die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ bei geistiger Behinderung im allgemeinen nur dann als erfüllt angesehen werden könnten, wenn befürchtet werden müsse, daß die Behinderten beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten störten. Dies sei aber bei Behinderten mit Down-Syndrom in der Regel nicht der Fall. Das Merkzeichen „RF“ komme bei diesem Personenkreis daher nur in besonderen Fällen in Betracht.

Oktober 1986

3.1 Erneut: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Herztransplantierten – s. TOP 6.3 der Sitzung vom 23.4.1986 [36]

[zurück](#)

Die Frage, ob Schwerbehinderte nach einer Herztransplantation die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „RF“ und „G“, erfüllen, wurde – unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Rückfragen bei verschiedenen Herztransplantationszentren – erneut erörtert, mit folgendem Ergebnis:

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ könnten dann als gegeben angesehen werden, wenn bei Transplantierten über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolge, daß dem Betroffenen auferlegt werde, alle Menschenansammlungen zu meiden. Dies sei vom Gutachter durch Rückfrage beim Transplantationszentrum oder beim behandelnden Arzt zu klären.

Bei demselben Personenkreis der Transplantierten, bei dem das Merkzeichen „RF“ gerechtfertigt sei, komme auch das Merkzeichen „G“ in Betracht, wenn aus der Sicht des behandelnden Arztes der Kontakt mit anderen Menschen so weit eingeschränkt werden müsse, daß dem Betroffenen empfohlen werde, auch bei kürzeren Wegstrecken – also Wegstrecken im Ortsverkehr, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden – das Kraftfahrzeug zu benutzen. Dies werde jedoch selten vorkommen; eher dürften die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ bei Transplantierten wegen der Auswirkungen des Grundleidens (z. B. wegen einer entsprechenden Herzleistungsbeeinträchtigung) vorliegen.

Wenn die Voraussetzungen für die Merkzeichen „RF“ und „G“ bei Transplantierten aus Gründen immunsuppressiver Therapie gegeben seien, müßten Nachprüfungen in relativ kurzen Abständen durchgeführt werden.

3.2 Hilflosigkeit und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei ständiger Peritonealdialyse [37]

Von einem Beiratsmitglied war die Frage gestellt worden, ob bei einer chronischen Peritonealdialyse, die in vierstündigen Abständen durchgeführt werde, die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „H“ und „RF“ erfüllt seien.

In der Diskussion wurde herausgestellt, daß es sich bei der genannten Dialyseform nur um eine kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse handeln könne. Bei dieser Form der Peritonealdialyse könne die Dialyse von dem Kranken allein vorgenommen werden und schränke seine allgemeine Mobilität nur wenig ein. Es bestand Einigkeit, daß unter diesen Umständen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „H“ und „RF“ nicht als gegeben angesehen werden könnten.

Die gleiche Beurteilung ergebe sich bei der intermittierenden Peritonealdialyse – einer weiteren Form der Peritonealdialyse.

Zusammenfassend wurde daraus gefolgert, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen „H“ und „RF“ bei allen Formen der Peritonealdialyse auch nicht eher erfüllt seien, als bei der Hämodialyse.

3.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Querschnittsgelähmten [38]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst war gefragt worden, ob bei gut rehabilitierten berufstätigen Querschnittsgelähmten, bei denen keine Geruchsbelästigung – etwa im Hinblick auf die begleitende Blasen- und Mastdarmlähmung – vorliege, die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen „RF“) erfüllt seien.

In der Diskussion wurde klargestellt, daß nach den in der Nr. 33 der „Anhaltspunkte“ dargelegten Grundsätzen – die den diesbezüglichen Richtlinien der Länder entnommen worden sind – die obengenannten Querschnittsgelähmten nicht zu dem Personenkreis gehören, der die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ erfüllt. Es wurde in diesem Zusammenhang auch auf den Punkt 2.2.4 der Niederschrift über die Sitzung der Sektion „Versorgungsmedizin“ vom 24.4.1985 hingewiesen.

April 1986

6.3 Verschiedenes [43]

Von einem Beiratsmitglied wurde die Frage gestellt, ob nach Herztransplantationen in jedem Fall oder nur unter besonderen Umständen die Voraussetzungen für die Gewährung der Merkzeichen „RF“ und „G“ vorliegen.

Aus der Diskussion ergab sich, daß bei Transplantierten besonders berücksichtigt werden müsse, daß sie wegen der erheblichen – u. U. lebensbedrohlichen – Infektionsgefahr unter der immunsuppressiven Therapie das Zusammensein mit anderen Menschen meiden müssen. Wegen der Infektionsgefahr könne es sein, daß sie an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können (Merkzeichen „RF“) oder nicht ohne Gefahren für sich Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen können, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (Merkzeichen „G“).

Die Beiratsmitglieder kamen zu dem Ergebnis, daß vor einer abschließenden Äußerung zunächst nähere Informationen bei Transplantationszentren darüber eingeholt werden müßten, welchen Beschränkungen sich Transplantierte allgemein und Herztransplantierte speziell unterwerfen müssen und für welche Zeiträume solche Beschränkungen jeweils gelten. Unter diesen Umständen sei dieses Problem bei der nächsten Sitzung noch einmal zu erörtern.

Oktober 1985

2.2.6 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Sehbehinderten [29]

Es wurde an einem Beispiel (Korrigierte Sehschärfe = MdE 40-50 v. H., bds. Linsenverlust = MdE 25 v. H., Gesamt-MdE = 60 v. H.) die Frage gestellt, ob für die Gewährung des Vergünstigungsmerkmals „RF“ nur die MdE für die korrigierte Sehschärfe oder

aber die Gesamt-MdE (hier 60 v. H.) zu berücksichtigen sei. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß es in der Nummer 33 Absatz 2 der „Anhaltspunkte“ heiße, daß die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht „bei nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einer MdE von wenigstens 60 v. H. allein wegen der Sehbehinderung“ erfüllt seien. Die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ sei also ausdrücklich auf die „Sehbehinderung“ bezogen. Nach Nummer 26.4 der „Anhaltspunkte“ umfasse die Sehbehinderung alle Störungen des Sehvorgangs und nicht nur die Herabsetzung der Sehschärfe. Dementsprechend könne kein Zweifel bestehen, daß in dem dargelegten Fall die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ erfüllt seien.

April 1985

2.2.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kehlkopfverlust [24]

[zurück](#)

In einem Schreiben an den BMA war dargelegt worden, daß die gutachtlichen Beurteilungen bei Behinderten mit Kehlkopfverlust hinsichtlich der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen „RF“) bei den Versorgungsämtern sehr unterschiedlich seien. Es würde oftmals nicht genügend berücksichtigt, daß bei vielen Kehlkopfflosen häufig akute Hustenanfälle mit Auswurf aufträten, die jeweils eine sofortige Reinigung des Tracheostomas notwendig machten. Da es zu solchen Hustenanfällen spontan und in nicht vorhersehbaren Abständen komme, sei es diesen Behinderten in der Regel nicht möglich, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen.

Dr. ... berichtete von einer Veranstaltung der Kehlkopfflosen, auf der vorgetragen worden sei, daß in einem Fall das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen „RF“ mit der Begründung verneint worden sei, daß der Behinderte nicht zu den Kanülenträgern gehöre, auf die in der Nummer 33 der „Anhaltspunkte“ ausdrücklich hingewiesen sei.

In der Diskussion wurde klargestellt, daß die in die Nummer 33 Abs. 2 Buchst. c) der „Anhaltspunkte“ übernommenen Richtlinien zu den Länderverordnungen über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht nur beispielhafte Situationen und keine vollständige Aufzählung enthalten könnten. Übereinstimmend bestätigten die Beiratsmitglieder, daß unkontrollierbare Hustenanfälle der genannten Art „auf die Umgebung unzumutbar abstoßend und störend wirken“ (siehe Nummer 33 der „Anhaltspunkte“) und dementsprechend, wenn sie häufig und nicht nur vorübergehend, sondern ständig wiederkehrend auftreten (und damit bei vollständigem Kehlkopfverlust auch einen MdE-Grad von wenigstens 80 v. H. rechtfertigen), als gesundheitliche Voraussetzung für das Merkzeichen „RF“ anzusehen seien. Dies treffe selbstverständlich – ebenso wie bei lauten Atemgeräuschen – auch dann zu, wenn der Betroffene nicht Kanülenträger sei.

Im Übrigen wurde in diesem Zusammenhang bemerkt, daß aber nun nicht davon ausgegangen werden könne, daß es allen Behinderten mit Kehlkopfverlust nicht möglich sei, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht seien bei Kehlkopflosen zwar relativ häufig zu bejahen. Es gäbe aber auch eine Reihe von günstigeren Fällen, bei denen die genannten Voraussetzungen nicht gegeben seien. In Zweifelsfällen sollte eine gutachtliche Untersuchung durchgeführt werden.

2.2.4 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht Frage des Besuchs öffentlicher Veranstaltungen „in zumutbarer Weise“ [27]

Nach den in die Nummer 33 Abs. 2 Buchst. c) der „Anhaltspunkte“ übernommenen Richtlinien zu den Länderverordnungen über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht gehören zu dem Personenkreis, bei dem die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht erfüllt sind, auch die Schwerstbehinderten, „die auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in ihnen zumutbarer Weise nicht be-

suchen können“.

Was unter dem Begriff „in ihnen zumutbarer Weise“ zu verstehen ist, wurde anhand eines in einem Sozialgerichts-Urteil behandelten Falles eines Schwerstbehinderten diskutiert, der zwar noch einer beruflichen Tätigkeit (Teilzeitbeschäftigung) nachging, aber wegen erheblicher Bewegungseinschränkungen in allen Gliedmaßen aufgrund einer Muskelerkrankung auf einen Rollstuhl angewiesen war, wobei er diesen aber nicht selbst betätigen und auch nicht selbständig verlassen konnte.

Im Verlauf der Diskussion wurde herausgestellt, daß eine Berufstätigkeit zwar in der Regel ein Indiz dafür sei, daß der Behinderte öffentliche Veranstaltungen noch besuchen könne, und allein aus der Tatsache, daß der Behinderte auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen sei, könnten noch nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht abgeleitet werden, wie dies auch in der Nummer 33 der „Anhaltspunkte“ dargelegt sei. Gemeint seien aber hiermit nicht alle Rollstuhlfahrer und nicht alle Schwerstbehinderten, die noch in bestimmten Grenzen beruflich tätig sein könnten. Es gebe auch Schwerstbehinderte, z. B. Vierfachgelähmte, denen – trotz der Möglichkeit beruflicher Resttätigkeiten – ein Besuch öffentlicher Veranstaltungen nicht zumutbar sei, wenn dieser Besuch wegen sehr schwerer Bewegungsstörungen sowohl für den Schwerstbehinderten als auch für die Begleitperson stets mit „übermäßigen Anstrengungen“ (auf die auch in dem Sozialgerichts-Urteil hingewiesen war) und folglich mit „nicht zumutbaren“ Anstrengungen verbunden sei.

9 Gesundheitliche Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse (AP 2008, 34)

- 1) Dieser Nachteilsausgleich kommt für Schwerkriegsbeschädigte 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 schwerkriegsbeschädigten Empfängern der drei höchsten Pflegezulagestufen sowie bei Kriegsblinden, kriegsbeschädigten Ohnhändern und kriegsbeschädigten Querschnittgelähmten wird das Vorliegen der Voraussetzungen unterstellt.

10 Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit (AP 2008, 28 und EStG)

Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 33b Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen, Hinterbliebene und Pflegepersonen (Auszug)

- (1) Wegen der Aufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, für die Pflege sowie für einen erhöhten Wäschebedarf können Menschen mit Behinderungen unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 anstelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag nach Absatz 3 geltend machen (Behinderten-Pauschbetrag). Das Wahlrecht kann für die genannten Aufwendungen im jeweiligen Veranlagungszeitraum nur einheitlich ausgeübt werden.
- (2) Einen Pauschbetrag erhalten Menschen, deren **Grad der Behinderung auf mindestens 20** festgestellt ist, sowie Menschen, die hilflos im Sinne des Absatzes 3 Satz 4 sind.
- (3) Die Höhe des Pauschbetrags nach Satz 2 richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung. ...

Bis zum Inkrafttreten des neuen § 33 b EStG zum 01. Januar 2021 war der Text wie folgt gefasst:

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 zustande kommt.

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.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2011

2. § 33 b EStG, dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit [239]

Geringe funktionelle Auswirkungen einer Gesundheitsstörung, die lediglich einen GdB von 10 bewirken, führen nach Ansicht der Mehrheit der Leitenden Ärzte nicht zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit.

Das Vorliegen einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ist u. a. gegeben bei

- einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule ab einem GdB von 20,
- einer Funktionsstörung der oberen Extremitäten ab einem GdB von 20 und
- einer Funktionsstörung der unteren Extremitäten ab einem

GdB von 20.

Die intensive Diskussion ergab, dass in den einzelnen Bundesländern Listen der Gesundheitsstörungen vorliegen, bei denen eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geprüft wird. Diese sind zu vereinheitlichen und stellen als Eckwerte wesentliche Bewertungskriterien dar. Durch die AG der Leitenden ÄrztInnen der Länder und der Bundeswehr wird geprüft, ob weitere beispielgebende Gesundheitsstörungen zur Vervollständigung mit in die Liste aufgenommen werden müssen.

Auszüge aus Beiratsbeschlüssen

Mai 2006

10. Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit und Diabetes mellitus [217]

Die dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus wurde in einem Bundesland bereits ab einem GdB von 30 festgestellt. Diese Bewertung ist medizinisch nicht begründbar. Der Beirat stellte fest, dass der Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 23.04.1986 TOP 4.3 weiterhin gültig ist, wonach selbst bei Diabetes mellitus mit einem GdB bis zu 40 eine solche Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit nicht vorstellbar sei.

November 1997

3.3.1 Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei Nierenfunktionsstörungen [130]

Nach Nummer 28 der „Anhaltspunkte“ kann eine „dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ im Sinne des § 33 b EstG in

besonderen Fällen auch bei inneren Krankheiten vorliegen. Es war gefragt worden, ob diese auch bei Nierenfunktionsstörungen mit Serumkreatininwerten unter 2 mg/dl bzw. von 2 bis 4 mg/dl in Betracht kommen könne.

Nach Auffassung der Beiratsmitglieder kann eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei Nierenschäden nur dann angenommen werden, wenn die Einschränkung der Nierenfunktion so ausgeprägt ist, daß sie mit einem GdB/MdE-Grad von 40 sachgerecht zu beurteilen ist.

April 1986

4.3 Äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit [41]

Von einem versorgungsärztlichen Dienst wurde zur Diskussion gestellt, ob bei den nachfolgenden Behinderungen mit MdE-Werten von 30 bzw. 40 v. H. eine äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit angenommen werden könne:

1. insulinpflichtiger Diabetes mellitus,
2. chronisches Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsleiden,
3. Nierenschaden,
4. chronische Hepatitis,
5. Verlust der weiblichen Brust.

In der Diskussion wurde davon ausgegangen, daß – wie es höchstrichterlich entschieden ist – der Begriff „äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ nicht eng auszulegen sei und daß nach der Nummer 28 der „Anhaltspunkte“ auch bei inneren Leiden eine solche Einbuße der körperlichen Beweglichkeit vorliegen könne. Es wurde dann darauf hingewiesen, daß jedoch in jedem Fall eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit erkennbar sein müsse. Dies sei im Einzelfall

bei den genannten Magen-, Zwölffingerdarm-, Nieren- und Leberleiden nur dann denkbar, wenn diese Leiden mit einer deutlichen andauernden Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes und einer entsprechend eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit (Beweglichkeit) einhergingen. Beim Diabetes mellitus mit einer MdE bis zu 40 v. H. sei eine solche Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit nicht vorstellbar, und sie sei auch nicht im Hinblick auf gelegentlich auftretende hypoglykämische Zustände zu bejahen, da solche Zustände nicht „dauernd“ vorhanden seien. Nach einer Brustamputation könne eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit dann angenommen werden, wenn als Operations- oder Bestrahlungsfolge Funktionseinschränkungen im Schultergürtel oder Arm aufgetreten seien.

Hieraus wurde gefolgert, daß – unabhängig davon, daß die Annahme einer „äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit“ im allgemeinen nicht von einem bestimmten MdE-Grad abgeleitet werden könne – bei den oben unter 2. bis 5. genannten Gesundheitsschäden eine solche Einbuße der Beweglichkeit allenfalls dann in Betracht kommen könne, wenn sich aus diesen Schäden ein MdE-Grad von 40 v. H. ergebe.

11 Übersicht über die Parkerleichterungen

Mit der Änderung der Verwaltungsvorschriften zu § 45 Abs. 1 bis 1e Nr. IX und zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Straßenverkehrsordnung trat mit Wirkung vom 11.06.2009 eine bundesweite Neuregelung der Parkerleichterungen in Kraft.

Zuständig für die Ausstellung der Parkausweise sind in allen Bundesländern die Straßenverkehrsbehörden.

Es wird für einen Berechtigten jeweils nur einer der beiden möglichen Parkausweise ausgestellt.

Die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Parkerleichterungen ist unabhängig vom Besitz eines Führerscheines und/oder eines Kraftfahrzeuges.

11.1 Blauer Parkausweis

EU-einheitlicher Ausweis mit Lichtbild, gültig in ganz Deutschland, in den EU-Mitgliedsstaaten sowie in weiteren Ländern.

Über die Parkerleichterungen in den EU-Ländern informiert ein Merkblatt.

Download unter:

<http://www.eu-info.de/static/common/files/view/3731/Parkausweis%20Lnderinformation%20EN.pdf>

Umfang der Berechtigung gemäß VwV zu § 45 StVO

- Parken auf Behindertenparkplätzen
- Inanspruchnahme der sonstigen Parkerleichterungen, zu denen der orangefarbene Parkausweis berechtigt

Berechtigte Personen

- Schwerbehinderte Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

- Blinde (Merkzeichen Bl)
- Schwerbehinderte Menschen mit Amelie oder Phokomelie (Fehlen der Arme bzw. Beine oder direkt an den Schulter- bzw. Hüftgelenken ansetzende Hände bzw. Füße) sowie Schwerbehinderte mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen¹

11.2 Orangefarbener Parkausweis

Bundeseinheitlicher Ausweis ohne Lichtbild, gültig in ganz Deutschland. Ausstellung durch die örtliche Straßenverkehrsbehörde widerruflich für maximal 5 Jahre.

Umfang der Berechtigung gemäß VwV zu § 46 StVO

Inanspruchnahme der sonstigen Parkerleichterungen (nicht gestattet ist das Parken auf Behindertenparkplätzen!), d. h. Parken bis zu einer maximalen Zeit von 24 Stunden und sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht

- in Bereichen mit eingeschränktem Halteverbot bis zu drei Stunden (Parkscheibe),
- an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung,
- auf Parkplätzen für Bewohner bis zu drei Stunden und
- in weiteren Bereichen, die im Einzelnen in der o. g. VwV bestimmt sind zu parken.

¹Nach dem Schreiben des BMAS vom 25.06.2009 ist hierunter ein völliger Funktionsverlust der Arme inklusive der Schulter- und Ellenbogengelenke zu verstehen.

Berechtigte Personen²

- Inhaber des blauen Parkausweises³ und entsprechend
- Rn. 134 c) Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane,
- Rn. 135 d) Schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt,
- Rn. 136 e) Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt.
- Rn. 137 f) Eine Ausnahmegenehmigung kann auch denjenigen schwerbehinderten Menschen erteilt werden, die nach versorgungsärztlicher Feststellung dem Personenkreis nach den Randnummern 134 bis 136 gleichzustellen sind.

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

März 2022

1. Änderung der VwV zu § 46 StVO Nummer 11 Abs. 2f)[304]

²Allgemeine VwV zur StVO in der Fassung vom 08.11.2021 (BAnz AT 15.11.2021 B1)

³Bei Berechtigten mit Amelie oder Phokomelie bzw. vergleichbaren Funktionseinschränkungen haben die zeitlichen Begrenzungen, die eine Betätigung der Parkscheibe voraussetzen, keine Gültigkeit.

Rn 137: „Eine Ausnahmegenehmigung kann auch denjenigen schwerbehinderten Menschen erteilt werden, die nach versorgungszärztlicher Feststellung dem Personenkreis nach Rn. 134 bis Rn. 136 gleichzustellen sind.“

Folgende beispielhafte, nicht abschließende Liste von Konstellationen, beschreibt den berechtigten Personenkreis:

- a) Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen „G“ und „B“ und einem GdB von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen und der Lendenwirbelsäule (z. B. aufgrund orthopädischer oder neurologischer Erkrankungen, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken und nicht das Merkzeichen „aG“ begründen).
- b) Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen „G“ und „B“ und einem GdB von 50 für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von 70 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane (Herzleistungsminderung, Lungenfunktionseinschränkung).
- c) Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen „G“ und „B“ mit zentral bedingten Gleichgewichtsstörungen und (oder) neuromuskulären Erkrankungen mit GdB 70, die sich auf das Gehvermögen auswirken und zusätzlich GdB 50 für Beeinträchtigungen der unteren Extremitäten und (oder) der Lendenwirbelsäule (soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken).
- d) Schwerbehinderte Menschen mit organisch bedingten Funktionsstörungen des Darms mit mindestens GdB 60 (z. B. Funktionsverlust des Afterschließmuskels mit Einzel-GdB 50 und chronische Darmentzündung mit Einzel-GdB 30). Tumoren bleiben dabei außer Betracht, soweit keine Funktionsstörungen im genannten Umfang bestehen.

- e) Schwerbehinderte Menschen mit organisch bedingten Funktionsstörungen des Darms und der Harnableitung mit mindestens GdB 70 (z.B. chronische Darmentzündung mit Einzel-GdB 50 und Harninkontinenz mit Einzel-GdB 40). Tumoren bleiben dabei außer Betracht, soweit keine Funktionsstörungen im genannten Umfang bestehen.

Text aufgehoben durch gesetzliche Änderung

Bis zur Bekanntmachung der Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung vom 08. November 2021 (Veröffentlicht am 15.09.2021), war die VwV zu § 46 StVO Nummer II Rn. 136 - 139 wie folgt gefasst:

- *Inhaber des blauen Parkausweises*
- *Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken)*
- *Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane*
- *Schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt*
- *Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt*

11.3 Andersfarbige Parkausweise

Ausweise mit Gültigkeit in einzelnen Bundesländern gemäß den jeweiligen Ländervorschriften.

12 Arbeitshilfe für die versorgungsmedizinisch gutachterlich tätigen Ärztinnen und Ärzte

AG der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

September 2018

1. Merkzeigentabelle [300]

Die Merkzeigentabelle soll im Arbeitskompendium veröffentlicht werden.

In den Merkzeigentabellen wurden die aktuell gültigen Vorgaben und Bezüge zur Rechtsprechung zu den jeweiligen Merkzeichen zusammengefasst. Sie sind zur besseren Übersicht in Tabellenform abgebildet und werden im Anhang des Arbeitskompendiums der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr (AGLeitÄ) veröffentlicht. Änderungen werden in Form von Beschlüssen der AGLeitÄ eingearbeitet.

März 2018

1. Merkzeigentabelle [297]

Die Merkzeigentabelle soll im Arbeitskompendium veröffentlicht werden.

(Tabelle wurde schon als PDF versendet). Das Kapitel „H“ - Hilf-

losigkeit - Besonderheiten im Kindes und Jugendalter, muss noch in die Merkzeichen Tabelle eingefügt werden. Aufgrund des dazu erforderlichen Abstimmungsbedarfs ist jedoch die weitere Abstimmung in Potsdam - im Rahmen der nächsten Sitzung der AG - geplant. Die aktuell abgestimmte Tabelle kann jedoch schon veröffentlicht werden.

Zusammenstellung der Mindestvoraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX.

Bei den nachfolgenden Hinweisen handelt es sich um Arbeitshilfen für ärztliche Gutachter/Gutachterinnen. Eine sorgfältige medizinische Einzelfallprüfung ist immer erforderlich. (Bearbeitungsstand: April 2018)

Erläuterungen zu den Tabellen

Art der Funktionsbeeinträchtigung:

- Darauf bezieht sich der Mindest-GdB
- Begründet regelhaft das im Kopf der Tabelle angeführte Merkzeichen unter den angegebenen Bedingungen

Mindest-GdB:

- Dieser bezieht sich auf die in der ersten Spalte angegebene Funktionsstörung
- Bei den in dieser Tabelle aufgeführten Mindest-GdB handelt es sich jeweils um den GdB, ab welchem anhand des Einzelfalls zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für die jeweiligen Merkzeichen-Vergaben erfüllt sind.

Folgende weitere Merkzeichen:

- Die ohne weitere Ergänzung aufgeführten Merkzeichen bei den angeführten Funktionsstörungen sind regelhaft berechtigt

- Weitere Merkzeichen sind unter zusätzlichen Voraussetzungen bzw. mit Beschränkungen ebenfalls berechtigt und in Klammer gesetzt

Erläuterung/Quellen:

- Diese Spalte enthält zusätzliche allgemeingültige Voraussetzungen/ Beschränkungen für die Merkzeichenvergabe bei den genannten Funktionsstörungen aufgeführt
- Enthält den Fundort in der VersMedV (Stand 2017), maßgebliche BSG-Urteile und Beschlüsse der AG-Länder

Kursiv gedruckte GdB-Werte:

- Hierbei handelt es sich um nicht ausdrücklich in der Verordnung festgelegte GdB-Werte, die Empfehlung basiert auf medizinisch-gutachterlicher Erfahrung.

Allgemeine Anmerkung

Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung der Voraussetzungen für die Feststellung der Merkzeichen G, B und aG 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.

VersMedV D1 c), D2 a), D3 a)

Es werden wesentliche Fragestellungen behandelt.

12.1 „G“ – Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr, § 146 Absatz 1 SGB IX / ab 01.01.2018 § 229 Abs. 1 SGB IX

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
1. Geistige Behinderung mit Störungen der Orientierungsfähigkeit, Demenz	80	B (H ab GdB 100)	VersMedV, D1 f)
2. Hirnorganisches Anfallsleiden Hypoglykämische Schockzustände	70	B	Anfälle überwiegend tagsüber (mittlere Anfallshäufigkeit mit einem GdB von wenigstens 70) VersMedV, D1 e)
3a. Sehminderung	70	RF, B	VersMedV D1 f)
3b. Sehminderung in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktionen	50	B (RF ab GdB 60)	Hörbehinderung GdB 50 Geistige Behinderung GdB 50 (Gesamt-GdB mind. 70) VersMedV D1 f)
4a. Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktionen	70	B, RF (GL ab GdB 80)	Sehbehinderung GdB 30 geistige Behinderung GdB 50 (Gesamt-GdB mindestens 80) VersMedV D1 f)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
4b. Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder bis zum 7. LJ erworben mit schweren Störungen des Spracherwerbs	100	RF, GL (B bis 16. LJ) (H bis zur Beendigung der ersten Ausbildung)	In der Regel bis zur Vollen- dung des 16. Lebensjahres VersMedV D1 f) BSG 9 RVs 5/95(Alters- grenze)
5. Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades	50		VersMedV D1 d) und B 8.3
6a. Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3	50		VersMedV D1 d) und B 9.1.1
6b. Chronisch Herzranke nach Implantation eines Linksherzunterstützungssystem	50		Beschluss der AG Länder Sit- zung 03/2014 TOP 2
7. Behinderungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule	50		VersMedV D1 d)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
8a. Versteifung des Hüftgelenks	40		Gesamt-GdB mind. 50! VersMedV D1 d)
8b. Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung	40		Gesamt-GdB mind. 50! VersMedV D1 d)
9. Arterielle Verschlusskrankheit der unteren Gliedmaßen	40		Gesamt-GdB mind. 50! VersMedV D1 d)
10a. Beidseitige Amelie oder Phokomelie oder diesen Behinderungen vergleichbare Funktionsstörungen	100.	B, H Sonderparkberechtigung (blauer Parkausweis)	VwV-StVO zu § 45
10b. Verlust der Arme im Oberarm, im Unterarm, auch Verlust der Hände	100	B, H	Erlass BMAS - VI b 2-58 195-1 vom 14. 06. 1984 Beiratsbeschluss 11/1983 Pkt. 4.2 (Arbeitskompendium)

Bei einem Gesamt-GdB von wenigstens 50 können die Voraussetzungen bei Funktionsbeeinträchtigungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB von unter 50 auch in den in Textziffern 8a und b und 9 (s. o.) aufgeführten Fällen erfüllt sein.

Die Angabe einer eingeschränkten Gehstrecke an sich ist zur Feststellung der Voraussetzungen des Merkzeichens G nur dann ausreichend, wenn Gesundheitsstörungen nachgewiesen sind, die eine mit den o. g. Regelfällen vergleichbare Einschränkung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bedingen. Sofern das Gehvermögen aufgrund anderer Gesundheitsstörungen eingeschränkt ist, die nicht in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen genannt sind, ist zu prüfen, ob der Betroffene den in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen beispielhaft aufgeführten Regelfällen gleichzustellen ist (z. B. bei fortgeschrittenen Tumoren, Gleichgewichtsstörungen)

(BSG-Urteil v. 13. 08. 1997 (9 RVs 1/96))

Bei anderen als unter 1 genannten psychischen Beeinträchtigungen muss nachgewiesen sein, dass die tatsächliche Beeinträchtigung der Gehfähigkeit im Straßenverkehr so schwerwiegend ist, dass sie der einer mit 50 bewerteten Funktionsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten und/oder der unteren Wirbelsäule oder auch innerer Organe entspricht (Beschluss AG Länder 03/2016 TOP 2).

12.2 „B“ – Berechtigung für eine ständige Begleitung § 146 Absatz 2 SGB IX / ab 01.01.2018 § 229 Abs. 2 SGB IX

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
1. Geistige Behinderung, Demenz	80	G (H ab GdB 100)	VersMedV D2 c) und D1 f)
2. Hirnorganisches Anfallsleiden, Hypoglykämische Schockzustände	70	G	Anfälle überwiegend tagsüber (mittlere Anfallshäufigkeit mit einem GdB von wenigstens 70) VersMedV D2 c) und D1 e)
3. Querschnittlähmung	100	G, aG, H	VersMedV, D2 c)
4a. Sehminderung	70	RF, G	VersMedV D2 c) und D1 f)
4b. Sehminderung in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktionen	50	G (RF bei GdB 60)	Hörbehinderung GdB 50, geistige Behinderung GdB 50 (Gesamt-GdB mindestens 70) VersMedV D2 c) und D1 f)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
5a. Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit in Kombination mit erheblichen Störung der Ausgleichsfunktionen	70	RF (GL bei GdB ab 80)	Sehbehinderung GdB 30 geistige Behinderung GdB 50 (Gesamt-GdB mindestens 80) VersMedV D2 c) und D1 f)
5b. Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder bis zum 7. LJ erworben mit schweren Störungen des Spracherwerbs	100	RF, GL (G bis 16. LJ) (H bis zur Beendigung der ersten Ausbildung)	In der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres VersMedV D1 f)
6a. Beidseitige Amelie oder Phokomelie oder diesen Behinderungen vergleichbare Funktionsstörungen	100	G, H Sonderparkberechtigung (blauer Parkausweis)	VersMedV D2c) VwV-StVO zu § 45

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu (Gemeint sind jeweils Mindest-Einzel-GdB)	Erläuterungen / Quellen
6b. Verlust der Arme im Oberarm, im Unterarm, auch Verlust der Hände	100	G, H	VersMedV D2c)

12.3 „aG“ – Außergewöhnliche Gehbehinderung, § 146 Absatz 3 SGB IX / ab 01.01.2018 § 229 Absatz 3 SGB IX

Hinweis¹: Der Mindest-Einzel-GdB muss immer einen GdB 80 für die mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung beinhalten

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1a. Zentralnervöse, peripher-neurologische, neuromuskulär bedingte Gangstörungen	80	G, B	Mit der Unfähigkeit ohne Unterstützung zu gehen oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist Begründung Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)

¹Davon GdB 80 für die mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1b. Querschnittslähmung	100	G, B, H	<p>Mit der Unfähigkeit ohne Unterstützung zu gehen oder wenn eine dauerhafte Rollstuhlbenutzung erforderlich ist</p> <p>Begründung Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)</p>
1c. Multiple Sklerose	80	G, B	<p>Beiratsbeschluss 11/1999 Pkt. 2. 2 (Arbeitskompendium) – EDSS von 7,0 auf Dauer begründet</p> <p>Begründung Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>2. Geistige Behinderung, Epilepsie, Demenz und andere psychische Störungen, wenn aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung – dauerhaft auch für kurze Strecken – aus medizinischer Notwendigkeit die Verwendung eines Rollstuhles notwendig ist</p>	100	G, B, H	<p>Abgedeckt durch Formulierung Begründung Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)</p> <p>BSG 9a RVs 4/90 (Anfallsleiden) BSG 9 RVs 3/94 (Anfallsleiden) BSG B 9 SB 7/97 R (geistige Behinderung) Beiratsbeschluss 11/1992 Pkt. 4. 4. 3 (Arbeitskompendium)</p>
<p>3. Krankheiten der Atmungsorgane mit nicht ausgleichbarer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades</p>	80	G, B	<p>Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146) VersMedV B 8. 3</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
4. Schwerste Einschränkung der Herzleistungsfähigkeit (insbesondere bei Linksherzschwäche Stadium NYHA IV)	80	G, B	Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146) VersMedV B 9. 1. 1
5. Funktionsverlust/ Verlust beider Beine ab Oberschenkelhöhe in Abhängigkeit vom Erfolg der prothetischen/orthetischen Versorgung	100	G, B, H	Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146) Beschluss AG Länder Sitzung 3/2017 <i>TOP 2</i>
6. Verlust beider Beine im Unterschenkel ohne suffiziente prothetische Versorgung auf Dauer	100	G, B, H	Abgedeckt durch Formulierung Begründung Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
7. Funktionsverlust/Verlust eines Beines ab Oberschenkelhöhe – ohne Möglichkeit einer orthetischen oder prothetischen Versorgung oder – nur mit Beckenkorbprothese versorgbar	80	G, B	Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)
8. Arterielle Verschlusskrankheit der Beine bei Stadium IV	80	G, B	Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)
9. Metastasierende Tumorleiden mit einer schwersten Beeinträchtigung (mit starker Auszehrung und fortschreitendem Kräfteverfall)	80	G, B (Im Einzelfall: H)	Begründungsteil Bundesteilhabegesetz (zu Artikel 2, zu Nr. 13 § 146)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>10. Kombination von ausgeprägter kardialer/pulmonaler Leistungseinschränkung und gleichzeitig sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der Beine/LWS bei deutlich gegenseitiger Verstärkung der mobilitätsbezogenen Teilhabe-einschränkung</p>	<p>70 Herz/Lunge und 50 Beine/LWS</p>	<p>G, B</p>	<p>Abgedeckt durch Formulierung im Bundesteilhabegesetz</p>
<p>11. Kombination aus sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Funktionsstörungen Beine/LWS und gleichzeitig bestehender kardialer/pulmonaler Leistungseinschränkung bei deutlich gegenseitiger Verstärkung der mobilitätsbezogenen Teilhabe-einschränkung</p>	<p>70 Beine/LWS und 50 Herz/Lunge</p>	<p>G, B</p>	<p>Abgedeckt durch Formulierung im Bundesteilhabegesetz</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB ¹	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>12. Kombination aus zentral bedingten Koordinationsstörungen und gleichzeitig sich auf die Gehfähigkeit auswirkenden Funktionsstörungen im Bereich der Beine/LWS bei deutlich gegenseitiger Verstärkung der mobilitätsbezogenen Teilhabe-einschränkung</p>	<p>70 Ko-ordinationsstörungen und 50 Beine/LWS</p>	<p>G, B</p>	<p>Abgedeckt durch Formulierung im Bundesteilhabegesetz.</p>

12.4 „H“ – Hilflosigkeit

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1a. Geistige Behinderung, Demenz	100	G, B	VersMedV A4 f) aa)
1b. Hirnschädigung	100		VersMedV A4 f) aa)
2. Anfallsleiden	100	G, B	VersMedV A4 f) aa)
3. Psychosen	100	G, B	VersMedV A4 f) aa)
4. Querschnittslähmung und andere Behinderungen, bei ständiger Notwendigkeit einen Rollstuhl zu benutzen	100	G, B, aG	VersMedV A4 e) bb)
5. Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung	100	G, B, RF (Bl bei Blindheit)	VersMedV A4 f) aa)
6. Taubheit und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder bis zum 7. LJ erworben mit schwerer Sprachstörung	100	RF, GL	Bis Ende der 1. Ausbildung VersMedV A5 d) ee) BSG B 9 SB 4/02 R BSG B 9a SB 1/05 R

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
7. Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen	100	G, B	bei Unterschenkel- oder Fußamputation beiderseits – individuelle Prüfung erforderlich VersMedV A4 f) bb)
8. Behinderungen mit dauerndem Krankenlager	100	G, B, aG, RF	VersMedV A4 g)
9. Behinderungen bei anerkannter Pflegebedürftigkeit mit Pflegegraden 4 und 5 (in der Regel)	100	G, B	Pflegegrad 3 Einzelfallprüfung besonders hoher Hilfebedarf in Modul 1 (Mobilität), 2 (Kommunikation), 4 (Selbstversorgung) und 6 (Gestaltung des Alltags, vergleichbar geistige Anregung) bzw. bei Notwendigkeit ständiger Bereitschaft zur Hilfe Beschluss AG Länder Sitzung 12/2016 TOP 3

12.5 „H“ – Hilflosigkeit – Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1. Geistige Behinderung	80	G, B	<p>in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</p> <p>VersMedV A5 d) aa)</p>
2. Tief greifende Entwicklungsstörungen, z.B. Autismus-Spektrumsstörungen	50	(B) Einzelfallentscheidung	<p>Bis zum 18. Lebensjahr</p> <p>VersMedV, A5 d) bb)</p> <p>Insbesondere bei Nachweis häufiger Impulsdurchbrüche kann das Mz. B im Einzelfall ab GdB 70 zuerkannt werden. Das Merkzeichen B kann in Kombination mit Merkzeichen H auch ohne Merkzeichen G gegeben werden.</p> <p>Beschluss AG Länder Sitzung 03/2014 TOP 5</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
3. Hirnorganisches Anfallsleiden	80	G, B (bei Anfällen überwiegend am Tag)	Unter Berücksichtigung der Anfallsart und -frequenz und evtl. Verhaltensauffälligkeiten (bis 18. Lj) VersMedV A5 d) cc)
4. Einschränkung des Sehvermögens	80	RF, G, B	In der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres VersMedV A5 d) dd)
5. Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder bis zum 7. LJ erworben mit schweren Störungen des Spracherwerbs	100	RF (G, B bis zum 16. LJ)	Beendigung der Ausbildung (hierzu zählen Schulbildung, Erstausbildung (Fach-Hochschule), Weiterbildung) VersMedV A5 d) ee) Beiratsbeschluss 04/1997 2. 4 BSG B 9 SB 4/02 R BSG B 9a SB 1/05 R

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>6. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und komplette Gaumensegelspalte</p>	<p>100</p>		<p>Bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation – Verschluss des Gaumens)</p> <p>VersMedV A5 d) ff)</p>
<p>7. Bronchialasthma schweren Grades</p>	<p>80</p>		<p>In der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres</p> <p>VersMedV A5 d) gg)</p> <p>VersMedV B 8. 6</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>8. Angeborene oder in Kindheit erworbene Herzschäden bei schweren Leistungsbeeinträchtigungen entsprechend der in B 9.1.1 angegebenen Gruppen 3 und 4</p>	50	G	<p>längstens bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres Die Kinder müssen ständig zwecks Vermeidung von gefährlichen Herzkreislaufbelastungen oder von Verletzungsgefahr unter Antikoagulantienbehandlung überwacht werden und zwar bis zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit (z. B. durch Operation)</p> <p>VersMedV A5 d) hh)</p>
<p>9. Behandlung mit künstlicher Niere, Niereninsuffizienz</p>	100		<p>stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres</p> <p>VersMedV A5 d) ii)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>10. Diabetes mellitus</p>	<p>30</p>		<p>Stets bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres</p> <p>VersMedV A5 d) jj)</p> <p>Die Kriterien zur VersMedV A 5 b) sind bei einem GdB von unter 30 nicht erfüllt, da der Umfang der notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen nicht erheblich ist (es muss nicht einmal täglich eine BZ-Messung erfolgen)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
11. Phenylketonurie	30		<p>Ab Diagnosestellung für die Dauer der diätetischen Therapie – in der Regel bis zum 14. Lebensjahr. Über das 14. Lebensjahr hinaus beim gleichzeitigen Vorliegen einer relevanten Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung.</p> <p>VersMedV A5 d) kk) Beiratsbeschluss 11/2000 1. 12. 1</p>
12. Mukoviszidose	50		<p>In der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres; bei schweren Fällen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</p> <p>VersMedV A5 d) ll)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
13. Maligne Erkrankungen	50		Für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie VersMedV A5 d) mm), (<i>Empfehlung: Zeitdauer 1 Jahr</i>)
14. Angeborene, erworbene oder therapieinduzierte schwere Immundefekte	50		Für die Dauer des Immundefekts, der eine ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich macht. VersMedV A5 d) m)
15. Hämophilie	30		Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung – bei einer Restaktivität von AHG 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.

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
16. Juvenile chronische Polyarthrititis	50		<p>In der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres (solange Gelenksituation eine ständige Überwachung oder dauernde Hilfestellungen sowie Anleitung zu Bewegungsübungen erfordert)</p> <p>VersMedV A5 d) pp)</p>
17. Systemische rheumatische Erkrankung (Still-Syndrom), systemische Bindegewebserkrankungen (z. B. Lupus)	50		<p>Für die Dauer des aktiven Stadiums</p> <p>VersMedV A5 d) pp)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
18. Osteogenesis imperfecta	50		<p>Soweit nicht Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen allein H bedingen, von der Häufigkeit der Knochenbrüche abhängig. In der Regel bedingen zwei oder mehr Knochenbrüche pro Jahr H. H ist bei einer solchen Bruchneigung so lange anzunehmen, bis ein Zeitraum von zwei Jahren ohne Auftreten von Knochenbrüchen abgelaufen ist, längstens jedoch bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.</p> <p>VersMedV A5 d) qq)</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
19. Klinisch gesicherte Typ-I-Allergie gegen schwer vermeidbare Allergene (z. B. bestimmte Nahrungsmittel) mit Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks	30		In der Regel bis zum Ende des 12. Lebensjahres VersMedV A5 d) rr)

12.6 „GI“ - Gehörlosigkeit

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1. Taubheit	80	RF	VersMedV D4
2. Hörbehinderte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit beiderseits und schweren Sprachstörungen	100	RF (G und B bis 16. LJ) (H bis Beendigung der ersten Ausbildung)	VersMedV D4

12.7 „RF“ – Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1. Sehminderung	60		§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Fünfzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag AHP Nr. 33 (2a)
2. Schwerhörigkeit	50		Hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. § 4 Abs. 2 Nr. 2 Fünfzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag AHP Nr. 33(2b)

„RF“ – Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht bei Gesamt-GdB ab 80

Eine Feststellung des Merkzeichens RF ist nur möglich, wenn

- ein Gesamt-GdB von wenigstens 80 vorliegt und
- der Behinderte wegen seines Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen kann (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 Fünfzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag)

Die Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens „RF“ sind bei den im Folgenden aufgeführten Gesundheitsstörungen dann gegeben, wenn der schwerbehinderte Mensch wegen seiner Leiden ständig, d. h. allgemein und umfassend vom Besuch von Zusammenkünften jedweder, also künstlerischer, politischer, kirchlicher, wissenschaftlicher, sportlicher, unterhaltender, wirtschaftlicher u. s. w. Art ausgeschlossen ist. Es muss dabei nicht nur der Besuch von mehrere Stunden dauernden Opern-, Theater- oder Kinodarbietungen, sondern auch bspw. die Teilnahme an Gottesdiensten, Volksfesten, Sportveranstaltungen, Kundgebungen im Freien o. ä. dauerhaft und ständig ausgeschlossen sein.

Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn jemand praktisch an das Haus gebunden ist.

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
1. Hirnorganisches Anfallsleiden (häufige hirnorganische Anfälle)	90	G, B	AHP Nr. 33 (2c)
2. Krankheiten der Atmungsorgane mit dauerhafter nicht ausgleichbarer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades, nur, wenn die Voraussetzungen für RF wegen der Immunsuppression erfüllt ist	80	G, B, aG	Einzelfallentscheidung AHP Nr. 33 (2c)

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
<p>3. Krankheiten von Herz und Kreislauf mit schwersten Einschränkungen der Herzleistungsfähigkeit mit Ruheinsuffizienz bzw. wiederholt auftretenden schweren Dekompensationsercheinungen</p>	80	G, B, aG	Einzelfallentscheidung AHP Nr. 33 (2c)
<p>4. 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</p>	100		<p>AHP Nr. 33 (2c)</p> <p>Einzelfallentscheidung: nur, wenn die Voraussetzungen für RF wegen der Immunsuppression erfüllt ist</p> <p>Beiratsprotokoll von 10/1986 3. 1</p>

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
5. Kehlkopflose mit ungünstigen Begleiterscheinungen (starker Hustenreiz, erhebliches Abhusten, störende Begleitgeräusche, Notwendigkeit häufigen Absaugens bei chron. Bronchitis)	80		Beiratsprotokoll 04/1985 2. 2. 3 und 11/1992 4. 4. 8 AHP Nr. 33(2c)
6. Dauerkanülen-träger bei chronischer Bronchitis mit starkem Hustenreiz	80		Beiratsprotokoll 04/1985 2. 2. 3 und 11/1992 4. 4. 8

12.8 „TBL“ – Taubblindheit – Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

Art der Funktionsbeeinträchtigung	Mindest-Einzel-GdB	Folgende weitere Merkzeichen stehen zu	Erläuterungen / Quellen
Sehminderung und Hörminderung	100 70	G, B, H, RF	Bundesteilhabegesetz § 4 Abs.1 Nr.10 Fünfzehnter Rundfunkänderungsstaatsvertrag

Teil VI

Bundesrat

Verordnungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Aufgeführt werden hier
die Begründungstexte der
bisher erlassenen
Änderungsverordnungen

Bundesrat – Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Drucksache 891/9, 18.12.09

Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft fortzuentwickeln. Dabei sind die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin anzuwenden. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich um redaktionelle Änderungen sowie um Anpassungen an die gültige medizinische Terminologie und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt. Die Beurteilungsmaßstäbe werden nicht wesentlich verändert.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

1. Zu Nummer 1

[zurück](#)

Die Änderung dient der Klarstellung. In der gutachtlichen Praxis wurde ein Widerspruch darin gesehen, dass Hilflosigkeit bis zum Abschluss der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte nur bei sehbehinderten Kindern angenommen werden soll, obwohl

heute diese Schulausbildung regelhaft in das Jugendalter hineinreicht. Der neue Wortlaut macht deutlich, dass Hilflosigkeit stets bis zum Abschluss der speziellen Schulausbildung anzunehmen ist, auch wenn die Schulausbildung erst im Jugendalter abgeschlossen wird.

2. Zu Nummer 2

2.1 Zu Buchstabe a

[zurück](#)

Der bisherige Wortlaut entsprach dem Wortlaut der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ von 1996. Mit der vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin am 4. November 2009 verabschiedeten Neufassung wird der Wortlaut an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) ergibt. Der dort vorgegebene Bezug zwischen Abhängigkeit und psychotropen Substanzen wird übernommen. Die Abhängigkeit von Koffein oder Tabak sowie von Koffein und Tabak bedingt allein in der Regel keine Teilhabebeeinträchtigung, da in der Regel weder ein Rauschzustand noch andauernde psychische Funktionsbeeinträchtigungen auftreten. Zur Klarstellung der Definition von Abhängigkeitssyndromen werden zusätzlich Diagnosekriterien für die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (in Anlehnung an die Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)) aufgenommen. Die Aufnahme der Kriterien entspricht dem Wunsch der Länder nach klaren diagnostischen Vorgaben. Die GdS-Tabelle wird in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen modifiziert. Eine Änderung der Beurteilungsmaßstäbe beinhaltet dies nicht. Die Ergänzungen sind Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung derartiger Gesundheitsstörungen.

Nach dem bisherigen Wortlaut war der GdS bei nachgewiesener Abhängigkeit mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfreiheit nicht niedriger als mit 50 zu bewerten. Zu-

sätzlich war bei Abstinenz nach nachgewiesener Abhängigkeit eine Heilungsbewährung zu berücksichtigen. Der Begriff „nachgewiesene Abhängigkeit“ kommt nun nicht mehr vor. Zur Klarstellung erfolgt der Hinweis „zuvor mit einem GdS von mindestens 50“.

2.2 Zu Buchstabe b

[zurück](#)

Das Wort „Frühstadium“ im Satz „nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden“ hat in der Begutachtung zu Missverständnissen geführt. Um eine exakte, einheitliche und reproduzierbare Begutachtung zu gewährleisten, wurde es – gemäß der von der Union internationale contre le cancer (UICC) eingeführten international anerkannten TNM-Klassifikation – durch den Begriff „Stadium (T1 bis T2) N0 M0“ ersetzt, ohne die Beurteilungsmaßstäbe zu verändern.

2.3 Zu Buchstabe c

[zurück](#)

Lange Zeit war die radikale Nephrektomie (vollständige Entfernung einer Niere) Standardtherapie des operablen malignen Nierentumors. Seit Jahren steigt der Anteil der Nierenteilresektionen (Nierenteilentfernungen) wegen dieser Erkrankung kontinuierlich an. Gemäß den neuen Leitlinien der European Association of Urologists (EAU) gilt die Nierenteilresektion bei organbegrenzten malignen Tumoren mit einem Durchmesser von unter 4 cm und gesunder kontralateraler Niere inzwischen als Standardtherapie. Selbst bei großen Tumoren mit einem Durchmesser von über 7 cm stieg die Teilresektionsrate nach einer Analyse des US-amerikanischen Krebsregisters von 4,6 % im Jahre 1988 auf 17,6 % im Jahre 2001 deutlich an. Dies führte nicht zu einer Veränderung der Prognose (vgl. Dtsch Ärztebl Int 2009; 106(8) 117–22). Mit der Streichung der Wörter „mit Entfernung der Niere“ und „einschließlich Niere und Harnwege“ wird der Wortlaut dem geltenden Stand der medizinischen Wissenschaft angeglichen, ohne die Beurteilungsmaßstäbe wesentlich zu verändern.

2.4 Zu Buchstabe d

[zurück](#)

Fibromyalgie wird nach ICD 10 dem rheumatischen Formenkreis zugeordnet. Der bisherige Wortlaut zählte die Fibromyalgie pauschal zu den somatoformen Störungen. Dies ist von Betroffenenverbänden kritisiert worden.

3. Zu Nummer 3

Es handelt sich um redaktionelle Berichtigungen.

4. Zu Nummer 4

4.1 Zu Buchstabe a

[zurück](#)

Nach Teil D Nummer 1 Buchstabe e liegt bei zerebralen Anfallsleiden eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vor, wenn die Anfälle mit mittlerer Häufigkeit und überwiegend am Tag auftreten. Dies bedingt bei richtiger Anwendung von Teil B Nummer 3.1 unter Berücksichtigung der tageszeitlichen Verteilung der Anfälle einen Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 70. Die Textänderung dient der Klarstellung.

4.2 Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um redaktionelle Berichtigungen.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Bundesrat – Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Drucksache 285/10, 10.05.10

Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Der zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich um eine Anpassung an die Rechtslage und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

1. Zu Nummer 1

[zurück](#)

Die bisherige Fassung sieht Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus bis zum Alter von 16 Jahren als gegeben an. Dieser Beurteilungsmaßstab bleibt unverändert. Darüber hinaus handelt es sich stets um eine Einzelfallentscheidung. Ein aus-

drücklicher Hinweis hierauf die Altersgruppe von 16 bis 18 Jahren betreffend ist entbehrlich.

2. Zu Nummer 2

[zurück](#)

Das Bundessozialgericht hat wiederholt, zuletzt am 23.04.2009 (Az: B 9 SB 3/08 R), gerügt, dass im Abschnitt Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) in den bis Ende 2008 gültigen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ und der seit dem 01.01.2009 geltenden Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) die Auswirkungen des Therapieaufwands bei Diabetes mellitus auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei der Feststellung des Grads der Behinderung nicht ausreichend berücksichtigt würden. Die neue Fassung von Teil B Nummer 15.1, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zu § 2 der VersMedV) wurde unter Beachtung der Vorgaben des Bundessozialgerichts auf der Basis des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin von einer Arbeitsgruppe ausgewiesener Experten vorgeschlagen und vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin in seiner Sitzung am 4. November 2009 beschlossen.

Der Beirat stellte ausdrücklich fest, dass eine gesunde Lebensführung – auch wenn sie zeitaufwändig realisiert wird – zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft führt. Durch die Formulierung „außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellaage“ wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Teilhabebeeinträchtigungen sowohl durch schwere hyperglykämische Stoffwechsellage als auch durch Hypoglykämien, die jeweils der dokumentierten invasiven Fremdhilfe bedürfen, hervorgerufen werden können. Die neue Bewertung berücksichtigt, dass die Art der Stoffwechsellage und die Hypoglykämieeignung den Therapieaufwand und somit die Teilhabebeeinträchtigung bedingt. Der Therapieaufwand, insbesondere die ständige notwendige Anpassung der Insulindosis, muss dokumentiert sein, um die Teilhabebeeinträchtigung und somit den GdS beurteilen zu können. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich z. B. bei der Planung des Tagesablaufs,

der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Berufsausübung und der Mobilität.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Bundesrat – Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Drucksache 713/10, 05.11.10

Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Der zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich um eine Anpassung an die Rechtslage und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

I

Es werden mit der Verordnung keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

1. Zu Nummer 1 Buchstabe a

[zurück](#)

Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical

Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Der erheblichen Varianz der Ausprägung dieser besonderen im Kindesalter beginnenden psychischen Störungen wird mit der Angabe eines Mindest-GdS Rechnung getragen. Aufgrund der neuronalen Veränderungen in Pubertät und Adoleszenz besteht in diesen Lebensphasen häufig eine hohe Krankheitsausprägung.

2. Zu Nummer 1 Buchstabe b

[zurück](#)

Der in der VersMedV verwendete Begriff „spezielle Schulausbildung für Sehbehinderte“ ist nicht einheitlich definiert. Die Integration in die Regelschule ist mittlerweile häufig. Hilflosigkeit ist weder an eine spezielle noch an die Schulausbildung überhaupt gebunden. Daher ist es sinnvoll, Hilflosigkeit bei Sehbehinderung an das Lebensalter, und zwar die Vollendung des 18. Lebensjahres, zu binden. Mit dieser Formulierung sind auch Jugendliche eingeschlossen, die sich in einer beruflichen Ausbildung befinden.

3. Zu Nummer 2 Buchstabe a

[zurück](#)

Der Wortlaut wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2010) ergibt. Es handelt sich um angeborene Störungen. Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Es besteht eine große Varianz der Ausprägung. Eine wissenschaftlich anerkannte, allgemein verbindliche Übereinkunft über die Definition von Schweregraden bei tief greifenden Entwicklungsstörungen besteht derzeit nicht. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird bei diesen Störungen insbesondere durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Betroffenen und der daraus resultierenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten bestimmt. Die GdS-Einstufung erfolgt in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltensstörungen. Die Ergänzungen sind Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung bei diesen Gesundheitsstörungen.

4. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

[zurück](#)

Die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zur Sehschärfebestimmung sehen für den allgemeinen Sehtest eine Darbietungszeit von bis zu zehn Sekunden pro Landolt-Ring vor. Um eine Ungleichbehandlung zu vermeiden, wird der Satz „Bei Nystagmus richtet sich der GdS nach der Sehschärfe, die bei einer Lesezeit von maximal einer Sekunde pro Landolt-Ring festgestellt wird.“ in Teil B Nummer 4 gestrichen. Damit wird der vorher bestehende Widerspruch zu den Empfehlungen der DOG zum allgemeinen Sehtest ausgeräumt.

5. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung „zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen“ ist notwendig, da zum Ausschluss eines pathologischen Befundes das Ergebnis einer statischen Perimetrie verwendet werden kann. Zur Feststellung von Gesichtsfeldausfällen müssen jedoch weiterhin Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4e verwertet werden. Der Zusatz „e“ präzisiert die Leuchtdichte der anzuwendenden Reizmarke.

6. Zu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc

[zurück](#)

Die pauschale Addition eines GdS von 10 zu dem sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebenden GdS bei durch intraokulare Kunstlinse oder durch Kontaktlinse korrigiertem Linsenverlust beider Augen (wie bisher in der VersMedV festgelegt) ist nicht immer gerechtfertigt. Abhängig von der Sehschärfe beider Augen kommt es entweder zu keiner oder zu einer wesentlichen Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung. Die Minderung des Kontrastsehens und die Verstärkung der Blendempfindlichkeit kann die Teilhabebeeinträchtigung wesentlich verstärken. Diesen Umständen wird durch die Neuformulierung Rechnung getragen.

7. Zu Nummer 2 Buchstabe c

[zurück](#)

Klinische Studien belegen, dass sich das auf die Teilhabe auswirkende Behandlungsergebnis nach endoprothetischem Ersatz des Hüft-

und Kniegelenks im Vergleich zu den Erkenntnissen vor 15 Jahren gebessert hat. Zudem ist der endoprothetische Gelenkersatz des Schulter-, Ellenbogen- und oberen Sprunggelenks mittlerweile kein Einzelfall mehr. Dadurch ist die Bewertung dieser Gelenkendoprothesen notwendig.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Bundesrat – Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Drucksache 509/11, 29.08.11

Vierte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Der zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich um eine Anpassung an die Rechtslage und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen dem Grundsatz der Nachhaltigkeit im Bereich Sozialer Zusammenhalt, da durch die Anpassung der Begutachtungsgrundsätze die gerechte Vergabe der Nachteilsausgleiche und somit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen und politischen Leben ermöglicht wird.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

1. Zu Nummer 1

[zurück](#)

Begründung:

Der Wortlaut der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wird an die derzeitige medizinisch-wissenschaftliche Nomenklatur angepasst, die sich aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) in der deutschen Fassung (ICD-10-GM Version 2011) ergibt. Die Kriterien der Definitionen der ICD-10-GM Version 2011 werden zugrunde gelegt. Die Notwendigkeit einer differenzierten Bewertung der hyperkinetischen Störungen und der Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (auch Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) genannt) ergibt sich aus der häufigeren Diagnosestellung, den verbesserten Diagnosekriterien und neuen Erkenntnissen zur Variabilität der Ausprägung.

Eine Behinderung liegt erst ab Beginn der Teilhabebeeinträchtigung vor. Aufgrund der Reifungsprozesse des Gehirns nimmt die Ausprägung in der Regel ab. Sofern die Erkrankung persistiert, ist ab dem Alter von 25 Jahren mit einer Teilhabebeeinträchtigung zu rechnen, die regelhaft nicht mehr als einem GdS von 50 entspricht.

Eine wissenschaftlich anerkannte, allgemein verbindliche Übereinkunft über die Definition von Schweregraden besteht derzeit nicht. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird bei diesen Störungen insbesondere durch eine mangelnde Integrationsfähigkeit der Betroffenen und den daraus resultierenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten sowie durch den Betreuungs- und Therapieaufwand bestimmt. Die GdS-Einstufung erfolgt in Anlehnung an die Beurteilung anderer psychischer und Verhaltenstörungen.

Die in der ICD aufgeführten Störungen des Sozialverhaltens und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend weisen eine hohe Variabilität auf und beeinträchtigen seltener die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Vorhandensein und die Höhe einer Teilhabebeeinträchtigung muss bei diesen Störungen im Einzelfall geprüft werden.

2. Zu Nummer 2

[zurück](#)

Begründung:

Die Neufassung beruht auf der aktuellen internationalen Klassifikation (WHO Classification of myeloid neoplasms, 2008). Mit der Einführung neuer Medikamente – insbesondere den so genannten Tyrosinkinaseinhibitoren – in die Therapie der myeloproliferativen Neoplasien konnten für einen Großteil der erkrankten Menschen die Krankheitsauswirkungen reduziert werden. Geringere Krankheitsauswirkungen, verminderter Therapieaufwand und Reduktion der Nebenwirkungen der Therapie haben bei dieser Gruppe Betroffener zu einer verbesserten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft geführt. Diesen Umständen wird durch die Neuformulierung Rechnung getragen. Aufgrund der nun vorhandenen unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten bei myeloproliferativen Erkrankungen ist eine differenzierte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung notwendig. Die Teilhabebeeinträchtigung ist abhängig von der Krankheitsausprägung, die die Behandlungsbedürftigkeit hervorruft. Bei Behandlungsbedürftigkeit ist eine entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin notwendige Therapie erforderlich.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Bundesrat – Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Drucksache 430/12, 30.07.12

Fünfte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortzuentwickeln. Der zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat eine Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen.

Mit zusätzlichen Kosten ist nicht zu rechnen, da es sich um eine Anpassung an die Rechtslage und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt.

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen dem Grundsatz der Nachhaltigkeit im Bereich Sozialer Zusammenhalt, da durch die Anpassung der Begutachtungsgrundsätze die gerechte Vergabe der Nachteilsausgleiche und somit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen und politischen Leben ermöglicht wird.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1

[zurück](#)

Begründung:

Dadurch, dass sich neue Therapieschemata in der Behandlung der akuten Leukämie etabliert haben, ergibt sich die Notwendigkeit, neben der Aufnahme der heute verwendeten Begriffe „Induktionstherapie“, „Konsolidierungstherapie“ und „Erhaltungstherapie“ den Beginn der sogenannten Heilungsbewährung genau festzulegen. Die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Zeit der Heilungsbewährung ist bei akuten Leukämien nicht niedriger zu bewerten als bei den hochmalignen Non-Hodgki-Lymphomen. Demzufolge wird die Nummer 16.6 des Teils B der Anlage zur Verordnung entsprechend angepasst.

II. Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

Text aufgehoben durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), in Kraft treten der Reformstufe 1 zum 01.01.2017

- a) Für die Gewährung von Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen nach dem Straßenverkehrsgesetz (StVG) ist die Frage zu beurteilen, ob eine außergewöhnliche Gehbehinderung vorliegt. Auch bei Säuglingen und Kleinkindern ist die gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung erforderlich. Für die Beurteilung sind dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen mit gleichen Gesundheitsstörungen maßgebend. Es ist nicht zu prüfen, ob tatsächlich diesbezügliche behinderungsbedingte Nachteile vorliegen oder behinderungsbedingte Mehraufwendungen entstehen.
- b) Als schwer behinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen Querschnittgelähmte, 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.
- c) Die Annahme einer außergewöhnlichen Gehbehinderung darf nur auf eine Einschränkung der Gehfähigkeit und nicht auf Bewegungsbehinderungen anderer Art bezogen werden. Bei der Frage der Gleichstellung von behinderten Menschen mit Schäden an den unteren Gliedmaßen ist zu beachten, dass das Gehvermögen auf das Schwerste eingeschränkt sein muss und deshalb als Vergleichsmaßstab am ehesten das Gehvermögen eines Doppeloberschenkelamputierten heranzuziehen ist. Dies gilt auch, wenn Gehbehinderte einen Rollstuhl benutzen: Es genügt nicht, dass ein solcher verordnet wurde; die Betroffenen müssen vielmehr ständig auf den

Rollstuhl angewiesen sein, weil sie sich sonst nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen können. Als Erkrankungen der inneren Organe, die eine solche Gleichstellung rechtfertigen, sind beispielsweise Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades anzusehen.

Bis zur Ersten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 01. März 2010 (ErsteÄndVOVersMedV), in Kraft getreten am 10. März 2010, war 3 b) wie folgt gefasst:

...hierzu zählen Querschnittsgelähmte ...

Verzeichnis der eingearbeiteten Auszüge aus den Niederschriften des Sachverständigenbeirats (bis 2008) und der Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

- [1] *4.2 Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Ohnhändern*, November 1983. Teil II, C-01.
- [2] *7.2 Verschiedenes*, November 1983. Teil II, C-01.
- [3] *2.2.1 Beurteilung der erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Stomaträgern*, November 1984. Teil II, C-01.
- [4] *2.3.1 MdE-Bewertung bei Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind*, April 1984. Teil II, B-03.
- [5] *2.3.2 MdE-Bewertung bei psychischen Störungen infolge Zerebralklerose und psychovegetativer Labilität*, April 1984. Teil II, B-03.
- [6] *2.3.5 MdE-Bewertung bei Anorexia nervosa*, April 1984. Teil II, B-03.
- [7] *2.3.7 MdE-Bewertung bei Herzwandaneurysma*, April 1984. Teil II, B-09.
- [8] *2.4 Beurteilung der Hilflosigkeit bei Ventilversorgung eines Hydrozephalus*, November 1984. Teil II, A-05.
- [9] *2.4 Störungen der Ausgleichsfunktion bei Taubheit*, April 1984. Teil II, C-01.
- [10] *3. Verschiedenes*, April 1984. Teil II, C-01.

-
- [11] *1.3 Versorgungsmedizinische Beurteilung von AIDS*, Oktober 1985. Teil II, B-16.
- [12] *2.1.2 Beurteilung der MdE bei malignen Geschwulstkrankheiten während der Zeit der Heilungsbewährung – Frage der zusätzlichen Bewertung seelischer Begleiterscheinungen*, April 1985. Teil II, B-01.
- [13] *2.1.2.1 Beurteilung der MdE bei Erkrankung der Atmungsorgane*, Oktober 1985. Teil II, B-08.
- [14] *2.1.2.2 Beurteilung der MdE bei Erkrankungen der Atmungsorgane*, Oktober 1985. Teil II, B-08.
- [15] *2.1.3 Beurteilung der MdE bei hormonbehandeltem Prostatakarzinom*, Oktober 1985. Teil II, B-13.
- [16] *2.1.3 Beurteilung der MdE bei Parkinsonismus und anderen extrapyramidalen Erkrankungen*, April 1985. Teil II, B-03.
- [17] *2.1.5 Beurteilung der MdE bei Sehbehinderung, wenn durch Kontaktlinsen eine wesentlich bessere Sehschärfe erreicht wird als mit Gläsern*, April 1985. Teil II, B-04.
- [18] *2.1.7 Beurteilung der MdE nach gefäßchirurgischen Eingriffen wegen arterieller Durchblutungsstörungen*, April 1985. Teil II, B-09.
- [19] *2.2.1 Hilfslosigkeit und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei gehörlosen Analphabeten*, April 1985. Teil II, A-04, C-01, C-02.
- [20] *2.2.1 Hilfslosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern*, Oktober 1985. Teil II, A-04.
- [21] *2.2.1 Hilfslosigkeit und/oder erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Aphasikern*, Oktober 1985. Teil II, C-01.
- [22] *2.2.2. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Säuglingen und Kleinkindern*, April 1985. Teil II, C-02.

- [23] *2.2.2 Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Muskelkrankheiten*, Oktober 1985. Teil II, A-05.
- [24] *2.2.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kehlkopfverlust*, April 1985. Teil II, C-07.
- [25] *2.2.3 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Herzleiden*, Oktober 1985. Teil II, C-01.
- [26] *2.2.4 Außergewöhnliche Gehbehinderung bei Doppelunterschenkelamputierten*, Oktober 1985. Teil II, C-03.
- [27] *2.2.4 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht Frage des Besuchs öffentlicher Veranstaltungen „in zumutbarer Weise“*, April 1985. Teil II, C-07.
- [28] *2.2.5 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei beiderseitiger Taubheit*, Oktober 1985. Teil II, C-02.
- [29] *2.2.6 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Sehbehinderten*, Oktober 1985. Teil II, C-07.
- [30] *2.2.7 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Kehlkopflösen*, Oktober 1985. Teil II, C-01.
- [31] *1.1 GdB-Einschätzung bei Behinderungen, zu denen in der MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünfergrade angegeben sind*, Oktober 1986. Teil I, A-02.
- [32] *1.2 Begriff der Behinderung nach § 3 Abs. 1 SchwbG n. F.*, Oktober 1986. Teil I, A-02.
- [33] *2.2 GdB bei Mehrfach-Karzinom*, Oktober 1986. Teil II, B-01.
- [34] *2.3 MdE-Tabelle der „Anhaltspunkte“; Beurteilung bei Fußdeformitäten*, April 1986. Teil II, B-18.
- [35] *3. Frage einer wesentlichen Änderung nach Feststellung des Verlustes beider Eierstöcke*, April 1986. Teil II, B-14.

-
- [36] *3.1 Erneut: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Herztransplantierten – s. TOP 6.3 der Sitzung vom 23.4.1986, Oktober 1986. Teil II, C-01, C-07.*
- [37] *3.2 Hilflosigkeit und Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei ständiger Peritonealdialyse, Oktober 1986. Teil II, A-04; Teil II, C-07.*
- [38] *3.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Querschnittsgehlähmten, Oktober 1986. Teil II, C-07.*
- [39] *4. Beurteilung des GdB und der gesundheitlichen Voraussetzungen für „Nachteilsausgleiche“ bei angeborener oder erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, Oktober 1986. Teil II, B-05.*
- [40] *4.2 Hilflosigkeit bei Kindern mit Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, April 1986. Teil II, A-05.*
- [41] *4.3 Äußerlich erkennbare dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit, April 1986. Teil II, C-09.*
- [42] *5. Beurteilung der MdE und von Vergünstigungen bei angeborenem Katarakt, April 1986. Teil II, B-04.*
- [43] *6.3 Verschiedenes, April 1986. Teil II, C-07.*
- [44] *1.2.5 MdE/GdB-Beurteilung bei Hypoglykämie, November 1987. Teil II, B-15.*
- [45] *1.3.1 Hilflosigkeit bei fortgeschrittener Einschränkung der Atemfunktion, November 1987. Teil II, A-04.*
- [46] *1.3.2 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Gehörlosen, November 1987. Teil II, C-02.*
- [47] *1.3.3 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Kehlkopflösen ohne Ersatzstimme, November 1987. Teil II, C-02.*
- [48] *2.1.3 Beurteilung des GdB bei Sphinkterprothesen wegen Harninkontinenz, März 1987. Teil II, B-13.*

- [49] *2.2 Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Urinalträgern*, März 1987. Teil II, C-01.
- [50] *6.4 Merkzeichen „G“ bei Kehlkopfflosen*, November 1987. Teil II, C-01.
- [51] *2.1 Beurteilung des GdB bei Sarkoidose*, Oktober 1988. Teil II, B-08.
- [52] *2.3 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Hilflosen*, April 1988. Teil II, A-04, C-02.
- [53] *2.5.1 Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei Oberschenkelamputierten mit weiteren Funktionsstörungen*, Oktober 1988. Teil II, C-03.
- [54] *2.6 Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Dialysepatienten*, Oktober 1988. Teil II, C-01.
- [55] *6.4 Verschiedenes*, Oktober 1988. Teil II, C-01.
- [56] *2.1.1 Beurteilung des GdB bei kindlichem Asthma*, April 1989. Teil II, B08.
- [57] *2.1.1 Erfahrungen bei der GdB-Beurteilung von Behinderungen, für die in der MdE/GdB-Tabelle der „Anhaltspunkte“ Fünferwerte angegeben sind – vgl. Rundschreiben des BMA vom 31.10.1986*, Oktober 1989. Teil I, A-02.
- [58] *2.1.10 Beurteilung des GdB bei HIV-Infizierten – TOP 2.1.1 v. 25./26.3.87 und TOP 1.2.4 v. 4.11.87*, Oktober 1989. Teil II, B-16.
- [59] *2.1.2 Beurteilung des GdB bei bandscheibenbedingten Erkrankungen – einschließlich Merkzeichen „G“*, Oktober 1989. Teil II, B-18, C-01.
- [60] *2.1.3 Beurteilung des GdB bei Hydrozephalus*, April 1989. Teil II, B-03.

-
- [61] *2.1.3 Beurteilung des GdB bei Wirbelgleiten*, Oktober 1989. Teil II, B-18.
- [62] *2.1.5 Beurteilung des GdB bei Muskelkrankheiten*, Oktober 1989. Teil II, B-18.
- [63] *2.1.6 Beurteilung des GdB bei Teilresektion der Harnblase*, April 1989. Teil II, B-12.
- [64] *2.1.8 Beurteilung des GdB bei Großwuchs*, April 1989. Teil II, B-18.
- [65] *2.1.8 Beurteilung des GdB bei Hörstörungen*, Oktober 1989. Teil II, B-05.
- [66] *2.2 Beurteilung von Sehstörungen, die einer hochgradigen Sehbekinderung gleichzuachten sind – TOP 2.4 v. 30.10.87*, Oktober 1989. Teil II, A-06.
- [67] *2.2.1 Heilungsbewährung bei malignem Brustdrüsentumor*, April 1989. Teil II, B-14.
- [68] *2.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht beim Zusammentreffen von Seh- und Hörstörungen*, Oktober 1989. Teil II, C-07.
- [69] *2.3.1 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Zöliakie*, April 1989. Teil II, A-05.
- [70] *2.3.2 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen nach Nierentransplantation*, April 1989. Teil II, A-05.
- [71] *5.1 Verschiedenes*, April 1989. Teil II, C-07.
- [72] *2.1 Beurteilung des Gesamt-GdB beim Zusammentreffen eines Leidens im Zeitraum der Heilungsbewährung mit weiteren Behinderungen*, April 1990. Teil I, A-03.
- [73] *2.2.1 Beurteilung des GdB bei Scheuermann-Krankheit*, April 1990. Teil II, B-18.
- [74] *2.3 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei visueller Agnosie*, April 1990. Teil II, B-03.

- [75] *3.1 Kriterien zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei Lernbehinderten*, Oktober 1990. Teil II, B-03.
- [76] *3.3.1 Beurteilung des GdB bei chronischer Nasennebenhöhlenentzündung*, Oktober 1990. Teil II, B-06.
- [77] *3.3.2 Beurteilung des GdB bei angeborenem Fehlen einer Niere*, Oktober 1990. Teil II, B-12.
- [78] *3.4.1 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Analphabetismus*, Oktober 1990. Teil II, B-03.
- [79] *3.4.2 Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei HIV-Infektion*, Oktober 1990. Teil II, B-16.
- [80] *3.5.2 Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Halbseitenblindheit*, Oktober 1990. Teil II, C-02.
- [81] *3.5.3 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei optischer Agnosie*, Oktober 1990. Teil II, C-07.
- [82] *1.1.2 Hilflosigkeit bei Kindern mit Mukoviszidose (Urteile des BSG vom 29.8.1990)*, April 1991. Teil II, A-05.
- [83] *1.2 Merkzeichen „G“ bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse*, April 1991. Teil II, C-01.
- [84] *1.3 Merkzeichen „aG“ bei arteriellen Verschlusskrankheiten*, April 1991. Teil II, C-03.
- [85] *1.5 Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Bandscheibenoperation*, November 1991. Teil II, B-18.
- [86] *1.6.1 Beurteilungen des GdB/MdE-Grades bei Tumoren in ungünstigen Stadien*, November 1991. Teil II, B-01.
- [87] *1.7 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Osteoporose*, November 1991. Teil II, B-18.
- [88] *1.8 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Fibromyalgiesyndrom*, November 1991. Teil II, B-18.
- [89] *2.3 Sehschärfenbestimmung*, April 1991. Teil II, B-04.

-
- [90] *2.3.2 Merkzeichen „B“ bei Säuglingen und Kleinkindern*, November 1991. Teil II, C-02.
- [91] *2.4.2 Ermittlung des prozentualen Hörverlustes bei fehlendem Sprachaudiogramm*, April 1991. Teil II, B-05.
- [92] *2.5 Leistungsbeeinträchtigung bei Herzschäden*, April 1991. Teil II, B-09.
- [93] *3.2 Beurteilung des GdB-Grades bei Hirnschäden*, April 1991. Teil II, B-03.
- [94] *3.3 Beurteilungen des GdB/MdE-Grades bei Spätmetastasen des Gehirns nach extrazerebralem Primärtumor*, April 1991. Teil II, B-01.
- [95] *3.5.1 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei unvollständigen Visusangaben*, April 1991. Teil II, B-04.
- [96] *3.5.2 Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim Zusammentreffen von Visusminderung und Gesichtsfeldeinschränkungen*, April 1991. Teil II, B-04.
- [97] *3.5.4 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Linsenlosigkeit eines Auges nach Verlust oder Blindheit des anderen Auges*, April 1991. Teil II, B-04.
- [98] *3.7 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Verlust der Brust*, April 1991. Teil II, B-14.
- [99] *3.8 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Kindern mit Achondroplasie*, April 1991. Teil II, B-18.
- [100] *3.3 Spätfolgen nach Poliomyelitis*, November 1992. Teil II, B-03.
- [101] *4.4.3 Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung bei psychogener Gangstörung*, November 1992. Teil II, C-03.
- [102] *4.4.5 Beurteilung von Hilflosigkeit bei Säuglingen und Kleinkindern mit Anus praeter*, November 1992. Teil II, A-05.

- [103] *4.4.6 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Hörstörungen, die mit einer MdE von 45 v. H. zu beurteilen wären.*, November 1992. Teil II, C-07.
- [104] *4.4.7 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei eingeschränkter Verständnisfähigkeit*, November 1992. Teil II, C-07.
- [105] *4.4.8 Beurteilung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei Kanülenträgern*, November 1992. Teil II, C-07.
- [106] *5. Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bei Verlust eines Armes im Schultergelenk*, März 1992. Teil II, C-01.
- [107] *1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB und der Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Säuglingen und Kleinkindern*, November 1993. Teil II, C-01.
- [108] *1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB und von Nachteilsausgleichen bei Kinder mit Down-Syndrom*, November 1993. Teil II, B-03.
- [109] *1.4 Hilflosigkeit bei Gehörlosigkeit – Urteile des BSG vom 23.06.1993*, November 1993. Teil II, A-04.
- [110] *3.3 Beurteilung von GdB/MdE bei Hyperlipoproteinämie Typ IIa nach Fredrickson (Hypercholesterinämie) mit Notwendigkeit einer LDL-Apherese*, März 1993. Teil II, B-15.
- [111] *4. Erneut: Frage der Feststellung von Blindheit bei Schwersthirnbeschädigten*, März 1993. Teil II, A-06.
- [112] *1. Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei psychisch Behinderten zur Inanspruchnahme von Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz*, November 1994. Teil II, B-03.
- [113] *2. Gesundheitliche Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bei Anämien bzw. Leukämien*, März 1994. Teil II, C-01.

-
- [114] 3. Frage der Annahme von Blindheit bei apallischem Syndrom, März 1994. Teil II, A-06.
- [115] 4. Beurteilung des GdB bei Blepharospasmus, März 1994. Teil II, A-06.
- [116] 3.1 Notwendigkeit ständiger Begleitung, Oktober 1995. Teil II, C-02.
- [117] 2.1 Begutachtung bei Hepatitis C, November 1996. Teil II, B-10.
- [118] 5.1 Beurteilung des GdB/MdE-Grades und von Hilflosigkeit bei Down-Syndrom im Säuglingsalter, November 1996. Teil II, B-03.
- [119] 5.2 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Lungenfunktionsstörungen, November 1996. Teil II, B-08.
- [120] 5.4. Feststellung von Blindheit beim Zusammenwirken von Schäden des Sehorgans mit zerebralen Schäden, November 1996. Teil II, A-06.
- [121] 5.5 Hilflosigkeit bei Kindern mit adrenogenitalem Syndrom, November 1996. Teil II, A-05.
- [122] 1.7 GdB nach Hirnoperation, April 1997. Teil II, B-03.
- [123] 2.3.1 Beidäugige Prüfung der Sehschärfe, November 1997. Teil II, B-04.
- [124] 2.3.2 Beidäugige Prüfung bei Restsehvermögen mit Gesichtsfeld-einschränkungen zur Beurteilung des GdB/MdE-Grades, November 1997. Teil II, B-04.
- [125] 2.3.3 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen, November 1997. Teil II, B-04.
- [126] 2.4 Merkzeichen „H“ bei Gehörlosen mit abgeschlossener Berufsausbildung, April 1997. Teil II, A-04.
- [127] 2.6 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Virushepatitis C, November 1997. Teil II, B-10.

- [128] *2.9 Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei lokalisierten niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen*, November 1997. Teil II, B-16.
- [129] *3.1 Erneut: Frage der Feststellung von Blindheit bei Apallikern*, November 1997. Teil II, A-06.
- [130] *3.3.1 Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit bei Nierenfunktionsstörungen*, November 1997. Teil II, C-09.
- [131] *7. Verschiedenes: Merkzeichen „G“ bei Hüftgelenksversteifung*, April 1997. Teil II, C-01.
- [132] *1.10.4 Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Herzschäden nach Stentimplantation*, November 1998. Teil II, B-09.
- [133] *1.10.5 Gutachtliche Beurteilung des Grades der Behinderung bei Fettstoffwechselstörungen*, November 1998. Teil II, B-15.
- [134] *1.11.1 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – Mindestvoraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit*, November 1998. Teil II, A-04.
- [135] *1.11.2.1 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – außergewöhnliche Gehbehinderung bei Herzleistungsminderung*, November 1998. Teil II, C-03.
- [136] *1.11.2.2 Gutachtliche Beurteilung von Nachteilsausgleichen – außergewöhnliche Gehbehinderung – Konsequenzen aus dem Urteil des BSG vom 11.03.1998?*, November 1998. Teil II, C-03.
- [137] *1.2 Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung der Hypertonie*, März 1998. Teil II, B-09.
- [138] *1.3 Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten*, März 1998. Teil II, B-03.
- [139] *1.5 Gutachtliche Beurteilung des Prostatakarzinoms*, November 1998. Teil II, B-13.
- [140] *1.9 Gutachtliche Beurteilung von Umwelterkrankungen*, November 1998. Teil II, B-18.

-
- [141] *2.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei malignen Erkrankungen – einschl. Heilungsbewährung – hier: Spätrezidive*, März 1998. Teil II, B-01.
- [142] *2.2.4 Gutachtliche Beurteilung von Eierstocktumoren*, März 1998. Teil II, B-14.
- [143] *2.3 Gutachtliche Beurteilung bei anhidrotischer ektodermaler Dysplasie*, März 1998. Teil II, A-05.
- [144] *1.10 Gutachtliche Beurteilung nach Implantation einer Penisprothese*, April 1999. Teil II, B-13.
- [145] *1.1.3 Gutachtliche Beurteilung nach Metastasenentfernung bei unbekanntem Primärtumor*, April 1999. Teil II, B-01.
- [146] *1.1.4 Gutachtliche Beurteilung bei Wiederauftreten eines Frühkarzinoms*, April 1999. Teil II, B-01.
- [147] *1.14.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens "RF" bei Sehbehinderungen*, April 1999. Teil II, C-07.
- [148] *1.2 Gutachtliche Beurteilung bei echter Migräne*, April 1999. Teil II, B-02.
- [149] *1.2.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei Lokalrezidiven*, November 1999. Teil II, B-01.
- [150] *1.2.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei molekulargenetischer Tumordiagnostik*, November 1999. Teil II, B-01.
- [151] *1.2.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades unter dem Gesichtspunkt der Heilungsbewährung bei chronischen Magengeschwürsleiden?*, November 1999. Teil II, B-10.
- [152] *1.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach Op. eines Astrozytoms II*, November 1999. Teil II, B-03.
- [153] *1.4 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Arteriopathien nach Stentimplantation*, November 1999. Teil II, B-09.

- [154] *1.6 Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte*, April 1999. Teil II, B-07.
- [155] *1.8 Gutachtliche Beurteilung bei Hepatitis C (HCV) – u. a. Frage der Nachuntersuchung*, April 1999. Teil II, B-10.
- [156] *1.9 Gutachtliche Beurteilung nach Pankreastransplantation*, April 1999. Teil II, B-10.
- [157] *2.1.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ – Umfang und Dauer der notwendigen Hilfen*, November 1999. Teil II, A-04.
- [158] *2.2 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „aG“ – Feststellung der Einschränkung der Gehfähigkeit anhand der klinischen Dokumentation des EDSS*, November 1999. Teil II, C-03.
- [159] *1.1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Karzinoiden außerhalb des Magen-Darm-Traktes*, März 2000. Teil II, B-01.
- [160] *1.1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Magenfrühkarzinom*, März 2000. Teil II, B-10.
- [161] *1.12.1 Gutachtliche Beurteilung von Kindern mit Stoffwechselkrankheiten*, November 2000. Teil II, A-05.
- [162] *1.12.2 Gutachtliche Beurteilung bei Kindern mit Antikoagulantienbehandlung*, November 2000. Teil II, A-05.
- [163] *1.1.4 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei hepatozellulärem Karzinom*, März 2000. Teil II, B-10.
- [164] *1.1.5 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Mammakarzinom*, März 2000. Teil II, B-14.
- [165] *1.1.7 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Korpustumor*, März 2000. Teil II, B-14.
- [166] *1.1.9 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades beim TIN des Hodens*, März 2000. Teil II, B-13.

-
- [167] *1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Rückenmarkschäden*, März 2000. Teil II, B-03.
- [168] *1.2.1 Gutachtliche Beurteilung bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten*, November 2000. Teil II, B-03.
- [169] *1.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei „multipler Persönlichkeitsstörung“*, November 2000. Teil II, B-03.
- [170] *1.4.1 Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten unter Beachtung pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung*, März 2000. Teil II, B-09.
- [171] *1.4.2 Gutachtliche Beurteilung bei Herzkrankheiten mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichtester Belastung*, März 2000. Teil II, C-03.
- [172] *1.4a Gutachtliche Beurteilung bei Verlust der Gebärmutter – Definition „jüngeres Lebensalter“*, November 2000. Teil II, B-14.
- [173] *1.5 Gutachtliche Beurteilung bei chronischer Hepatitis*, März 2000. Teil II, B-10.
- [174] *1.6 Gutachtliche Beurteilung bei Autoimmunkrankheiten unter Beteiligung der Schilddrüse*, März 2000. Teil II, B-15.
- [175] *1.8 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Muskeldystrophie*, März 2000. Teil II, B-18.
- [176] *1.9 Gutachtliche Beurteilung bei Wirbelsäulenschäden mit Titaninterponaten*, November 2000. Teil II, B-18.
- [177] *1.9.1 Gutachtliche Beurteilung des Merkzeichens „H“ bei Kindern mit Mukoviszidose*, März 2000. Teil II, A-05.
- [178] *1.9.3 Gutachtliche Beurteilung der Merkzeichen „RF“ und „G“ bei Organtransplantierten*, März 2000. Teil II, C-07.
- [179] *1.1 Gutachtliche Beurteilung bei Mukoviszidose*, November 2001. Teil II, A-05.

- [180] *1.2.1.1 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei histologisch nicht gesicherten malignen Tumoren*, März 2001. Teil II, B-01.
- [181] *1.2.1.3 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei malignen Knochentumoren*, März 2001. Teil II, B-18.
- [182] *1.2.2 Gutachtliche Beurteilung bei Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung*, März 2001. Teil II, B-03.
- [183] *1.2.3 Gutachtliche Beurteilung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel*, März 2001. Teil II, B-08, B-15.
- [184] *1.2.4 Gutachtliche Beurteilung bei syngener Knochenmarktransplantation*, März 2001. Teil II, B-16.
- [185] *1.3 Gutachtliche Beurteilung bei Dystonie*, November 2001. Teil II, B-03.
- [186] *1.3.1 Gutachtliche Beurteilung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen „G“) bei homonymer Hemianopsie*, März 2001. Teil II, C-01.
- [187] *1.5 Gutachtliche Beurteilung bei Clusterkopfschmerz*, November 2001. Teil II, B-02.
- [188] *2.1 Blindheit und apallisches Syndrom*, November 2001. Teil II, A-06.
- [189] *2.2 Gutachtliche Beurteilung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis) bei geistig behinderten Menschen*, November 2001. Teil II, C-03.
- [190] *3. Gesichtsfeldbestimmung mit neuen Perimetern*, November 2001. Teil II, B-04.
- [191] *4. Bestimmung des Entwicklungsquotienten im Kleinkindesalter*, November 2001. Teil II, B-03.
- [192] *1.1.2 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Sehbehinderung – „inverse“ Gesichtsfeldbestimmung*, April 2002. Teil II, B-04.

-
- [193] *1.2 Gutachtliche Beurteilung bei Restless-Legs-Syndrom*, April 2002. Teil II, B-03.
- [194] *1.5 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frühgeborenen*, April 2002. Teil II, B-03.
- [195] *1.6 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades bei Frauen und Männern*, April 2002. Teil II, B-09.
- [196] *1.9 Gutachtliche Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa*, April 2002. Teil II, B-10.
- [197] *2.1 Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: Modifizierter histologischer Aktivitätsindex (HAI)*, November 2002. Teil II, B-10.
- [198] *2.2 Begutachtung bei chronischen Virushepatitiden: GdB/MdE-Bewertung unter dem Gesichtspunkt der "Heilungsbewährung"?*, 2002.
- [199] *2.2 Gutachtliche Beurteilung einer „außergewöhnlichen Gehbehinderung“ bei eingeschränkter Gehstrecke*, April 2002. Teil II, C-03.
- [200] *3.1 Zum Problem der rückwirkenden Feststellung von Behinderungen vor dem 16. November 2000*, November 2002. Teil II, B-01.
- [201] *3.2 Hormonersatztherapie und Hepatitis C*, April 2002. Teil II, B-10.
- [202] *3.5 Begutachtung im Schwerbehindertenrecht: Referenzwerte der EGKS, weiterhin gültig?*, November 2002. Teil II, B-08.
- [203] *1.2 GdB/MdE-Beurteilung bei Herzklappenersatz mit und ohne Antikoagulantien-Therapie*, März 2003. Teil II, B-09.
- [204] *1.9 GdB/MdE-Beurteilung bei Kleinwuchs*, März 2003. Teil II, B-18.
- [205] *2.1 „Heilungsbewährung“ bei semimalignem Granulosazelltumor*, März 2003. Teil II, B-01.

- [206] 2.3 „Heilungsbewährung“ nach Radiojodttherapie eines Schilddrüsenmalignoms, März 2003. Teil II, B-15.
- [207] 1. GdB/MdE-Begutachtung bei Fruktoseintoleranz, November 2004. Teil II, A-05.
- [208] 3. GdB/MdE-Begutachtung bei Prostatakarzinom, November 2004. Teil II, B-13.
- [209] 4. Wertigkeit von T und pT im TNM-System, November 2004. Teil II, B-01.
- [210] 5. GdB/MdE-Begutachtung und postvirales Erschöpfungssyndrom, November 2004. Teil II, B-18.
- [211] 6. Nachteilsausgleich „H“ bei Sehbehinderung, November 2004. Teil II, A-04.
- [212] 7. Nachteilsausgleich „G“ bei tauben Erwachsenen, November 2004. Teil II, C-01.
- [213] 8. Nachteilsausgleich „aG“ bei Rett-Syndrom, November 2004. Teil II, C-03.
- [214] 1. Merkmale H und Pflegeaufwand, November 2005. Teil II, A-04.
- [215] 2. Blindheit und Wachkoma, November 2005. Teil II, A-06.
- [216] 5. GdB bei Non-Hodgkin-Lymphom, November 2005. Teil II, B-16.
- [217] 10. Dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit und Diabetes mellitus, Mai 2006. Teil II, C-09.
- [218] 3. GdB-Beurteilung bei Asthma bronchiale bei Kindern, Mai 2006. Teil II, B-08.
- [219] 4. Beurteilung des Grades der Behinderung bei entferntem Ventrikelshunt, Mai 2006. Teil II, B-03.
- [220] 5. Beurteilung des GdB bei Meningeom ohne Hirnschädigung, Mai 2006. Teil II, B-03.

-
- [221] 6. *Maligne Erkrankung blutbildender Organe und Heilungsbewährung*, Mai 2006. Teil II, B-16.
- [222] 7. *GdB-Bewertung bei Psoriasis vulgaris*, Mai 2006. Teil II, B-17.
- [223] *Diabetes und parenterale Therapie (GLP-1)*, November 2007. Teil II, B-15.
- [224] *Feststellung von „B“*, November 2007. Teil II, C-02.
- [225] *Feststellung von Blindheit*, November 2007. Teil II, A-06.
- [226] *Feststellung von „RF“*, November 2007. Teil II, C-07.
- [227] *GdB bei Fibromyalgie*, März 2007. Teil II, B-18.
- [228] *GdB bei Herzklappenersatz*, März 2007. Teil II, B-09.
- [229] *GdB nach Hüftkoppersatz*, März 2007. Teil II, B-18.
- [230] *Heilungsbewährung nach Entfernung eines Prostatakarzinoms*, März 2007. Teil II, B-13.
- [231] 1. *Beurteilung von Tic und Tourette-Syndrom*, März 2010/1. Teil II, B-03.
- [232] 2. *MZ „H“ bei Galaktosämie im Kindesalter*, März 2010/1. Teil II, A-05.
- [233] 3. *BSG-Urteil vom 30.09.2009 – B 9 SB 4/08 R*, März 2010/1. Teil II, A-02.
- [234] 4. *Cochleaimplantat*, März 2010/1. Teil II, B-05.
- [235] 1. *Diabetes mellitus*, Oktober 2010/2. Teil II, B-15.
- [236] 2. *Adipositas permagna / Merkmale „G“ und „aG“*, Oktober 2010/2. Teil II, C-01.
- [237] 3. *Gutachten, die zu falsch positiven Bescheiden führen („Gefälligkeitsgutachten“)*, Oktober 2010/2. Teil I, Abs. 2.
- [238] 5. *Umgang mit Gutachterinstituten im Bereich des SGB IX*, Oktober 2010/2. Teil I, Abs. 2.

- [239] 2. § 33b EStG, dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit, März 2011/1. Teil II, C-09.
- [240] 3. Einseitige Pseudophakie und GdB Bewertung, März 2011/1. Teil II, B-04.
- [241] 4. Mukoviszidose, Zuerkennung von Hilflosigkeit, März 2011/1. Teil II, A-05.
- [242] 5. Neubewertung der neuroendothelialen Tumoren, März 2011/1. Teil II, B-10.
- [243] 6. Definition der Totalendoprothese des Kniegelenks, Teilhabebeeinträchtigung durch Speichenköpfchenprothese und Schultergelenkteilprothese, März 2011/1. Teil II, B-18.
- [244] 1. Begleitperson bei Begutachtungen, September 2011/2. Teil II, C-02.
- [245] 2. Bewertung des Gesamt-GdB, September 2011/2. Teil II, A-03.
- [246] 3. Vergabe des Nachteilsausgleiches Kinder H auch bei Gesundheitsstörungen, die nicht unter den gemeinsamen Grundsätzen bei Punkt 5 der VersMedV aufgeführt werden, September 2011/2. Teil II, A-05.
- [247] 4. Beurteilung des Nachteilsausgleichs Kinder H bei Kindern und Jugendlichen mit Herztransplantation oder Lebertransplantation, September 2011/2. Teil II, B-09.
- [248] 5. Bewertung des Morbus Down bezüglich des GdB und der weiteren gesundheitlichen Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, September 2011/2. Teil II, A-05.
- [249] 7. Interstitielle Zystitis und gutachterliche Bewertung, September 2011/2. Teil II, B-12.
- [250] 8. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus und Dokumentation, September 2011/2. Teil II, B-15.

-
- [251] 1. Funktionsstörungen der Wirbelsäule – Bewegungseinschränkungen alleiniger Maßstab für die GdS-Beurteilung?, März 2012/1. Teil II, B-18.
- [252] 2. Endoprothesenversorgung der Kniegelenke, März 2012/1. Teil II, B-18.
- [253] 3. Merkzeichen „RF“ bei Sehinderung mit 50 und Erhöhung des GdB auf 60 durch zusätzliche Kunstlinsen?, März 2012/1. Teil II, B-04.
- [254] 4. Was ist im Rahmen der Behandlung von entzündlich-rheumatischen Krankheiten, Kollagenosen und Vaskulitiden unter einer „aggressiven Therapie“ zu verstehen?, März 2012/1. Teil II, B-18.
- [255] 5. Merkzeichen „aG“ und Doppelunterschenkelamputation, März 2012/1. Teil II, C-01.
- [256] 1. Schlaf-Apnoe-Syndrom, September 2012/2. Teil II, B-08.
- [257] 2. Erworbenes Immunmangelsyndrom (HIV-Infektion), September 2012/2. Teil II, B-16.
- [258] 4. MZ „RF“ bei GdB < 80 – BSG-Urteil B9 SB 2/11 R, September 2012/2. Teil II, C-07.
- [259] 5. Qualitätssicherungskonzept für externe Begutachtungen nach SGB IX, Teil 2, September 2012/2. Teil I, Abs.2.
- [260] 6. Sonstiges, September 2012/2. Teil II, B-18.
- [261] Beurteilung von Hilflosigkeit bei tiefgreifender Entwicklungsstörung, September 2012/2. Teil II, B-03.
- [262] 1. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, März 2013/1. Teil II, B-15.
- [263] 1. Ausprägung sozialer Anpassungsschwierigkeiten bei tief greifenden Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom), Oktober 2013/2. Teil II, B-03.

- [264] 2. *Allogene Stammzelltransplantation bei Kindern – Gewährung von MZ H*, Oktober 2013/2. Teil II, A-05.
- [265] 3. *GdS-Bewertung bei Carcinoma of unknown primary*, Oktober 2013/2. Teil II, B-01.
- [266] 4. *GdS-Bewertung des Adrenogenitalsyndromes – Urteil vom Landessozialgericht Niedersachsen–Bremen 9. Senat vom 03.05.2006, AZ.: L 9 SB 45/03*, Oktober 2013/2. Teil II, B-15.
- [267] 5. *Bewertung des Remissionsstadiums bei Leukämien*, Oktober 2013/2. Teil II, B-16.
- [268] 6. *Altersgrenze zu „... noch bestehendem Kinderwunsch“*, Oktober 2013/2. Teil II, B-14.
- [269] 2. *GdS unter den Voraussetzungen einer erweiterten Indikation und moderner Implantationsmöglichkeiten des Linksherzunterstützungssystems*, März 2014/1. Teil II, B-09.
- [270] 3. *Gewährung von MZ „H“ bei tiefgreifender Entwicklungsstörung (GdB 50) und vorliegender Führerscheinuntauglichkeit bei 17-jährigen Jugendlichen*, März 2014/1. Teil II, A-05.
- [271] 4. *Glutarazidurie – Bewertung der Höhe des GdS und Gewährung von MZ*, März 2014/1. Teil II, A-05.
- [272] 5. *Gewährung von MZ „B“ bei Kindern mit autistischer Störung oder ADHS*, März 2014/1. Teil II, C-02.
- [273] 6. *DSM-5 als Grundlage der Beurteilung der Posttraumatischen Belastungsstörung*, März 2014/1. Teil II, B-03.
- [274] 1. *Beurteilung des Morbus Down im Säuglings- und Kindesalter*, Oktober 2014/2. Teil II, A-05.
- [275] 2. *Vergabe des Merkzeichens B bei Kindern und Jugendlichen*, Oktober 2014/2. Teil II, C-02.
- [276] 3. *Bewertung eines biochemischen Rezidivs bei Prostatakarzinom*, Oktober 2014/2. Teil II, B-13.

-
- [277] 4. *Bewertung des primären multifokalen Mammakarzinoms*, Oktober 2014/2. Teil II, B-14.
- [278] 5. *Beurteilungskriterien der entzündlichen Darmerkrankungen*, Oktober 2014/2. Teil II, B-10.
- [279] 6. *Bewertung herzkranker/herzoperierter Säuglinge und Kinder*, Oktober 2014/2. Teil II, B-09.
- [280] 7. *Bewertungskriterien des Autismus*, Oktober 2014/2. Teil II, B-03.
- [281] 1. *Berücksichtigung des für das Lebensalter typischen Zustandes bei der GdB/GdS-Beurteilung*, März 2015/1. Teil II, A-02.
- [282] 2. *Beurteilung Harnblasentumor*, März 2015/1. Teil II, B-12.
- [283] 1. *Beurteilung der Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST)*, Oktober 2015/2. Teil II, B-01.
- [284] 2. *Divergenz zwischen ärztlichem Befundbericht und tatsächlichen Gegebenheiten*, Oktober 2015/2. Teil I, Abs. 2.
- [285] 1. *BSG-Urteil zum Bayerischen Landesblindengeldgesetz (11.8.2015, B 9 BL 1/14 R)*, März 2016/1. Teil II, A-06.
- [286] 2. *BSG-Urteil zur Gehbehinderung bei psychischen Störungen (11.8.2015, B 9 SB 1/14 R)*, März 2016/1. Teil II, C-01.
- [287] 4. *Beurteilung des Charcot-Fußes – Diabetische Neuro-Osteoarthropathie*, März 2016/1. Teil II, B-18.
- [288] 1. *Korrektur von Beschlüssen der AG*, September 2016/2. Teil II, B-04.
- [289] 1. *Beurteilung der Hilflosigkeit nach Inkrafttreten des Pflegeunterstützungsgesetzes II (PSG II)*, Dezember 2016/3. Teil II, A-04.
- [290] 2. *Bewertung des Diabetes mellitus*, Dezember 2016/3. Teil II, B-15.
- [291] 3. *Gutachtliche Beurteilung eines Spätrezidivs oder einer isolierten Spätmetastase*, Dezember 2016/3. Teil II, B-01.

- [292] 4. *Gutachtliche Bewertung von seelischen Begleiterscheinungen bei der Beurteilung von Karzinom-Erkrankungen*, Dezember 2016/3. Teil II, B-01.
- [293] 5. *Beurteilung einer Narkolepsie in der Folge einer Impfung gegen das H1N1-Virus*, Dezember 2016/3. Teil II, B-03.
- [294] 1. *GdB bei Kindern mit Diabetes mellitus*, März 2017/1. Teil II, B-15.
- [295] 2. *MZ „aG“ bei Doppelotherschenkelamputation, prothetische Versorgungbarkeit*, März 2017/1. Teil II, C-03.
- [296] *GdB/GdS bei offenen Hirnverletzungen und bei Hirnoperationen*, Oktober 2017/2. Teil II, B-03.
- [297] 1. *Merkzeichentabelle*, März 2018/1. Teil II, C-11.
- [298] 2. *Einheitliche Kriterien bei der Auswahl von Gutachtern zur Beurteilung von gesundheitlichen Schäden von Opfern politischer Verfolgung in der DDR*, März 2018/1. Teil I, Abs.2.
- [299] 3. *EDSS von 7: Vorschlag schon bei 6,5 das Merkzeichen aG zu gewähren*, März 2018/1. Teil II, C-01.
- [300] 1. *Merkzeichentabelle*, September 2018/2. Teil II, C-11.
- [301] 2. *Merkzeichen „H“ bei Erwachsenen mit GdB unter 100*, September 2018/2. Teil II, A-06.
- [302] 1. *Das Gewicht des Einzel-GdB mit 20 bei der Bildung des Gesamt-GdB*, März 2019. Teil II, A-03.
- [303] 1. *Borderline-Tumor*, Oktober 2019/10. Teil II, B-14.
- [304] 1. *Änderung der VwV zu § 46 StVO Nummer 11 Abs. 2f)*, März 2022/1. Teil II, Dn-11.
- [305] 2. *Gewebeneubildung der Harnblase: Bewertung bei Entfernung der Harnblase bei rezidivierenden Ta bzw. T1(G1)-Tumoren*, März 2022/1. Teil II, B-12.

-
- [306] 3. *Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei Allergie*, März 2022/1. Teil II, A-05.
- [307] 4. *Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei tiefgreifender Entwicklungsstörung und Merkzeichen „B“*, März 2022/1. Teil II, A-05.
- [308] 5. *Rückwirkende Anerkennung von Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter ab Geburt*, März 2022/1. Teil II, A-05.
- [309] 6. *Bewertung bei Gewährung von Integrationshilfe oder Frühförderung im Kindesalter*, März 2022/1. Teil II, A-05.
- [310] 7. *Hilflosigkeit im Kindes- und Jugendalter bei Intelligenzminde- rung versus Merkzeichen „H“ im Erwachsenenalter*, März 2022/1. Teil II, A-05.
- [311] 1. *GdB-Bewertung einer künstlichen enteralen Ernährung über eine Sonde (PEG/PEJ)*, November 2022/2. Teil II, B-10.
- [312] 2. *Diabetes mellitus: GdB-Bewertung bei Kindern und Jugendlichen*, November 2022/2. Teil II, B-15.
- [313] 3. *Bewertung von Post-Covid/Long-Covid nach den Versorgungs- medizinischen Grundsätzen (VMG)*, November 2022/2. Teil II, B-18.

Stichwortverzeichnis

A

- Abhängigkeit 179
Achalasie 251
Achondroplasie 369, 370
Addison-Syndrom 327
Adenosindesaminase-Defekt 342
Adipositas 324
Adoleszentenkyphose 372
Affektive Psychosen 171
Afterschließmuskelschwäche 261
Agnosie 114, 118, 150, 470
Agranulozytose 339
Ahorn-Sirup-Krankheit 94
AIDS 342
AIDS-related complex 343
Akne 348
Akteneinsicht 33
Akzeleration 336
Alimentäre Fettsucht 324
Alkoholkrankheit 179
Allergien 102, 223, 253, 347, 348
Alpha-1-Antitrypsinmangel . 223
Altersbedingt 55
Alveolarfortsatzdefekt 216
Amblyopie 198
Amelie 488
Amyloidose 366
Analogbewertung 129
Anamnese 30, 34
Änderung der Verhältnisse. 106,
123, 125
Aneurysmen 246
Anfallsfreiheit 151
Anforderung von Befundberich-
ten 20
Anforderungen an den Gutach-
ter 14
Anfälle
Asthma- 228, 229, 231, 464
hirnorganische (epilepti-
sche) 30, 145, 148, 150,
405, 406, 464, 469
hypoxämische 240
Menière- 211
Migräne- 142, 143
Störung der Orientierungs-
fähigkeit 7
synkopale (vegetative) . 149
Anomalien der Nieren 281
Anomalien der Wirbelsäule . 372
Anpassungsschwierigkeiten, so-
ziale 167, 168, 171,
172, 174, 180, 211
Antikoagulantienbehandlung
102, 241, 246, 342
Anus praeter 109, 258, 261, 398,
464
Anzeigepflicht 37
Anämie 406
Anämien 257, 284, 331, 341
Aortenklappenfehler ... 240, 242
Aphasie 150, 418
Apherese 316, 324
Aphonie 221
Aplastische Anämie 339

- Apraxie 150
Arbeitsunfähigkeit 23
Armnervenschäden 388
Armschäden 383
Armverlust .. 383, 423, 427, 479
Arrhythmien 244
Arterielle Verschlusskrankheiten
245, 373, 406, 452
Arterienerkrankungen, entzünd-
liche 355,
356
Arterienverschlüsse 56, 245
Arteriographie 30
Arteriosklerose 56
Arteriovenöse Fisteln 246
Arthritis 355
 juvenile chronische 102
Arthrosen 56, 355, 394
Artikulationsstörungen 203,
215–217, 221
Ärztliche Gesamtschau 65
Ärztliches Berufsgeheimnis .. 20
Asbestose 227
Aseptische Nekrosen 381
Asperger-Syndrom 159, 167
Aspiration 219, 251
Asthma bronchiale 228–230
Astrozytom 155, 156
Aszites 271
Atemwegserkrankungen 213,
219, 220, 223, 224,
226–228, 233, 234
Atopie 347
Audiogramm 29, 203
 3-Frequenztafel 29
 4-Frequenztafel 29
Aufbauplastik der Brust 301
Aufklärungspflicht 31
Aufnahmen, fotografische 26
Augenmuskellähmungen 198
Augenschäden 187
Augentumoren 201
Augenverlust 192
Ausgleichsfunktion, Störung der
407, 410, 422, 433
Ausweis 6
Auswirkungen von Funktionsbe-
einträchtigungen .. 3–5,
55
Autismus 167
Autistische Syndrome ... 87, 170
Autoimmunkrankheiten 327
Außengutachter 17, 37
Außergewöhnliche Gehbehinde-
rung 10, 439, 447, 450,
487
Außergewöhnliche psychoreakti-
ve Störungen 221, 311,
369, 371
Außergewöhnliche seelische Be-
gleiterscheinungen 140,
261, 375
Axillarislähmung 388
- B**
- Bandscheibenoperation 355, 375
Bandscheibenschäden 372
Basalzellkarzinom 353
Bauchaortenaneurysma 246
Bauchfellverwachsungen 260
Bauchnarbenbrüche 279
Bauchorgane, Krankheiten der
26
Bauchspeicheldrüsenentfernung
276

- Bauchspeicheldrüsenkrankheiten
 224, 261, 276
- Bauchspeicheldrüsentumor . 276
- Bauchwandbrüche 279
- Bauchwanddefekte 279
- Bechterew-Krankheit 357
- Beckenkorbprothese 11
- Beckenniere 282
- Beckenschäden 378
- Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr, erhebliche 405, 411, 412, 427
- Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht 463, 466, 467
- Befundberichte 20
- Beförderung, unentgeltliche . . 6
- Begleiterscheinungen
 psychovegetative . . . 29, 211
 seelische 58, 140
- Begleitperson bei Begutachtungen 429
- Begleitung, Notwendigkeit ständiger . . 7, 79, 418, 427, 436
- Behinderten-Pauschbetrag . . . 9
- Behinderung
 Definition 4
 Grad der 4
- Beinnervenschäden 397
- Beinschäden 389
- Beinvenenthrombose 247
- Beinverlust 389
- Benutzung der 1. Klasse . . . 479
- Berufskrankheit 52
- Beurteilung nach Aktenlage. 14, 22, 31
- Beurteilungsspannen 129
- Beweglichkeit, dauernde Einbuße der körperlichen 481, 483
- Bewegungseinschränkung
 obere Gliedmaßen . 384-386
 untere Gliedmaßen . . . 392, 394, 395
 Wirbelsäule 372
- Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr 7
- Bezeichnung der
 Behinderung 32
 Gesundheitsstörung 31
 Schädigungsfolge 32
- Bild gebende Verfahren . 26, 30, 117, 355
- Bindegewebskrankheiten . . . 355
- Biopsie 26, 31, 266
- Bizepssehnenriss 385
- Blasenbildende Hautkrankheiten 350
- Blasenentleerungsstörungen 287
- Blasenfistelkatheter 288
- Blasenschrittmachers 287
- Blasentumor 288
- Blastenschub 336
- Blickfeld 187
- Blindheit 9, 10, 29, 72, 113, 114, 116, 189, 192, 427, 463, 479, 488
- Blutdruckerniedrigung . 249, 327
- Blutgasanalyse 25
- Bluthochdruck 233, 248, 249
- Blutkrankheiten 329
- Blutkörperchen-Senkungsreaktion

25
 Blutreinigungsverfahren . . . 284
 Blutstammzelltransplantation
 340
 Blutstatus 25
 Blutungsleiden 341
 Bowen-Krankheit 353
 Bronchialasthma . . . 32, 228, 229
 Kinder 91, 229, 230
 Bronchialtumor 228
 Bronchiektasen 226
 Bronchitis 57, 226, 229, 269, 420
 Brustdrüsentumor 140, 301–303,
 305
 Brustfellschwarten 223, 226
 Brustkorbschäden 223, 226
 Brustverlust 301, 484
 Brüche
 Brustkorbbereich 226
 Eingeweide (Hernien) . . 279
 Narben 279
 obere Gliedmaßen 383
 Schädel 141
 untere Gliedmaßen 389
 Wirbel 372
 Bypassoperation 247

C

Carcinoma in situ 140
 Brustdrüse 302
 Hoden *siehe* Testikuläre
 intraepitheliale Neoplasie
 Chemotherapie . . . 101, 129, 305,
 359
 Cholangitis, primär sklerosie-
 rende 274

Cholelithiasis *siehe* Gallenwegs-
 krankheiten
 Cholezystopathie . *siehe* Gallen-
 blasenkrankheiten
 Chondrodysplasie *siehe*
 Achondroplasie
 Chondrodystrophie 369
 Chondromalacia patellae . . . 394
 Choreatische Syndrome . . . 150
 Chronische Bronchitis . . 57, 226,
 269, 420
 Chronisches Fatigue Syndrom
 362
 Claudicatio intermittens . . . 245,
 377, 414
 Clearance 26, 283
 Colitis ulcerosa 256, 491
 Commotio cerebri 145
 Computertomographie . . 30, 117
 Contergan-Schäden 20, 488
 Cor pulmonale 223, 232
 Crohn-Krankheit 256, 491
 Cushing-Syndrom 328

D

Darmkarzinoid 134, 258
 Darmkrankheiten 253
 Darmteilresektion 255
 Darmtumor 258
 Datenschutz 14, 178
 Dauerkanülenträger 220
 Dauernde Einbuße der körper-
 lichen Beweglichkeit
 481–483
 Daumenschäden 387
 Degenerative Gelenkverände-
 rungen 355

- Beckenring 378
 Gliedmaßen 379
 Wirbelsäule 56, 372
 Demenz 56, 145
 Depressive Psychose 171
 Depressive Störung 172, 211
 Dermatologische Krankheiten
 26, 57, 347
 Dermatomykosen 352
 Dermatomyositis 102, 349
 Dermatosen 347
 Deutsche Gesellschaft für
 Hals-Nasen-Ohren-
 Heilkunde 203
 Tabellen 208
 Deutsche Ophthalmologische
 Gesellschaft
 MdE-Tabelle 197
 Richtlinien 28, 113, 120, 187
 Diabetes mellitus 231, 276, 318,
 323–325, 328, 406, 483,
 484
 Hilflosigkeit 92, 94, 104
 Diagnostische Maßnahmen .. 31
 Dialyse 72, 284, 415, 473
 Dickdarmkrankheiten *siehe*
 Darmkrankheiten
 DiGeorge-Syndrom 342
 Divertikel der Speiseröhre .. 251
 Divertikulose 255
 Divertikulitis 255
 Doppelamputierte
 obere Gliedmaßen 11
 untere Gliedmaßen 11
 Doppelbilder 198
 Doppler-Druckmessung . 26, 245
 Dopplersonographie 30
 Down-Syndrom 108, 161
 Drogenabhängigkeit 179
 Dumping-Syndrom 254
 Durchblutungsstörungen, peri-
 phere 25, 245, 247,
 406
 Durchfallerkrankungen 256
 Durchschnitts-GdS/GdB 57,
 192, 229, 347, 366
 Dyspepsie 253
 Dysregulation, neurozirkulatori-
 sche 33
 Dystonie, vegetative 33
 Dystrophie, kardiale 240
 Dämmerungssehen 201
 Dünndarmkrankheiten *siehe*
 Darmkrankheiten
E
 Echokardiographie 25
 Eierstockkrankheiten, -verlust
 308, 311
 Eierstocktumor 309, 310
 Eingeweidebrüche 279
 Eingliederungshilfe 168
 Einkommensteuergesetz 7
 Eisenmangelanämie *siehe*
 Anämien
 EKG *siehe* Elektrokardiographie
 Ekzem 347
 Elektroenzephalographie 30
 Elektrokardiographie ... 25, 237
 Elephantiasis 248
 Ellenbogengelenk
 Bewegungseinschränkung
 385
 Endoprothese 380
 Schlottergelenk 386

Versteifung 385
 Ellenbruchfolgen 386
 Ellenervschaden 389
 Emotionale Störungen 167
 Hilflosigkeit 87
 Emphysem, Lunge 227
 Encephalomyelitis disseminata
 siehe Multiple Sklerose
 Endogenes Ekzem 347
 Endometriose 312
 Endoprothesen 379, 382
 Endoskopie 31
 Enteritis regionalis 256
 Entscheidung durch Verwaltung
 38
 Entstellung 27, 33, 58, 141, 215,
 248, 347, 464
 Entwicklungsquotient .. 158, 160
 Entwicklungsstörung
 geistige 157, 164
 Globale 158
 tief greifende 159, 167
 Hilflosigkeit 87
 Entzündlich-rheumatische
 Krankheiten .. 355–358
 Enzephalopathie, hepatische 271
 Ependymom 155
 Epileptische Anfälle 7, 30,
 88, 145, 150, 325, 405,
 406, 464
 Ergometrie 25, 31
 Ermittlungen 19, 20
 Ermächtigungsgrundlage 6
 Ernährung, künstliche 252
 Erste Wagenklasse 479
 Erwerbsminderung 5, 52
 Erwerbsunfähigkeit 52
 Erysipel 352

Erythrodermie 351
 Erythrozytenenzymdefekte . 341
 Esotropie 190
 Evozierte Potentiale 30
 Akustisch 29
 Visuell 117
 Extrapyramidale Störungen 150,
 154

F

Fahrkostenpauschale 8
 Falschgelenke *siehe*
 Pseudarthrosen
 Farbsinnstörung 201
 Faszienlücke, Oberschenkel . 393
 Faszienverletzungen 356
 Fazialisparese, periphere 144
 Fehlbildung der Nieren 282
 Femoralislähmung 397
 Fertilitätsstörungen 292, 305
 Fettleber 271
 Fettstoffwechselkrankheit .. 316,
 324
 Fettsucht *siehe* Adipositas
 Fibromyalgie 362, 363
 Fibrose
 Leber 262, 268, 271
 Lunge 227
 zystische 95, 325
 Fibularislähmung *siehe*
 Peronäuslähmung
 Fingerschäden 27, 387
 Fistel
 After- 261
 Akne conglobata 349
 arteriovenöse 246
 Darm- 257

Harnwegs- 290, 313
 Osteomyelitis 366
 Scheiden- 313
 Speichel- 215
 Flüsterstimme 221
 Formulierungen, ungeeignete 33,
 37
 Fotografische Aufnahmen 26
 Fremdkörper
 Brustkorb 226
 Herz 244
 Knochen, Muskel 356
 Lunge 226
 Frey-Syndrom 215
 Funktionelle kardiovaskuläre
 Syndrome 249
 Funktionsbeeinträchtigung .. 55,
 61, 65, 67
 Funktionsprüfungen 25
 Funktionssysteme 34, 57, 60
 Fußgelenk
 Bewegungseinschränkung
 395
 Endoprothese 380
 Versteifung 395
 Fußschäden 390, 395
 Fußverlust 390

G

Galaktosämie 94, 104
 Gallenblasenkrankheiten .. 274
 Gallenblasentumor 275
 Gallensteinleiden 274
 Gallenwegskrankheiten 274, 275
 Gallenwegstumor 275
 Gangbild 28
 Gastritis 253

Gastroenterostomie 253
 Gastroskopie 31
 Gaumendefekt, -verlust 216
 Gaumensegelspalte 90, 217
 Gaumenspalte 217
 Gebrauchsunfähigkeit
 eines Beines 398
 Gliedmaßen 248, 367
 Gebärmutter
 -Scheidenaplasie 313
 -senkung, -vorfall 313
 -tumor 305
 -verlust 305, 307
 Gedeihstörungen 240, 256
 Gefäßchirurgische Eingriffe . 246
 Gefäßkrankheiten 245
 Gefäßschäden 245
 Gehbehinderung
 außergewöhnliche 10
 Gehirnerschütterung 145
 Gehvermögen, Einschränkung 7,
 373, 405, 447, 449, 450,
 491, 547
 Gehörlosenschulen 19
 Gehörlosigkeit ... 7, 78, 83, 205,
 405, 415, 436, 455, 463
 Geistige Behinderung 29,
 33, 72, 83, 86, 94, 157,
 162, 325, 407, 422, 427
 Gele Kentzündung 356
 Gelenkbeweglichkeit, Messung
 32, 355
 Gelenkschäden
 obere Gliedmaßen 383
 untere Gliedmaßen 389
 Gerinnungsstörungen .. 101, 341
 Geruchsstörung 29, 214

- Gerüche, abstoßende .. 347, 464, 469
- Gesamt-GdB/MdE-Grad 34
- Gesamt-GdS 65, 67, 68
- Gesamtschau, ärztliche . 65, 374
- Gesamtwortverstehen.....208
- Geschmacksstörung.....29, 214
- Geschwülste.... *siehe* Tumoren, maligne
- Geschwürsbildung bei Krampfadern 248
- Geschwürsleiden
Magen-, Zwölffingerdarm
253, 484
- Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) 22
- Gesetzliche Melde- und Anzeigepflichten 37
- Gesichtsentstellung *siehe* Entstellung
- Gesichtsfeldausfälle 187, 199
- Gesichtsfeldbestimmung 29, 187
inverse.....188
Perimeter.....189
- Gesichtsfeldeinengung 113
- Gesichtsfeldeinengungen 199
- Gesichtsnervenstörung, sensible
141
- Gesichtsneuralgien 141
- Gesundheitsstörungen
abklingende..... 57
Bezeichnung 32, 33
nicht geltend gemachte. 34
- Gicht 324
- Gleichgewichtsstörungen
labyrinthär 203, 210
zerebellar 149
- Gleichstellung 3
- Gliedmaßen, Durchblutungsstörungen 25, 245
- Gliedmaßenschäden 379
obere Gliedmaßen 383
untere Gliedmaßen.....389
- Gliedmaßenverlust .. 27, 72, 379
obere Gliedmaßen 383
untere Gliedmaßen.....389
- Glioblastom.....155
- Glutarazidurie..... 93
- Grad der Behinderung . 4, 5, 51, 55, 60
- Granulomatose, septische...342
- Großwuchs 371
- Gutachtenüberprüfung...17, 37
- Gutachterliche Beurteilung . 23
- Gutachterliche Untersuchung 23
- Gynäkologische Krankheiten. 26
- Günther-Krankheit.....328
- H**
- Haarausfall.....352
- Habituelle Luxationen 379, 384, 394
- Halbseitenblindheit 199, 431
- Halluzinationen, hypnagoge 155
- Halsmarkschäden182
- Halswirbelsäulensyndrom...372
- Haltungsschäden 355, 372
- Handgelenkschäden 386
- Handverlust 72, 384
- Harnableitung, künstliche .. 288
- Harnblasentumor 140, 288
- Harnentleerungsstörungen . 182, 287, 295

- Harninkontinenz . 289, 298, 313,
417
- Harnröhrenverengung 287
- Harnsteinleiden 282
- Harnwegsanomalien . . . 287, 313
- Harnwegsentzündungen . . . 286
- Harnwegs fisteln 290, 313
- Hautkrankheiten . . . 26, 57, 347
- Hauttumor 353
- Heilbehandlung 72
- Heilungsbewährung . . 33, 36, 58,
68, 123, 129, 133, 140,
156, 171, 180, 201, 220,
228, 243, 252, 254, 258,
272, 275, 276, 284, 288,
291, 293, 295, 297, 301,
305, 309, 314, 326, 329,
331, 338, 340, 353, 366
- Heiserkeit 221
- Hemianopsie 114, 199, 411
- Hemiplegie 150
- Hepatische Enzephalopathie 271
- Hepatitis 262, 264, 266, 484
- Herabsetzung der Sehschärfe
113, 187
- Hernien 279
- Herpes simplex 352
- Herzeingriffe 241
- Herzfehler bei Kindern . . 91, 239
- Herzinfarkt 243
- Herzkatheteruntersuchungen 25,
31
- Herzklappenfehler 32
- Herzklappenprothese 241
- Herzkrankheit, koronare . . *siehe*
Koronare Herzkrank-
heit
- Herzkrankheiten 25
- Herzleistungsminderung 91, 237,
239, 325, 328, 406, 464,
548
- Herzrhythmusstörungen . . . 232,
244
- Herzschrittmacher 244
- Herzschäden . 242, 406, 448, 548
- Herzschäden, allgemeines . . 239
- Herzschäden, Kinder 91
- Herzstecksplitters 244
- Herzszintigraphie 25
- Herztransplantation . . 243, 417,
474
Kinder 243, 273
- Herzwandaneurysma 247
- Hilfflosigkeit . . 7, 71, 72, 75, 418,
420, 432
- Hilfflosigkeit bei Kindern und Ju-
gendlichen . . . 85, 161,
243, 273, 413
- Hilffsmittel, orthopädische . . 27,
28, 379, 464
- Hirnarteriographie 30
- Hirnbeschädigte 30, 145
- Hirnleistungsschwäche . . 56, 150
- Hirnorganische Anfälle . . . *siehe*
Epileptische Anfälle
- Hirnschädel
Knochenlücken 141
Narben 141
- Hirnschäden . . . 30, 72, 145, 148,
149
- Hirntumoren 155
- Hirnverletzungen 145
- Hirschsprungkrankheit 256
- HIV-Infektion 342
- Hochgradige Gesichtsentstel-
lung 141

Hochgradige Sehbehinderung 72,
120, 468
Hochtonverlust 29, 56, 209
Hodenkrankheiten 292
Hodentumor 293
Hodenverlust 292
Hodgkin-Krankheit 329
Hohlfuß 396
Homozystinurie 94
Hornhauttransplantation . . . 201
Hydrozele 293
Hydrozephalus
 Ventilversorgung . . 86, 145,
 147
Hyperkinesen 150
Hypernephrom 284
Hyperopie 190
Hyperreagibilität 228
Hyperthyreose 326
Hypertonie *siehe* Bluthochdruck
Hyperurikämie 324
Hypnagoge Halluzinationen. 155
Hypochondrische Störungen 172
Hypoglykämie 318
Hypothyreose 326
Hypotonie 249
Hämaturie 282
Hämodialyse 284, 473
Hämolytische Anämien 341
Hämophilie 101, 341
Hämorrhoiden 260
Hörhilfen 203, 463
Hörprüfungen 29, 203
Hörstörungen 29, 203, 211, 217,
407
Hörverlust 208
Hüftdysplasie 392
Hüftexartikulation 11

Hüftgelenk
 Bewegungseinschränkung
 392
 Endoprothese 380, 383
 Versteifung . . . 391, 406, 411
Hüftgelenksresektion 392
Hüftluxation 392

I

Ichthyosis 351
Ileuserscheinungen 260, 279
Immundefekte . . . 101, 243, 342
Immunmangelsyndrom 342
Immunsuppression 92, 228, 243,
272, 277, 282, 284, 359,
412, 464, 467
Impedanzaudiometrie 29
Impotentia coeundi . . . 292, 293
Impotentia generandi 292
Impotenz 325
In dubio pro aegroto 32
Inkontinenz
 Harn 182, 289, 298, 313
 Stuhl 182, 261
Innenohrschwerhörigkeit . . *siehe*
 Schwerhörigkeit
Innenohrschäden 203, 463
Innere Sekretion 315
Instabilität
 Beckenring 378
 Hüftgelenk 392
 Kniegelenk 393
 Schultergelenk 384
 Wirbelsäule 372
Insuffizienz
 Herz . 56, 240, 328, 448, 548
 Nebennierenrinde 327

- Niere.....91, 406, 414
 venöse.....247
 zerebrovaskuläre ... 56, 178
 Insulinbehandlung.....318, 484
 Integrationshelfer 168
 Intelligenzmangel.....163
 Inzidentielles Karzinom, Prosta-
 ta..... *siehe*
 Prostatatumor
 Irritabler Darm 255
 Ischiadikuslähmung 397
 Ischialgie.....372
- J**
- Juvenile chronische Polyarthri-
 tis 102
- K**
- Kanülenträger.....219, 469
 Kardiomyopathie.....240
 Kardiopulmonale Untersuchun-
 gen 25
 Kardiovaskuläre Syndrome,
 funktionelle 249
 Kardioverter-Defibrillator .. 244
 Karzinoide 258, 259
 Kataplexien 154
 Kaudaschädigung 182
 Kausalgien 59
 Kehlkopfschäden 219
 Kehlkopftumor 220
 Kehlkopfverlust 219, 416
 Kernspintomographie... 30, 117
 Kieferklemme 215
 Kieferschäden 215
 Kieferspalte 217
- Kinder (Besonderes)
 Ahorn-Sirup-Krankheit . 94
 Allergie 102
 Anfälle.....88, 150
 Autistische Syndrome..167
 Befund 157
 Blindheit .. 29, 72, 113, 187
 Bronchialasthma .. 91, 229,
 230
 Darmerkrankungen 256
 Dermatomyositis.....102
 Diabetes mellitus 92
 Dialysebehandlung.....91
 Galaktosämie 94, 104
 Gaumen-Segelspalte ... 217
 Gehörlos .89, 204, 205, 407,
 415
 Geistige Behinderung .. 86,
 157
 Hautkrankheiten.....347
 Herzrhythmusstörungen244
 Herzschäden 91, 239
 Hilflosigkeit 85, 413
 Hirnschäden 145
 Homozystinurie 94
 Hämophilie 101, 341
 Immundefekte101, 243, 273
 Kleinhirntumor 156
 Knochenbrüche 102
 Kurzdarmsyndrom 256
 Künstliche Niere 91
 Leukämie 101, 335
 Lippen-Kiefer-
 Gaumenspalte 90,
 217
 Lupus erythematodes .. 102
 Maligne Erkrankungen.101
 Milzverlust 329

- Mukoviszidose 95
 Nachteilsausgleiche 405,
 413, 427, 430, 437, 547
 Niereninsuffizienz . . . 91, 92
 Osteogenesis imperfecta 102
 Phenylketonurie 92, 93, 325
 Polyarthritis, juvenile chro-
 nische 102
 Psychische Behinderungen
 87, 167
 Schwerhörigkeit 89
 Sehbehinderung 88
 Sehschärfe 187
 Sharp-Syndrom 102
 Stammzelltransplantation
 101
 Still-Syndrom 102
 Taubheit . 89, 204, 205, 407,
 415
 Transplantation . . . 243, 273
 Typ-I-Allergie 102
 Verhaltensstörungen . . . 87,
 167
 Wesentliche Änderung der
 Verhältnisse 106
 Zöliakie 104
 Kleinhirntumor, Kinder . . . 156
 Kleinwuchs 11, 369
 Klumpfuß 395
 Knickfuß 396
 Kniegelenk
 Bewegungseinschränkung
 394
 Endoprothese 380, 382
 Versteifung 393, 406
 Knieschäden 393, 406
 Knochen- und Knorpelnekrosen
 381
 Knochenbrüche, -defekte . . . 33
 Brustkorb 226
 obere Gliedmaßen . 102, 383
 Schädel 141
 untere Gliedmaßen 102, 389
 Wirbel 372
 Knochenlücken am Schädel . 141
 Knochenmarkentzündung . . 355,
 366
 Knochenmarktransplantation
 340
 Kognitive Leistungsstörungen
 150
 Kollagenosen . 355, 356, 358, 361
 Kolontumor 258
 Kombinierte Schwerhörigkeit
 203, 463, 468
 Kontaktexzem 347
 Konversionsneurosen 451
 Koordinationsstörungen . . . 149
 Kopfschmerzen 141, 142
 Koronarchirurgische Eingriffe
 241
 Koronare Herzkrankheit . . . 239
 Kotfistel 261
 Krampfaderbruch 293
 Krampfadern 247
 Krampfanfälle *siehe*
 Epileptische Anfälle
 Krankenlager, dauerndes . . . 72
 Kraurosis vulvae 313
 Kreatinin 283, 484
 Kreislaufschäden 25, 237
 Kryoglobulinämie 269
 Kurzdarmsyndrom im Kindesal-
 ter 256
 Kurzsichtigkeit 187
 Kyphose 372

- Kystadenom 310
 Körperersatzstücke 379
 Künstliche Harnableitung .. 288
 Künstliche Niere .. *siehe* Dialyse
 Künstlicher After 258
- L**
- Laboruntersuchungen 25
 Laborwerte 25, 263, 315
 Laparoskopie 26, 31
 Laufbanduntersuchung 26
 LDL-Apherese . *siehe* Apherese,
 316, 324
 Leberbiopsie 26, 31, 270
 Leberschäden 261
 Leberteileresektion 272
 Lebertransplantation 272
 Kinder 243, 273
 Lebertumor 272
 Leberzirrhose 224, 271, 275
 Legasthenie 162
 Leidensbezeichnung 32, 262
 Leistenbrüche 279
 Leistungspsychologische Unter-
 suchungen 30
 Leitende Ärztinnen/Ärzte ... 16
 Lendenmark 182
 Lernbehinderung 162, 165
 Leseschwäche 162
 Leukämie 331-335, 337, 338
 Lichen planus ruber 269
 Lichtsinnstörung 201
 Lidschäden 198
 Linksherzunterstützungssystem
 241
 Linsenlosigkeit 192
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
 217
 Lippendefekt 215
 Long Covid 363, 589
 Lumbalpunktion 31
 Lumbalsyndrom 56, 372
 Lunatum-Malazie 381
 Lungenemphysem 223, 315
 Lungenfunktionseinschränkung
 227, 367, 406, 464,
 482, 548
 Lungenfunktionsprüfungen .. 25,
 227
 Lungenkrankheiten 25, 223
 Lungenstecksplitter 226
 Lungentransplantation 228
 Lungentuberkulose 233, 464
 Lungentumor 228
 Lupus erythematodes .. 102, 349
 Luxationen
 habituelle ... 379, 384, 392,
 394
 Handwurzelknochen ... 386
 Hüfte 392
 Kniescheibe 394
 Schulter 384
 Lymphadenopathiesyndrom 343
 Lymphome 329
 Lymphödem 248, 301, 352
 Lähmungen
 Augenmuskel- 198
 Gesichtsnerv- 144
 obere Gliedmaßen. 182, 388
 periphere 182, 184
 Querschnitt- ... 11, 72, 182,
 427, 473, 479, 547
 Stimmband- 221
 untere Gliedmaßen 182, 397

zerebrale 150
 Zunge 215
 Lärmschwerhörigkeit 29, 209

M

Magenentfernung 254
 Magenfrühkarzinom 254
 Magengeschwürsleiden 253
 Magenkrankheiten 253
 Magentumor 254
 Magnetresonanztomographie 30
 Maligne Lymphome 329
 Malignome *siehe* Tumoren,
 maligne
 Manisch-depressive Psychose
 171
 Mastdarmfisteln 261, 313
 Mastdarmlstörungen ... 182, 260
 Mastdarmtumor 258
 Mastdarmlvorfall 260
 Mastektomie 301
 Medianuslähmung 389
 Medulloblastom 156
 Melanom 353
 Melde- und Anzeigepflichten,
 gesetzliche 37
 Meningeom 155
 Meniskusoperation 355
 Menière-Krankheit 211
 Meulengracht-Krankheit .. *siehe*
 Gallenwegskrankhei-
 ten
 Migräne 142
 Miktionsstörungen 182, 287,
 295, 313
 Milwaukee-Korsett 373
 Milzverlust 276, 329

Minderwuchs 369, 370
 Mischstaubsilikose 227
 Mittelhandknochenbruch ... 386
 Mittelnervschaden 389
 Mittelohrkrankheiten 212
 Mondbeintod 381
 Motilitätsstörungen des Darmes
 256
 Mukoviszidose 95, 325
 Multiple Chemical Sensitivity
 362
 Multiple Sklerose 184, 449
 Muskelhernie am Oberschenkel
 393
 Muskelkrankheiten 30, 110, 367,
 399
 Muskelreizerscheinungen ... 372
 Muskelschwäche 367
 Muskelverletzungen 356
 Myasthenie 367
 Myelodysplastische Syndrome
 339
 Myeloische Leukämie .. 332, 333
 Myelom 331
 Myeloproliferative Erkrankun-
 gen 332
 Mykosen 352
 Myokarditis 237
 Myopathien 367
 Myopie 190

N

Nabelbruch 279
 Nachprüfung . 35, 145, 219, 418,
 464, 472
 Nachtblindheit 201

- Nachteilsausgleiche 7, 36, 38, 95,
123, 405
- Nachuntersuchung 157
- Naevus 352
- Narben 27, 51, 61, 141, 380, 397
- Narbenbruch 279
- Narkolepsie 154
- Nasengangverengung 213
- Nasenverlust 213
- Nebenhodenschwund, -verlust
292
- Nebenhöhlenentzündung . . . 213
- Nebennierenrindeninsuffizienz
327
- Nekrosen, aseptische 381
- Neoblase 260, 290
- Nephritis 269
- Nephroblastom 285
- Nephrolithiasis 282
- Nephroptose 282
- Nephrotisches Syndrom . . . 282
- Nervenreizerscheinungen . . . 372
- Nervenschäden, periphere . . . 30,
184, 379
 obere Gliedmaßen 388
 untere Gliedmaßen 397
- Nethritis 283
- Neufeststellung 123
- Neuralgien 141, 213
- Neurinom 155
- Neurodermitis 347
- Neurogenes Hinken 373
- Neurosen 172, 173, 451
- Neutral-0-Methode . . 27, 56, 355
- Niere, künstliche . . *siehe* Dialyse
- Nierenbeckenentzündung . . . 282
- Nierenbeckenerweiterung . . . 282
- Nierenbeckentumor 284
- Nierenbiopsie 26, 31
- Nierenfehlbildung 282
- Nierenhypoplasie 282
- Nierenschäden . 26, 91, 281, 283,
484
- Nierensteinleiden 282
- Nierentransplantation 284
- Nierentumore, maligne 284
- Nierenverlust 281
- Nierenzellkarzinom 284
- Nierenzysten 282
- Non-Hodgkin-Lymphome . . . 330
- Notwendigkeit ständiger Beglei-
tung 427
- Nuklearmedizinische Untersu-
chungen 26
- Nystagmus 190
- O**
- Oberarmpseudarthrose 385
- Oberarmverlust 383, 423
- Obere Gliedmaßen
 Brüche 385
 Nervenschäden 388
 Schäden 383
 Verlust 11, 27, 72, 379, 383
 Versteifung 384–386
- Oberkieferverlust 216
- Oberschenkelbeschädigungen 389
- Oberschenkelverlust 11, 389, 547
- Ödeme 248, 282, 301, 352
- Öffentliche Veranstaltungen 464,
465, 469
- Ohnarmer 11
- Ohnhänder 11
- Ohrgeräusche 29, 211
- Ohrmuschelverlust 212

- Ohrschäden 203
 Oligodendrogliom 155
 Organsysteme 34
 Organtransplantation 464
 Orientierungsfähigkeit, Störung
 der... 7, 405, 407, 410,
 422
 Orthopädische Hilfsmittel... 28,
 379
 Orthostatische Fehlregulation
 249, 327
 Ösophagitis 252
 Ösophagospasmus 251
 Ösophagustumor 252
 Ösophagusvarizen 271
 Osteochondrose 355
 Osteogenesis imperfecta ... 102,
 369
 Osteomyelitis 355, 366
 Osteopathie 276
 Osteopenische Krankheiten 355,
 356
 Osteoporose 328, 356, 357
 Otoakustische Emissionen... 29
 Ovarialkrankheiten 309
 Ovarialtumor 309
 Ozaena 213
- P**
- Panarteriitis nodosa 361
 Pankreastumor 276
 Pankreopathie 276
 Panmyelopathie *siehe*
 Aplastische Anämie
 Papillentumor 275
 Papillentumors 275
- Parkerleichterung .. 10, 11, 487,
 547
 Parkinson-Syndrom 150
 Paroxysmale Tachykardien . 244
 Pathologische Veränderungen
 im Alter 56
 Pauschbeträge 9
 Pemphigus 350
 Penistumor 291
 Penisverlust 291
 Perimetrie 29, 187, 188
 Periphere Durchblutungsstörun-
 gen 25, 245, 247,
 406
 Periphere Fazialisparese 144
 Periphere Nervenschäden .. 150,
 184
 obere Gliedmaßen. 182, 388
 untere Gliedmaßen 182, 397
 Peritonealdialyse . 284, 414, 473
 Perniziöse Anämie 341
 Peronäuslähmung 397
 Persönlichkeitsdiagnostik 30
 Persönlichkeitsstörungen... 149,
 172, 180
 Persönlichkeitswandel, erlebnis-
 bedingter 149, 172,
 180
 Persönlichkeitsänderung, orga-
 nische 149,
 180
 Perthes-Krankheit 381
 Pflege-Pauschbetrag 10
 Pflegebedürftigkeit 76
 Pflegezulage 35, 71, 123
 Pflegezulagestufen 479
 Pfortaderthrombose 272
 Phantomgefühl 59

- Phantomschmerzen 59, 379
 Phenylketonurie 92, 94, 104,
 105, 325
 Phlebodynamometrie 26
 Phobische Störungen 172
 Phokomelie 488
 Physiologische Veränderungen
 im Alter 55
 Pigmentstörungen 353
 Pilonidalsinus 349
 Pilzkrankheiten 352
 Plasmozytom 331
 Plastische Operation 301
 Pleuraschwarten, -
 verwachsungen 223
 Pleuritis 233
 Pneumokoniosen 223
 Polyarthritits
 juvenile chronische 102
 Polycythaemia vera 334
 Polymyalgia rheumatica 361
 Polyneuropathie 184, 284
 Polypen 213
 Porphyria cutanea tarda 328
 Porphyrien 328
 Portokavale Enzephalopathie
siehe Hepatische
 Enzephalopathie
 Positronen-Emissions-
 Tomographie 117
 Post Covid 363
 Postdiskotomiesyndrom 372, 375
 Postthrombotisches Syndrom
 247
 Potenzstörungen 56, 293, 325
 Presbyakusis 56
 Presbyopie 56
 Progressive Sklerodermie 349
 Prostatakrankheiten 295
 Prostatatumor 295
 Proteinurie 249, 282
 Provokationstest 25, 31
 Pseudarthrosen 379
 obere Gliedmaßen 385, 386
 Schlüsselbein 384
 untere Gliedmaßen 393, 395
 Unterkiefer 216
 Psoriasis 350
 Psychische Störungen
 Allgemeines 29, 33, 72, 129,
 149, 171, 464
 bei Kindern 87, 145, 167
 organische 29, 71, 149, 179
 Persönlichkeitsänderung
 149, 179
 psychoreaktive Störungen
 58, 149, 172, 203, 221,
 311, 369
 psychosoziale Störungen
 158, 179
 Psychische Traumen 172
 Psychologische Untersuchung 25
 Psychosen 72, 171
 Psychovegetative Störungen 29,
 172, 179, 211, 365
 Pulsionsdivertikel 251
 Pyelonethritis 283

Q
 Quadrantenresektion 301
 Querschnittlähmung 11, 72, 182,
 427, 473, 479, 547
 Quincke-Ödem 348

R

Radialislähmung 388
 Radikaloperationshöhle..... 212
 Ratschow-Lagerungsprobe... 26
 Rauschmittelsucht..... 179
 Rechenstörung 162
 Rechtschreibschwäche 162
 Refluxkrankheit der Speiseröhre
 252
 Regelwidrigkeit..... 55
 Reizmagen..... 253
 Rektumfisteln 261, 313
 Rektumtumor 258
 Rekurrenslähmung *siehe*
 Stimmbandlähmung
 Relaxatio, Zwerchfell 279
 Residualzustand, schizophrener
 171
 Restharnbildung 287
 Retinoblastom 201
 Rheumatische Krankheiten . 355
 Rhinophym 349
 Rhythmusstörungen des Her-
 zens..... 244
 Richtlinien der Deutschen
 Ophthalmologischen
 Gesellschaft... 28, 113,
 116, 121, 187
 Riechvermögen, Einschränkung
 214
 Rindenblindheit 114, 120
 Rippenbrüche, -defekte..... 226
 Rippenfellentzündung..... 226
 Rippenfellschwarten, -
 verwachsungen 226
 Rollstuhlbenutzung. 72, 81, 451,
 464, 548

Romberg 29
 Rosazea..... 349
 Rundfunkgebührenpflicht... 463
 Rundrücken..... 372
 Röntgenuntersuchungen 26
 Röntgenverordnung..... 30
 Rückenmarkkrankheiten 182
 Rückenmarkschäden..... 182
 Rücknahme von Verwaltungs-
 entscheidungen 125

S

Sarkoidose 234
 Sarkome *siehe* Tumoren,
 maligne
 Sattelnase..... 213
 Schalleitungsschwerhörigkeit
 203, 464
 Scheidenaplasie 313
 Scheidenfisteln 313
 Scheidensenkung, -vorfall... 313
 Scheidentumor 314
 Schenkelbrüche..... 279
 Scheuermann-Krankheit ... 372,
 376
 Schielen..... 198
 Schienbeinkopfabstützung.. 390
 Schienbeinnervschaden 397
 Schilddrüsenfunktionsstörungen
 326
 Schilddrüsenresektion 326
 Schilddrüsentumor 326
 Schizophrene Psychosen 33, 171
 Schizophrener Residualzustand
 171
 Schlaf-Apnoe-Syndrom 153, 232
 Schlafattacken..... 154

- Schlafähmungen 155
 Schlafstörungen 149
 Schlottergelenke
 obere Gliedmaßen 384
 Schluckstörungen 215, 219
 Schlüsselbein pseudarthrose . 384
 Schmerzen 56, 58, 373
 Schneidekantendistanz 215
 Schock
 anaphylaktischer 102
 hypoglykämischer 406
 Schrumpfblase 286, 287
 Schulter-Arm-Syndrom . 56, 372
 Schultergelenk
 Bewegungseinschränkung
 384
 Endoprothese 380, 382
 Luxation 384
 Versteifung 384
 Schwerbehindertenrecht . 13, 17,
 22, 32, 35, 38
 Schwerbehinderung 3
 Schwerhörigkeit 66, 89, 203, 205,
 208, 407, 410, 455, 463
 Schwerstbeschädigtenzulage . 35,
 149
 Schwindel 29, 149, 150, 203,
 210, 422
 Schädelbruch 141
 Schädelnarben, -
 substanzverluste
 141
 Schädigungsfolge 32, 346
 mittelbare 265
 Seborrhoisches Ekzem 348
 Seelische Begleiterscheinungen
 58, 140, 261, 375
 Seelische Störungen *siehe*
 psychische Störungen
 Segelspalte 217
 Sehbehinderung 28, 72, 120,
 187, 407, 410, 463
 Sehbehinderung, hochgradige 72,
 120, 468
 Seminom 294
 Seminoms 293
 Senk-Spreiz-Fuß 396
 Senkung
 Gebärmutter 313
 Scheide 313
 Sensibilitätsstörungen
 Finger 27
 Gesicht 141
 Sharp-Syndrom 102
 Silikose 227
 Sitzbeinabstützung 390
 Sklerodermie 349
 Skoliose 373
 Skotome 113, 200
 Somatoforme Störungen 172
 Sonographie 26, 30
 Soziale Anpassungsschwierigkei-
 ten . 167, 171, 173, 174,
 180, 211, 365
 Sozialgesetzbuch (SGB) .. 3, 71,
 405
 Sozialmedizin, Zusatzbezeich-
 nung 15
 Sozialversicherungsträger 16, 19
 Sozialämter 16
 Spastiker 464
 Speichelfistel 215
 Speichelsekretionsstörung .. 215
 Speichennervschaden 388
 Speichenschäden 386

- Speiseröhrenersatz 252
 Speiseröhrengleithernie 279
 Speiseröhrenkrankheiten 251
 Speiseröhrenstenose 251
 Speiseröhrentumor 252
 Sphinkterprothese, Harnblase
 290
 Spina bifida 182
 Spinalkanalstenose 372
 Spirographie . *siehe* Spirometrie
 Spirometrie 25, 223, 224
 Spondylarthritiden 372
 Spondylitis ankylosans 357
 Spondylolisthesis 372, 377
 Spondylose, Spondylarthrose
 372
 Sprachaudiogramm 29
 Sprachstörungen .. 29, 165, 204,
 422, 434, 455
 Sprechstörungen ... 29, 215, 220
 Spreizfuß 361, 396
 Sprue 258
 Sprunggelenkschäden 380
 Stammzelltransplantation . *siehe*
 Blutstammzelltrans-
 plantation
 Status asthmaticus 228, 230
 Stecksplitter
 Herz 244
 Knochen, Muskel 356
 Lunge 226
 Stenose
 Aortenklappe 240
 bei künstlicher Harnablei-
 tung 290
 Darm 257
 Harnröhre 282
 Magenausgang 253
 Speiseröhre 251
 Spinalkanal 372
 Stoma 261
 Trachea 220, 326
 Sterilität 292, 305, 309, 312,
 313, 338
 Steuerfreie Einnahmen 7
 Steuerliche Nachteilsausgleiche 7
 Still-Syndrom 102
 Stimmbandlähmung 221
 Stinknase 213
 Stoffwechselkrankheiten 93, 315
 Stomakomplikationen 257
 Stottern 221
 Strabismus 198
 Straßenverkehrsgesetz .. 10, 547
 Straßenverkehrsordnung 10, 487
 Stressinkontinenz 289, 313
 Striktur
 Harnröhre 287
 Speiseröhre 251
 Struma 326
 Stumpf, sehr kurzer ... 383, 390
 Stumpferkrankheiten 59, 379
 Stumpfverhältnisse 27, 379, 390
 Ständige Begleitung .. 7, 79, 427
 Substanzen
 psychotrope *siehe*
 Abhängigkeit
 Substanzverluste am knöchernen
 Schädel 141
 Suchtkrankheiten 179
 Synkopale Anfälle 30, 149
 Synovialektomie 355
 Szintigraphie 30

T

Tabelle der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde . . . 208

Tabelle der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 197

Tachykardien, paroxysmale . 244

Tagesschläfrigkeit 154

Talgdrüsenkrankheit 348

Tandem-Romberg 29

Taubblind 9

Taubheit 7, 78, 83, 89, 204, 205, 405, 407, 410, 415, 421, 431, 436, 437, 455, 463

Teilentfernung
 Darm 255
 Magen 253

Teillähmungen . . . 150, 182, 389, 397

Testikuläre intraepitheliale Neoplasie 294

Tetanie 327

Thalassämie 341

Thrombophilie 342

Thrombose 247, 272

Thrombozytenaggregationshemmer 335

Thrombozythämie 335

Thrombozytopenie 331, 334

Tibialislähmung 397

Tinnitus 29, 203, 211

Tod 58

Tonaudiogramm 29

Torticollis spasmodicus 150

Totalentfernung
 Gebärmutter 305

Magen 254

 Schilddrüse 326

Trachealstenose 220

Tracheostoma 220, 420

Traktionsdivertikel 251

Transfusionsbedürftigkeit . . . 339

Transplantation 464

 Herz 243, 417, 472

 Hornhaut 201

 Knochenmark 340, 412

 Leber 272

 Lunge 228

 Niere 277, 284

Trigeminusneuralgie . . . 141, 213

Trophische Störungen . 245, 389, 397

Tränenwege 199

Tuberkulose 233, 464

Tumoren, benigne
 Gehirn 155

Tumoren, maligne
 Allgemeines 33, 36, 56, 101, 129, 139

 Augen 201

 Bauchspeicheldrüse 276

 Blutbildende Organe . . . 332

 Bronchien 228

 Brustdrüse 301

 Darm 258

 Eierstock 309

 Gallenblase 275

 Gallenwege 275

 Gebärmutter 305

 Gehirn 155

 Harnblase 288

 Haut 353

 Hoden 293, 294

 Kehlkopf 220

- Knochen 356
 Leber 272, 274
 Lunge 228
 Lymphome 329
 Magen 254
 Nieren 284
 Nierenbecken 284
 Penis 291
 Plasmozytom 331
 Prostata 295, 297
 Scheide 314
 Schilddrüse 326
 Speiseröhre 252
 Vulva 314
 Typ-I-Allergie 102
 Typische Berufskrankheit ... 52
- U**
- Überfunktion der Schilddrüse
 326
 Überprüfung von Gutachten 17,
 37
 Ulcus cruris .. *siehe* Insuffizienz,
 venöse
 Ulcus jejuni pepticum 254
 Ulnarislähmung 389
 Unentgeltliche Beförderung .. 6,
 405, 427, 432, 437
 Unfallversicherung, gesetzliche 5
 Ungeeignete Formulierungen 32,
 37
 Ungünstige Stumpfverhältnisse
 59, 388, 390
 Unterarmdrehbeweglichkeit . 385
 Unterarmpseudarthrose 386
 Unterarmschäden 385
 Unterarmverlust 383
- Unterberger 29
 Untere Gliedmaßen
 Brüche 393
 Nervenschäden 397
 Schäden 389
 Verlust 11, 27, 72, 389, 547
 Unterfunktion der Schilddrüse
 326
 Unterkieferpseudarthrose ... 216
 Unterkieferteilverlust 216
 Unterschenkelgeschwüre 248
 Unterschenkelschäden . 390, 395
 Unterschenkelverlust 11, 27, 72,
 390, 547
 Untersuchung, gutachtliche .. 23
 Untersuchungsmethoden 25
 Ureterabgangsstenose 282
 Urethritis 286
 Urethrozystoskopie 26, 31
 Urinal 288
 Urodynamische Untersuchungen
 26
 Urographie 26
 Ursache 35, 55, 123
 Urtikaria 348
- V**
- Vaginalfisteln 313
 Vaginaltumor 314
 Vagotomie 253
 Varikozele 293
 Varizen 247
 Varizen, Ösophagus- 271
 Vaskulitiden 355, 356
 Vasomotorische Störungen . 149,
 251
 Vegetative Anfälle 30, 149

- Vegetative Dystonie 33
 Vegetative Störungen..... 145
 Venenerkrankungen 247
 Veranstaltungen, öffentliche 464,
 465, 469
 Verbiegung der Wirbelsäule 372
 Verengung der Harnröhre... 287
 Verengung der Nasengänge . 213
 Verengung der Speiseröhre . 251
 Verhaltensstörungen bei Kin-
 dern 87,
 167
 Verkürzung
 Arm 385
 Bein 393
 Verletzungsfolgen 27
 Verrenkungen
 habituelle 379, 394
 Hüfte 392
 Kniescheibe 394
 Schulter 384
 Verschiebung der Wesensgrund-
 lage 123
 Verschleißerscheinungen
 Gliedmaßen 355
 Wirbelsäule 355, 372
 Verschlusskrankheiten, arteriel-
 le .. 245, 373, 406, 414,
 452
 Vertrauensschutz 125
 Verwachsungen
 Bauchfell 260
 Brustfell 226
 Verwaltungsentscheidungen .. 38
 Rücknahme von- 125
 Verwaltungsvorschrift zur Stra-
 ßenverkehrsordnung 10,
 487
 Veränderungen im Alter 55
 Vestibulometrie 29
 Visuelle Agnosie 114
 Vitiligo 353
 Vitium cordis 91, 239
 Vollremission. 329–331, 333, 338
 Vorfall
 Bandscheibe 372
 Gebärmutter 313
 Mastdarm 260
 Scheide 313
 Vorgeschichte 23
 Vorsteherdrüsenentzündung 295
 Vorsteherdrüsentumor 295
 Vulvaentfernung 314
 Vulvatumor 314
 Völlige Erwerbsunfähigkeit .. 52
- W**
- Wadenbeinnervschaden 397
 Wadenbeinpseudarthrose ... 395
 Warzenfortsatzaufmeißelung 141
 Wasserbruch 293
 Wegstrecken im Ortsverkehr . 7,
 405, 418, 425, 472
 Weichteilverletzungen . 362, 372
 Weitsichtigkeit 187
 Werbungskosten 8
 Werkstatt für Behinderte... 163
 Wesensgrundlage, Verschiebung
 der 123
 Wesentliche Änderung der Ver-
 hältnisse . 35, 106, 125,
 218, 311
 Wirbelgleiten *siehe*
 Spondylolisthesis
 Wirbelsäule 355, 357

Wirbelsäulenschäden 372,
374–376

Zystoskopie 26, 31
Zytostatische Therapie 101, 359
Zöliakie 104, 105, 258

Y

Y-Prothese 247

Z

Zahnschema 27

Zahnschäden 27, 216

Zehenverlust 391

Zehenversteifung 396

Zerebrale Anfälle *siehe*
Epileptische Anfälle

Zerebrale Lähmungen 150

Zeugungsunfähigkeit 292

Zirrhose der Leber 223, 271,
316, 325

Zirrhose, primär biliäre 274

Zisternenpunktion 31

Zivildienst 20

Zuckerkrankheit. *siehe* Diabetes
mellitus

Zumutbar 232, 464, 477, 488

Zungenfunktionsstörungen .. 215

Zusatzbezeichnung ‚Sozialmedi-
zin‘ 15

Zustimmung zu diagnostischen
Maßnahmen 31

Zwangskrankheit 172

Zwerchfellbrüche 279

Zwerchfeldefekte 280

Zwölffingerdarmgeschwürsleiden
253

Zystektomie 288, 290

Zystennieren 282

Zystische Fibrose 95, 325

Impressum

Herausgeber

Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmmedizinisch tätigen
Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr

Vorsitz 2022: Herr Dipl.-Med. Thomas Kästner
Leitender Arzt
Landesamt für Soziales und Versorgung
Brandenburg
Lipezker Str. 45
03048 Cottbus

Stand: Dezember 2022

Internet: [Link zum Arbeitskompendium](#)
oder
<https://rp-giessen.hessen.de/>
-> Soziales -> Soziale Angelegenheiten -> Schwerbehindertenrecht
-> Schwerbehinderung, Anträge und Infomaterial
-> Arbeitskompendium Band I

Bezug: Der Bezug ist nur über die Internetadresse als PDF möglich.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.

Band 1

Der Band 1 des Arbeitskompendiums der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr beschreibt den aktuellen Stand der versorgungsmedizinischen Grundsätze zur Bewertung der Teilhabebeeinträchtigungen nach dem Schwerbehindertenrecht.

Grundlage stellt die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) dar. Erweitert und ergänzt sind die Gesetzestexte mit dem Wortlaut der bisher erlassenen Änderungsverordnungen, den Beschlüssen der Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmedizinisch tätigen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr sowie den aktuell relevanten Auszügen aus den Niederschriften des Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim BMAS (bis Dezember 2008).

Aus dem Inhalt:

- **Leitlinien zur Begutachtung**
- **Allgemeine Grundsätze**
- **GdS/GdB-Tabelle**
- **Merkmale**

Der Band 2 des Arbeitskompendiums befasst sich mit den Grundlagen der Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht. Berücksichtigung finden hier in besonderer Weise die nicht in die VersMedV übernommenen wichtigen Begutachtungsgrundlagen aus den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) bis zur Ausgabe 2008.