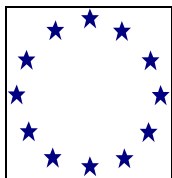




*Europäische
indikative Tabelle zur
Bewertung der
Beeinträchtigung der
physischen und
psychischen
Integrität*

25. MAI 2003



INHALT

	Präambel	3
	Danksagungen	9
I.	Nervensystem	11
	Neurologie	13
	Psychiatrie	17
	Sensomotorische Defizite	18
II.	Sensorisches System und Stomatologie	21
	Augenheilkunde	23
	HNO	26
	Zahnheilkunde	28
III.	Knochen-Gelenksystem	29
	Obere Gliedmaße	31
	Untere Gliedmaße	40
	Wirbelsäule	46
	Becken	48
IV.	Kardio-respiratorisches System	49
	Herz	51
	Atmungssystem	52
V.	Gefäßsystem	55
	Arterien	57
	Venen	57
	Lymphsystem	57
	Milz	58
VI.	Verdauungssystem	59
	Hepato-Gastroenterologie	61
VII.	Harnsystem	63
VIII.	Fortpflanzungssystem	67
IX.	Endokrines System	71
X.	Hautsystem	75
	Tiefgehende Verbrennungen, pathologische Vernarbungen	77
	Stichwortverzeichnis	79

PRÄAMBEL

WAS FÜR EINE BEWERTUNG NACH TABELLE SPRICHT

In allen Staaten der Europäischen Union beruht die Bewertung und Entschädigung körperlicher Schäden heute wie in der Vergangenheit auf einem Konsens innerhalb der Gesellschaft und unter den Gesetzgebern, der einem gesellschaftlichen Grundverständnis entspricht.

In der Regel gibt es Gesetze und Gesetzbücher, in denen die Grundsätze knapp und bündig aufgeführt sind, während die konkreten Modalitäten der Rechtsprechung und der Doktrin überlassen bleiben.

Bei der umfassenden Entschädigung im Rahmen des allgemeinen Haftungsrechts ist zwischen Vermögensschaden (materiellem Schaden) und Nichtvermögensschaden (immateriellem Schaden) zu unterscheiden.

Vermögensschäden haben eine medizinische und eine ergologische Dimension. Sie bedürfen einer an die konkrete Situation gebundenen Bewertung und lassen sich daher nicht in einer Tabelle erfassen.

Nichtvermögensschäden sind nicht in Geld oder geldwerten Gütern ausdrückbare Schäden. Sie sind von persönlichem Charakter und bedeuten eine Beeinträchtigung der üblichen Tätigkeiten des täglichen Lebens, die jeder vom Aufstehen bis zum Schlafengehen unabhängig von einer Berufsausübung verrichtet. Sie führen zu einer Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität.

Gesundheitliche Schäden, die zu einem Nichtvermögensschaden führen, betreffen den Menschen im Rahmen von Handlungen, die im Wesentlichen bei jedem Menschen gleich sind. Gleiche Gesundheitsschäden haben daher faktisch gleiche Auswirkungen auf das tägliche Leben. So liegt es nahe, sie auch auf gleicher Grundlage zu bewerten. Schäden dieser Art eignen sich deshalb zu einer Bewertung auf tabellarischer Grundlage.

Unser jetziges System ist nicht perfekt, lässt aber in der Praxis dennoch eine relativ reproduzierbare Bewertung zu. Dies liegt daran, dass es sich direkt oder indirekt um ein tabellarisches System handelt.

In den meisten Staaten der Europäischen Union begnügen sich die Sachverständigen nicht mit einer reinen Beschreibung. Warum ist das so? Weil die Umsetzung einer solchen Beschreibung durch den Entscheidungsträger stets eine Interpretation beinhaltet und jede Interpretation das Risiko der Verfälschung birgt, vor allem dann, wenn die Beschreibung eines Sachverständigen eines gegebenen Staates von einem Entscheidungsträger eines anderen Staates verwendet wird. In der Tat dürfen die durch Sprache und Fachterminologie aufgeworfenen Probleme nicht unterschätzt werden. Es erscheint daher sinnvoll, einen synthetischen und präziseren Ansatz zu verwenden, indem jeder gesundheitlichen Schädigung ein Beeinträchtigungsgrad, verbunden mit einer Erläuterung, zugeordnet wird, denn *„als Gutachter tätig zu sein, heißt zuhören, beobachten, messen, verstehen und dann erläutern, um verstanden zu werden“*.

Ein System von Beeinträchtigungsgraden aber bedeutet, dass aus Gründen der Gleichheit und Gerechtigkeit – für gleiche gesundheitliche Schädigungen gleiche Beeinträchtigungsgrade und gleiche Entschädigungen – eine Bewertungstabelle entwickelt werden muss.

Wenn an den vorhandenen Tabellen Kritik geübt wird, so vor allem wegen ihrer Unwissenschaftlichkeit. In der Tat sind die darin angegebenen Beeinträchtigungsgrade lediglich die gerichtlich akzeptierten Beeinträchtigungsgrade, es sind also „Tabellen des Gewohnheitsrechts“.

Aber sie haben den Vorteil, dass sie sich den Fortschritten in Therapie und Rehabilitation, in den Verfahren zur Objektivierung und Quantifizierung sowie in unseren Erkenntnissen über die Entwicklung von Traumapatienten anpassen lassen.

Außerdem ist nicht sicher, ob in einer rein „wissenschaftlichen“ Tabelle auch wichtige gesellschaftliche und kulturelle Besonderheiten berücksichtigt werden könnten, so wie es bei den gegenwärtigen nationalen Tabellen implizit geschieht. Diese Besonderheiten unterscheiden sich in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht wesentlich. Doch wäre es vorstellbar, dass die Europäer eine Bewertungstabelle entwickeln, die für andere Zivilisationen annehmbar ist und umgekehrt?

WARUM WIR EINE EUROPÄISCHE TABELLE BRAUCHEN

Die Europäische Union will bei Vermögensschäden an dem Grundsatz festhalten, dass sie voll zu ersetzen sind, und bei Nichtvermögensschäden die Entschädigung auf der Grundlage einer Tabelle voranbringen.

Eine Harmonisierung der Modalitäten der finanziellen Entschädigung hat nur dann einen Sinn, wenn der Verlust eines bestimmten Organs oder einer bestimmten Funktion überall in der Europäischen Union gleich bewertet wird, wenn ein und dieselbe gesundheitliche Schädigung überall gleich quantifiziert wird.

Eine reproduzierbare Bewertung, bei der unterschiedliche Gutachter in unterschiedlichen Ländern bei gleichen Schädigungsbilanzen zu gleichen Ergebnissen gelangen, setzt zwingend die Anwendung einer europaweit einheitlichen Tabelle voraus.

Bei der Harmonisierung des Schadensersatzes und der diesem vorausgehenden Bewertung dürfen die der Kultur der jeweiligen Staaten zugehörigen Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. Harmonisieren muss daher immer heißen, nichts vorzuschlagen, was für die Akteure des Wandels inakzeptabel wäre, und sich dabei im Klaren zu sein, dass kein Lösungsvorschlag jeden von ihnen voll zufrieden stellen wird.

Ein nationaler Verband oder ein Akademikerteam allein wäre mit der Arbeit an einer europäischen Tabelle überfordert gewesen. In der Tat bedurfte es hierzu eines Rahmens, der das Anwendungswissen über die einzelnen nationalen Tabellen mit der Beachtung der sich aus dem Grundverständnis einer Gesellschaft ergebenden Besonderheiten verbindet. Es wurde daher beschlossen, mit dieser Aufgabe eine europaweit organisierte und agierende Einrichtung zu betrauen, bei der man erwarten konnte, dass sie konsensorientiert arbeitet und die Destabilisierung eines Systems verhindern würde, das gegenwärtig trotz seiner Unzulänglichkeiten funktioniert. Die Wahl fiel auf die Confédération Européenne d'Experts en Réparation et Evaluation du Dommage Corporel (CEREDOC), der Hochschulprofessoren und hochrangige Sachverständige für Entschädigung und Bewertung aus verschiedenen europäischen Staaten angehören. Das CEREDOC-Team sicherte sich die Mitarbeit namhafter Fachärzte, die als Gutachter tätig sind. Hinzu kam die Kompetenz nationaler Dachorganisationen sowie von Hochschulprofessoren, die seine Arbeit validierten.

GRUNDLAGEN UND GRUNDSÄTZE DER EUROPÄISCHEN BEWERTUNGSTABELLE

Eine einheitliche Tabelle muss sich auf allseitig akzeptierte Konzepte stützen. Diese wurden auf dem von Willi ROTHLEY, Stellvertretender Vorsitzender des Rechtsausschusses des Europäischen Parlaments, initiierten 1. Europäischen Verkehrsrechtstag im Juni 2000 in Trier festgelegt (Trier I).

Die Ärzte rechnen an, objektivieren und quantifizieren, ohne die Grenzen ihrer fachlichen Kompetenz zu überschreiten, wobei sie wissen, dass der Mensch als ein sehr komplexes Wesen nicht immer perfekt in einen von Juristen festgelegten Rahmen passt.

Die Aufgabe des ärztlichen Gutachters besteht darin, zum einen die medizinisch feststellbaren und/oder erklärbaren Beeinträchtigungen des Menschen zu quantifizieren und zum anderen eine fachliche Stellungnahme zu einer abschließend aufgeführten Zahl möglicher besonderer Schädigungen abzugeben.

Bewertungsgrundlage ist die Bewertung der medizinisch feststellbaren – also messbaren – Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Integrität.

Eine reproduzierbare Bewertung rein subjektiv empfundener Beeinträchtigungen, die zwar medizinisch erklärbar (plausibel), aber nicht medizinisch feststellbar (nicht messbar) sind, ist nur dann möglich, wenn für sie ein einheitlicher Beeinträchtigungsgrad gilt. Hier gilt das Prinzip: Was nicht objektiviert werden kann, kann auch nicht abgestuft werden.

Zu einer Bewertung bedarf es einer Einheit und eines Systems. Damit sich die europäischen Gutachter und Experten nicht zu sehr umgewöhnen mussten, fiel die Wahl auf ein prozentuales System, wie es in der Rechtsmedizin allgemein üblich ist.

Trier I hat die Beeinträchtigung der physischen und psychischen Integrität (BPPI) definiert als

medizinisch feststellbare oder erklärbare endgültige Verringerung des physischen und/oder psychischen Potenzials, zu der Schmerzen und psychische Auswirkungen, von denen der Arzt weiß, dass sie in der Regel im Zusammenhang mit der Schädigung auftreten, sowie die objektiven Auswirkungen auf das tägliche Leben, die in der Regel mit dieser Schädigung verbunden sind, hinzukommen.

Der Grad der BPPI (kurz Beeinträchtigungsgrad) ist

die auf ein theoretisch erreichbares Maximum von 100 % bezogene Größenordnung der von einer Person (deren Schädigungen damit quantifiziert werden) empfundenen Schwierigkeit, die normalen Handlungen des außerberuflichen täglichen Lebens vorzunehmen, d.h. die Größenordnung ihrer „persönlichen Beeinträchtigung“.

Das BPPI-Prozent

ist keine Maßeinheit, sondern eine Einheit zur Bewertung eines Zustands als Ergebnis der Einbeziehung unterschiedlicher Erscheinungen, die mithilfe unterschiedlicher Instrumente gemessen und daher in unterschiedlichen Maßeinheiten ausgedrückt werden, sowie einer intuitiven Meinung, die auf Erfahrung und der Kunst basiert, Unwägbarkeiten zu erfassen.

Die Bewertung nach Tabelle schließt somit eine gewisse Berücksichtigung personenspezifischer Aspekte nicht aus. Der Arzt erklärt, wie sich die Schädigungen auf das tägliche Leben auswirken, und legt dann einen Beeinträchtigungsgrad fest. Dieser quantifiziert nicht nur die endgültigen Schädigungen, sondern berücksichtigt und erfasst auch, da die Angabe in Prozent lautet und ein Prozent eine zusammengesetzte Angabe ist, die unterschiedlichen Faktoren, die den vielleicht wesentlichen „nicht messbaren“ Teil der Beeinträchtigung ausmachen, welcher die besondere Situation der begutachteten Person widerspiegelt, die somit implizit mitbewertet wird.

Im Falle eines vorbestehenden Schädigungszustands, der sich infolge eines Unfalls, der Gegenstand des Gutachtens ist, ändert, sind die Beschreibung und Erläuterung unabdingbare Ergänzungen des Beeinträchtigungsgrades, da dieser nur einen relativen Wert hat. Bei einem prothetisch gut versorgten Beinamputierten, der durch den Unfall Paraplegiker wird, reicht es nicht aus, die Differenz zwischen dem Beeinträchtigungsgrad nach dem Unfall und dem Beeinträchtigungsgrad davor zu bilden, um den Schaden zu ermitteln: Der Schaden ist der Unterschied, der im täglichen Leben erlebt wird, und dieser Unterschied muss beschrieben werden.

Es gibt viele Schädigungssituationen, die alle wesentliche Auswirkungen auf das tägliche Leben haben. Ein Beeinträchtigungsgrad von 100 % bei einem Menschen bedeutet daher nicht, dass dieser alle seine Funktionen verloren hätte. Wurde ein Beeinträchtigungsgrad festgesetzt, dann ist die Restfunktionalität mit Sicherheit nicht die Differenz zwischen 100 % und diesem Beeinträchtigungsgrad, sondern sie ist erheblich größer.

Über die BPPI hinaus sind zuweilen besondere Schädigungen anzuerkennen. Dazu gehören ästhetische Schädigungen, sexuelle Schädigungen (außer Fortpflanzung), außergewöhnlich starke Schmerzen und Beeinträchtigungen spezifischer Freizeitaktivitäten.

Zuweilen werden noch andere Schädigungen geltend gemacht, die sich aber entweder mit den BPPI überschneiden (und nur künstlich davon unterschieden werden) oder in keiner Weise in die Zuständigkeit des Mediziners fallen.

Diese besonderen Schädigungen sind nicht Gegenstand dieser Tabelle.

Wie der Betroffene eine Schädigung erlebt, auf sie reagiert, hängt in hohem Maße von seiner Persönlichkeitsstruktur ab. Es ist ein sehr persönliches Erleben. Ist es pathologisch, dann wird es in den IT und in der BPPI berücksichtigt. Ist es nicht pathologisch, dann ist es weder nachweisbar, noch messbar: Da es nicht „medizinisch“ ist, kann der Mediziner hier nicht weiterhelfen.

Einige Beeinträchtigungsgrade, die in der indikativen Tabelle vorgeschlagen werden (Verlust eines Auges, unilaterale Nephrektomie) wurden auf der Grundlage festgelegt, dass eine eventuelle Verschlechterung des Zustands des jeweils verbliebenen paarigen Organs, die bei der Feststellung der Beeinträchtigung nicht vorhersehbar war, zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt werden kann. Ebenso hat eine Endoprothese keine unbegrenzte Lebensdauer. Die Gesetzgebung muss daher Zukunftsreserven oder ein Verfahren bei Verschlechterung vorsehen, was heute nur in einigen Staaten der Fall ist.

Da es nicht möglich ist, die Anatomie und Physiologie des Menschen und die Festigkeit der Werkstoffe nach den Wünschen der Gesetze und der Juristen zu ändern, muss es möglich sein, die Gesetze an unabänderliche Realitäten anzupassen.

WIE DIE EUROPÄISCHE TABELLE ENTSTANDEN IST

Der Ausgangspunkt war, dass für gleiche Organe, gleiche Funktionen und gleiche Standard-Beeinträchtigungsstufen einer Funktion in allen Staaten gleiche Werte gelten müssen. Diese gleichen Werte oder Beeinträchtigungseckwerte bilden das Skelett der europäischen Tabelle.

Eine Wertehierarchie der Organe und Funktionen zu entwickeln, wäre nicht sinnvoll, dies wäre ein rein empirisches Vorgehen. Hingegen ist es möglich, eine Hierarchie der einzelnen Teile eines Organs bzw. der Beeinträchtigungsstufen einer bestimmten Funktion zu entwickeln, indem untersucht wird, wie diese sich objektiv auf das Alltagsleben auswirken.

Durch Beobachtung gelangt man zu der Feststellung, dass der Schaden stufenweise (in Sprüngen) zunimmt und nicht nach einem mathematischen Gesetz. Eine Tabelle hat daher nur einen Wert, wenn Beobachtungen und Messungen vorgenommen werden.

Bei der Festlegung der Beeinträchtigungseckwerte wurde daher wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde durch Beobachtung und Messung die gesundheitliche Schädigung eingekreist. Anschließend wurde die Schädigung prozentual quantifiziert, indem ihr je nach ihren Auswirkungen auf die Handlungen des täglichen Lebens ein Beeinträchtigungsgrad zugeordnet wurde. Diese Art der Ermittlung der Funktionsbeeinträchtigung ist für Gutachter, die noch kein Tabellensystem verwenden, leicht verständlich, ohne dass es dem rechtsmedizinischen Verständnis derer widerspricht, die ein solches System verwenden.

Auf diese Weise wurden Werte für Amputationen und Werte für funktionelle Totalausfälle (z.B. Ankylose eines Gelenks) sowie Von-bis-Spannen für bestimmte funktionelle Teilausfälle festgelegt. Bei der

Zuordnung der jeweiligen Beeinträchtigungsgrade wurde den üblichen Werten Rechnung getragen, die heute in den einzelnen Staaten anerkannt sind, wobei vorher jede Schädigungssituation mit anderen Schädigungssituationen gleichen Ausmaßes verglichen wurde.

Teilschädigungen sind je nach dem verursachten Defizit ausgehend von dem für den Totalverlust geltenden Beeinträchtigungsgrad zu bewerten.

Bestimmten Beeinträchtigungen, insbesondere solchen, die den sexuellen Bereich betreffen (bilaterale Mastektomie, Penisamputation) wurden Beeinträchtigungsgrade zugeordnet, die recht hoch erscheinen mögen. Sie tragen aber dem europäischen soziokulturellen Kontext Rechnung, der bei der Bewertung nicht außer Acht gelassen werden durfte.

Um zu große Disparitäten zu vermeiden, musste für vertikale Kohärenz innerhalb jeder untersuchten Funktion, aber auch für horizontale Kohärenz gesorgt werden, indem für gleich hohe Beeinträchtigungsgrade die klinischen Zustandsbilder und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben verglichen wurden.

WIE DIE EUROPÄISCHE BEWERTUNGSTABELLE ANZUWENDEN IST

Die europäische Tabelle ist weder ein Leitfaden der medizinischen Schadensbegutachtung noch ein Bewertungshandbuch. Sie wurde ausschließlich für den Gebrauch von Experten entwickelt, die mit den Grundsätzen der medizinischen Schadensbegutachtung vertraut sind und wissen, wie hinsichtlich des Vorzustands und von Mehrfachbeeinträchtigungen zu verfahren ist.

Es ist keine sehr umfangreiche Tabelle, doch sie enthält die wichtigsten Eckwerte für die Beeinträchtigungen der einzelnen Organe und Funktionen. Dennoch ist sie ausreichend detailliert, um in der Zukunft vielleicht als Referenztable für Personenversicherungen dienen zu können.

Bei einigen Schädigungen (z.B. im Bereich Augenheilkunde, HNO, Zahnheilkunde usw.) muss ein Facharzt hinzugezogen werden. Der bewertende ärztliche Gutachter muss in dem Bericht des von ihm hinzugezogenen fachärztlichen Sachverständigen alle technischen Daten und sonstigen Angaben vorfinden, die es ihm erlauben, sich zur Anrechnungsfähigkeit und Quantifizierung der Beeinträchtigungen eine Meinung zu bilden.

Die vorgeschlagenen Beeinträchtigungsgrade beziehen sich auf das Individuum in seiner Gesamtheit. Sie quantifizieren nicht ein Defizit im Verhältnis zu der mit 0 % bewerteten Integrität einer Funktion oder eines Organs.

Diese Beeinträchtigungsgrade beziehen sich auf einzeln betrachtete Schädigungen.

Im Falle von Mehrfachschädigungen ist der Gesamtbeeinträchtigungsgrad nicht unbedingt die Summe der einzelnen Beeinträchtigungsgrade, denn in Abhängigkeit davon, ob die Schädigungen ein und dieselbe Funktion betreffen (synergische Schädigungen) oder nicht (nichtsnergische Schädigungen), ist die Berechnung unterschiedlich.

Die Tabelle enthält keine pseudomathematische Formel, sondern baut auf das klinische Gespür, den gesunden Menschenverstand und den Realismus des bewertenden Arztes.

- Bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Schädigungen, die ein Glied oder Organ an unterschiedlicher Stelle betreffen, ist der Gesamtbeeinträchtigungsgrad nicht die Summe der

einzelnen Beeinträchtigungsgrade, sondern die Resultante ihres Zusammenspiels (Synergie), wobei gilt, dass er niemals größer sein kann als der Beeinträchtigungsgrad, der für den Totalverlust des betreffenden Glieds oder Organs gilt.

- Bei gleichzeitig bestehenden synergischen Schädigungen, die verschiedene Glieder oder Organe betreffen, muss die Gesamtbeeinträchtigung der Funktion bewertet werden.
- Bei nichtsynergischen Mehrfachbeeinträchtigungen muss der Gesamtbeeinträchtigungsgrad kleiner sein als die Summe der einzelnen Beeinträchtigungsgrade, da es ansonsten häufig vorkäme, dass der höchstmögliche Beeinträchtigungsgrad von 100 % überschritten wird, obwohl die geschädigte Person offensichtlich noch eine Restfunktionalität hat. In diesem Fall muss der Zustand des Opfers mit klinischen Standardsituationen mit bekanntem BPPI-Grad verglichen werden. Vor allem aber muss unbedingt die konkrete Situation erläutert werden, die polymorph ist und nicht auf einen abstrakten, von seinem Kontext losgelösten Beeinträchtigungsgrad reduziert werden kann.

Die Tabelle liefert keine fertigen Zahlen, sondern verlangt ein klinisches Herangehen an die Schädigungen und eine Analyse der Folgen, die sich daraus objektiv im täglichen Leben ergeben. Diese globale Erfassung der Schädigungsbilanz verlangt zwingend eine Erläuterung, aus der sich der BPPI-Grad ergibt.

Beispielsweise gibt es in der Tabelle keinen Beeinträchtigungsgrad für die Laryngektomie: Hier muss quantifiziert werden, wie sich die Dyspnoe und die Aphonie bzw. Dysphonie insgesamt auf die tägliche Lebensführung auswirken (für jede dieser Schädigungen gibt die Tabelle einen Beeinträchtigungsgrad an).

Der Beeinträchtigungsgrad für eine posttraumatische Ankylose des Ellenbogengelenks bei einer ipsilateral handamputierten Person ist natürlich nicht so groß wie der für dieselbe Ankylose bei einer Person, die die betreffende Hand noch hat.

Die Tabelle ist weitestgehend funktionsorientiert angelegt. So gibt sie z.B. für Amputationen der unteren Gliedmaßen Beeinträchtigungsgrade an, die sich auf ordnungsgemäß prothetisch versorgte Amputationen beziehen, denn dies ist in der Praxis der Regelfall. In der Tat könnte ja die betreffende Person, außer vielleicht im Falle einer fußnahen Amputation, ohne Prothese weder stehen, noch gehen. Ist die Prothese nicht effizient oder ist sie im Gegenteil außergewöhnlich effizient, so können sich diese Beeinträchtigungsgrade ändern.

Ebenso gilt für jede Funktion, dass bei einer Verbesserung der Funktionsstörung durch die Versorgung des Patienten mit einer Prothese, Orthese oder einem anderen technischen Hilfsmittel die Funktionsstörung unter Berücksichtigung dieser Verbesserung zu bewerten ist.

Die Bewertung nicht beschriebener Befunde erfolgt durch den Vergleich mit beschriebenen und quantifizierten Befunden.

Ausnahmesituationen und Situationen, die nur theoretisch vorkommen, weil sie bei dem derzeitigen Stand unserer therapeutischen Möglichkeiten eigentlich undenkbar sind, wurden absichtlich nicht berücksichtigt.

Die Tabelle will nur anleiten und schreibt nichts vor.

Wenn es um die Festlegung eines sehr hohen BPPI-Grades geht, kann gar nicht genug betont werden, dass diese Tabelle nur einen indikativen Charakter aufweist.

Der Beeinträchtigungsgrad sollte stets erläutert werden. Bei schweren Schädigungen ist eine Erläuterung zwingend geboten.

WEITERE ENTWICKLUNG

Eine europäische Beobachtungsstelle, der auch CEREDOC-Mitglieder angehören, wird dafür sorgen, dass die Tabelle laufend überarbeitet wird, um eingehende Anmerkungen, begründete Kritiken, Anwendungsprobleme, neue Erkenntnisse und Bewertungsmethoden zu berücksichtigen.

Die europäische Tabelle wird also, wie es schon 1987 Professor Marino BARGAGNA schrieb, „so etwas wie eine unendliche Geschichte“ sein. Die Gruppe, die an ihr gearbeitet hat, wird dem inzwischen verstorbenen Professor ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Pierre LUCAS (Belgien),
Vorsitzender der CEREDOC,
Koordinator der „ROTHLEY-Gruppe“ zur Ausarbeitung der europäischen Bewertungstabelle

im Namen der Mitarbeiter
der Arbeitsgruppe und Mitglieder des Exekutivkomitees der CEREDOC',
der Damen und Herren Professoren und Doktoren:

BOROBIA César, Spanien
CANNAVÓ Giovanni, Italien
GUISCAFFRE-AMER Juan, Spanien
HUGUES-BÉJUI Hélène, Frankreich
SAUCA Carlos, Spanien
STEHMAN Michel, Belgien
STRECK Walter, Deutschland
VIEIRA Duarte Nuno, Portugal

¹ Confédération Européenne d'Experts en Evaluation et Réparation du Dommage Corporel
Via Livenza, 25 PISA – ITALIA – Tel +39.0508312083 – Fax +39.0508310049 – e-mail info@ceredoc.it –
www.ceredoc.it

Unser Dank gilt den folgenden Damen und Herren Professoren und Doktoren für ihre wertvolle Unterstützung und ihren Beitrag zur Qualität dieser Arbeit

ÁLVAREZ Luis Miguel, Spanien
ALVARO DIAS João, Portugal
ANCIAUX Pierre, Frankreich
ARBARELLO Paolo, Italien
AVATO Francesco, Italien
BEAUTHIER Jean-Pol, Belgien
BEINE Lucien, Belgien
BÉJUI-HUGUES Jacques,
Frankreich
BUCELLI Claudio, Italien
BUU-HOÏ Patrick, Frankreich
CANALE Marcello, Italien
CANDAELE Patrick, Belgien
CANTALOUBE Daniel, Frankreich
CASTELLA Josep, Spanien
CHIKHANI Luc, Frankreich
CHODKIEWICZ Jean-Paul,
Frankreich
CHOUAIB Raymond, Frankreich
CHOUTY Fabrice, Frankreich
COBO Germán, Spanien
CORDIER Bernard, Frankreich
CORTE-REAL Francisco, Portugal
COURTAT Philippe, Frankreich
DALPHIN Jean-Charles, Frankreich
DAUPLEIX Denis, Frankreich
DE FERRARI Francesco, Italien
DEVOS René, Belgien
DIONOT Thierry, Frankreich
DUPUY Pierre, Frankreich
ELBAZ Pierre, Frankreich
FIORI Angelo, Italien
FOELS Alain, Frankreich
FOYATIER Jean-Louis, Frankreich
GANDJBAKHCH Iradj, Frankreich
GERONA José Luis, Spanien
GHERON Gérard, Frankreich

GUEGUEN Bernard, Frankreich
HAERTIG Alain, Frankreich
HAMARD Henry, Frankreich
JANOT Christian, Frankreich
JENOUDET Louis-Pierre,
Frankreich
JONCKHEER Ludo, Belgien
KEMPENEERS Philippe, Belgien
KLEIN Marcel, Frankreich
LATIL Gérard, Frankreich,
LATINI Elide, Italien
LEFEVRE Raymond, Frankreich
LEFRANC Jean-Pierre, Frankreich
LERUT Hugo, Belgien
LESMES Rafael, Spanien
LEVY Gilbert, Frankreich
MAGALHÃES Teresa, Portugal
MALADJIAN Jacques, Frankreich
MARIGO Mario, Italien
MÉTREAU Roselyne, Frankreich
NORELLI Aristide, Italien
NORTH Pierre, Frankreich
PANARESE Fernando, Italien
PEYTRAL Claude, Frankreich
PIRONE Giovanni Maria, Italien
REBELLO Ascensão, Portugal
RICCI Pietrantonio, Italien
RUMILLY André- Georges,
Frankreich
SEPULCHRE Marc-Antoine, Belgien
SOLIGUER Juan, Spanien
SULMAN Thierry, Frankreich
TRICOT Jean-Pierre, Belgien
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italien
VANKERKEM Charles, Belgien
VIGNERON Jean-Robert, Belgien

I. NERVENSYSTEM





I – NERV ENSYS TEM

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Ist in der Tabelle nur das vollständige Defizit angegeben, dann sind die partiellen Schädigungen je nach dem vorgefundenen Defizit ausgehend von dem für den Totalverlust geltenden Beeinträchtigungsgrad zu bewerten.

A) NEUROLOGIE

a) Motorische und sensomotorische Schädigungen

Komplette Tetraplegie, je nach Höhe <ul style="list-style-type: none">• von C2 bis C6• unterhalb von C6	95 % 85 %
Komplette Hemiplegie <ul style="list-style-type: none">• mit Aphasie• ohne Aphasie	90 % 75 %
Komplette Paraplegie, je nach Höhe	70 bis 75 %
Komplettes Cauda-Syndrom, je nach Höhe	25 bis 50 %

b) Kognitive Störungen

Bei der Analyse neuropsychologischer Defizitsyndrome muss Bezug auf eine genaue Semiotik genommen werden. Das so genannte Frontalhirnsyndrom entspricht in der Tat Einheiten, die heute klar definiert sind und deren Defizite in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung sehr vielgestaltige klinische Zustandsbilder ergeben.

Die Bewertung des Beeinträchtigungsgrads muss daher unbedingt auf präzisen fachärztlichen Bilanzen basieren, die die Korrelation zwischen den ursprünglichen Läsionen und den Daten der klinischen und paraklinischen Prüfungen herstellen.

1) Echtes Frontalhirnsyndrom

Stark ausgeprägte Form mit Realitätsfremdheit und großen Einordnungsproblemen in Familie und Gesellschaft	60 bis 85 %
Schwere Form mit Veränderungen des instinktiven Verhaltens, Antriebslosigkeit, affektiven Störungen, schwieriger Einordnung in Familie und Gesellschaft	35 bis 60 %
Mittelschwere Form mit partieller Gemütsverlangsamung, Merkschwäche, affektiven Störungen und Auswirkungen auf die Einordnung in Familie und Gesellschaft	20 bis 35 %
Leichte Form mit Zerstreuung, Langsamkeit, Problemen, sich Dinge zu merken und komplexe Strategien zu entwickeln. Wenig oder keine Probleme bei der Einordnung in Familie und Gesellschaft	10 bis 20 %

2) Kommunikationsstörungen

Starke Aphasie mit Kauderwelsch-Aphasie, Alexie, gestörtes Sprachverständnis	70 %
Leichte Form: Wortfindungs- und Nachsprechstörungen, Paraphasie, bei intaktem Sprachverständnis	10 bis 30 %

3) Gedächtnisstörungen

Korsakow-Syndrom , vollständig	60 %
Kombination von: häufigem Vergessen, dadurch bedingt häufig Probleme im täglichen Leben und Notwendigkeit, im täglichen Leben Erinnerungshilfen zu verwenden, falsches Wiedererkennen, ggf. Konfabulationen, Lernschwierigkeiten, Erinnerungsschwierigkeiten	10 bis 60 %

Totaler oder partieller Verlust des Lernwissens:

Für die Einschätzung des Beeinträchtigungsgrades gilt derselbe Maßstab wie bei Gedächtnisstörungen.

4) Leichte kognitive Störungen

Falls kein echtes Frontalhirnsyndrom vorliegt oder nur eine einzelne kognitive Funktion beeinträchtigt ist, können nach mehr oder weniger schweren Hirntraumata in einigen Fällen objektivierbare Beschwerden verbleiben. Das Beschwerdebild unterscheidet sich vom postkommotionellen Syndrom und ist gekennzeichnet durch:

Aufmerksamkeitsstörungen , Verlangsamung der ideatorischen Prozesse, Merkschwäche, leichte Ermüdbarkeit bei geistiger Anstrengung, Empfindlichkeit gegen laute Geräusche, affektive Instabilität (über 2 Jahre anhaltend)	5 bis 10 %
--	-------------------

5) Demenz

Dass es posttraumatische Demenz gibt, ist nicht bewiesen. Die so genannte Demenz des „Alzheimer-Typs“ und die senile Demenz sind niemals posttraumatisch.

c) Kognitiv-sensomotorische Mischdefizite

Solche Mischdefizite sind charakteristisch für schwere Schädelhirntraumata. Häufig treten in Kombination Frontalhirndysfunktionen, kognitive Defizite, Verhaltensstörungen, pyramidale Syndrome und/oder zerebrale Syndrome sowie sensorische Störungen (Hemianopsie, Okulomotoriuslähmung usw.) auf; die diesen zugrundeliegenden Läsionen können durch bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden.

Es ergeben sich in unterschiedlicher Kombination klinische Bilder, die je nach Person unterschiedlich sind. Anders als bei Schädigungen, die sich trennen und individuell bewerten lassen, ist es hier nicht möglich, genaue Beeinträchtigungsgrade vorzuschlagen. Ein Mischdefizit muss als Ganzes bewertet werden.

Im Rahmen der medizinischen Schadensbegutachtung können jedoch je nach dem Gesamtdefizit mehrere Schweregrade anerkannt werden.

Totalausfall der Fähigkeit zum selbstbestimmten sinnvollen Handeln , keine erkennbare Beziehungsfähigkeit	100 %
Stark ausgeprägte sensomotorische Defizite , die die Autonomie in sehr erheblichem Maße einschränken, in Kombination mit kognitiven Defiziten, die Beziehungen zu anderen unmöglich machen	85 bis 95 %
Stark ausgeprägte kognitive Störungen , vor allem Enthemmung und schwere Verhaltensstörungen, die jede Sozialisierung verhindern, zwar kombiniert mit sensomotorischen Defiziten, jedoch bei Erhaltung der Autonomie für die wesentlichen Handlungen des täglichen Lebens	60 bis 85 %
Kognitive Störungen mit permanenten Störungen der Konzentrations- und Gedächtnisleistung , teilweiser oder vollständiger Antriebslosigkeit und/oder Verlust der Fähigkeit zur Selbstkritik, Unfähigkeit, komplexe Situationen zu bewältigen, zwar kombiniert mit patenten sensomotorischen Defiziten, jedoch bei Erhaltung der Autonomie für die Handlungen des täglichen Lebens	40 bis 60 %
Kognitive Störungen mit offensichtlicher Verlangsamung der ideatorischen Prozesse, patentem Gedächtnisdefizit, Problemen bei der Entwicklung komplexer Strategien, kombiniert mit leichten sensomotorischen Defiziten	20 bis 40 %

d) Epilepsie

Ohne Nachweis der Realität des Schädelhirntraumas und der Realität der Anfälle kann ein Beeinträchtigungsgrad nicht vorgeschlagen werden. Außerdem muss abgewartet werden, bis sich die spontan auftretenden Störungen stabilisiert haben und der Patient auf die Behandlung angesprochen hat, was einer gewissen Zeit bedarf.

1) Epilepsien mit Störung des Bewusstseins

(generalisierte Anfälle und komplex-fokale Anfälle)

Unkontrollierbare Epilepsie (trotz einer auf den Patienten abgestimmten und von ihm eingehaltenen Therapie) mit eindeutigen, fast täglich auftretenden Anfällen	35 bis 70 %
Schwer kontrollierbare Epilepsie mit häufigen Anfällen (mehrmals im Monat) und Nebenwirkungen durch die Behandlung	15 bis 35 %
Gut kontrollierte Epilepsie (durch eine gut tolerierte Behandlung)	10 bis 15 %

2) Epilepsien ohne Störung des Bewusstseins

Einfach-fokale Anfälle (ordnungsgemäß nachgewiesen) je nach Anfallstyp und Anfallhäufigkeit sowie nach den Nebenwirkungen der Behandlung	10 à 30 %
---	------------------

Anomalien im EEG allein rechtfertigen die Diagnose posttraumatische Epilepsie nicht. Maßgebend für die Diagnosestellung sind erwiesene Anfälle.

e) **Postkommotionelles Syndrom**

Nicht objektivierbare Beschwerden nach erwiesenem Bewusstseinsverlust	2 %
---	------------

f) **Deafferenzierungsschmerzen**

Es handelt sich um Schmerzen in Verbindung mit einer Schädigung des peripheren Nervensystems, die ohne nozizeptive Stimulation empfunden werden und mehrere klinische Typen betreffen:

Anaesthesia dolorosa, messerstichartige Schmerzattacken, Hyperpathie (z.B. Phantomschmerz in amputierter Gliedmaße oder Trigeminusneuralgie).

Hier handelt es sich um „außergewöhnliche Schmerzen“ die im Verzeichnis der Schädigungen nicht erfasst und daher im BPPI-Grad nicht berücksichtigt sind. Sie stellen eine Nebenschädigung dar.

*Es erscheint jedoch gerechtfertigt, sie mitzuwerten, indem zu dem BPPI-Grad für das betreffende Defizit **5 bis 10 %** hinzugerechnet werden.*

B) PSYCHIATRIE

(unter Bezugnahme auf die Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV)

a) Anhaltende affektive Störungen

Bei posttraumatischen physischen Läsionen mit schweren Folgen, die eine komplexe Langzeitbehandlung erfordern, kann sich auf Dauer ein psychischer Schmerzzustand in Form anhaltender affektiver Störungen (*depressive Verstimmung*) einstellen:

Häufige fachärztliche Kontrolle, aufwändige Therapie mit oder ohne Krankenhausaufenthalt	10 bis 20 %
Regelmäßige fachärztliche Kontrolle, gelegentliche Spezialtherapie	3 bis 10 %
Notwendigkeit einer unregelmäßigen ärztlichen Kontrolle, intermittierende Behandlung	Bis zu 3 %

a) Traumatische Neurosen (posttraumatische Belastungsstörung, Angstneurose)

Sie sind die Folge psychischer Manifestationen, die durch die plötzliche, unvorhergesehene Konfrontation einer Person mit einem traumatisierenden Ereignis, das ihre Abwehrfähigkeit übersteigt, hervorgerufen werden.

Der belastende Faktor muss intensiv und/oder lange gewirkt haben.

Das Erlebnis muss im Gedächtnis gespeichert worden sein.

Zur Symptomatologie gehören phobische Angststörungen, Ausweichverhalten, zwanghafte Wiederholung und Charakterstörungen. Die Behandlung sollte sehr früh beginnen; die Bewertung kann erst nach einer Verlaufsdauer von ca. zwei Jahren erfolgen.

Generalisiertes Angstsyndrom	12 bis 20 %
Phobische Angstneurose mit Panikattacken, mit Ausweichverhalten und zwanghafter Wiederholung	8 bis 12 %
Phobische Angstmanifestationen mit Ausweichverhalten und zwanghafter Wiederholung	3 bis 8 %
Geringe phobische Angstmanifestationen	Bis zu 3 %

b) Psychotische Störungen

Da im Prinzip nicht nachgewiesen ist, dass psychotische Störungen traumatisch bedingt sein können, wurden sie nicht in diese Tabelle aufgenommen.

C) SENSOMOTORISCHE DEFIZITE

Es liegt eine Nervenschädigung vor, die zu einer Paralyse (Totalausfall) oder zu einer Parese führt. Diese ist nach ihren objektiv vorhandenen klinischen und praktischen Auswirkungen zu bewerten.

a) Gesicht

Paralyse des Nervus trigeminus <ul style="list-style-type: none"> • unilateral • bilateral 	15 % 30 %
Paralyse des Nervus facialis <ul style="list-style-type: none"> • unilateral • bilateral 	20 % 45 %
Paralyse des Nervus glosso-pharyngeus <ul style="list-style-type: none"> • unilateral 	8 %
Paralyse des Nervus hypoglossus <ul style="list-style-type: none"> • unilateral 	10 %

b) Obere Gliedmaße

	Dominant	Nicht dominant
Komplette Paralyse (Totalausfall des Plexus brachialis)	65 %	60 %
Paralyse des Nervus medianus <u>und</u> des Nervus ulnaris	45 %	40 %
Paralyse des Nervus radialis <ul style="list-style-type: none"> • oberhalb des Trizeps • unterhalb des Trizeps 	40 % 30 %	35 % 25 %
Paralyse des Nervus medianus <ul style="list-style-type: none"> • am Arm • am Handgelenk 	35 % 25 %	30 % 20 %
Paralyse des Nervus ulnaris	20 %	15 %
Paralyse des Nervus axillaris	15 %	12 %
Paralyse des Nervus musculocutaneus	10 %	8 %

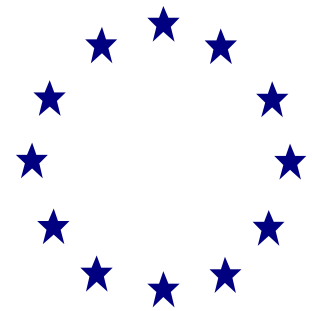
Wegen ihrer Auswirkungen auf die obere Gliedmaße wurden in dieses Kapitel auch die folgenden Schädigungen aufgenommen:

	Dominant	Nicht dominant
Paralyse des Nervus spinalis	12 %	10 %
Paralyse des Nervus thoracicus superior	5 %	4 %

a) Untere Gliedmaße

Komplette Ischiadicus-Paralyse (Totalausfall) <ul style="list-style-type: none">• obere Form (mit Gluteus-Paralyse)• untere Form, unter dem Knie	45 % 35 %
Paralyse des Nervus femoralis	35 %
Paralyse des Nervus fibularis	22 %
Paralyse des Nervus tibialis	22 %
Paralyse des Nervus obturatorius	5 %

II.
SENSORISCHES
SYSTEM
und
STOMATOLOGIE



II. SENSORISCHES SYSTEM UND STOMATOLOGIE

1 – AUGENHEILKUNDE

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

A) SEHVERMÖG EN

a) Totalausfall der Sehfunktion

Totalausfall auf beiden Augen (Blindheit)	85 %
Totalausfall auf einem Auge	25 %

b) Sehschärfeverlust auf beiden Augen, Fern- und Nahsicht

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Blindheit
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Blindheit	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tafel I: Fernsicht

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

Tafel II Nahsicht.

Tafel II kommt nur zur Anwendung, wenn es große Unterschiede zwischen Nahsicht und Fernsicht gibt; in diesem Falle wird das arithmetische Mittel zwischen den beiden Beeinträchtigungsgraden gebildet.

B) GESICHTSFELD

Hemianopsie <ul style="list-style-type: none"> je nach Art, Ausmaß, Beeinträchtigung oder Nichtbeeinträchtigung der Sicht im zentralen Sehfeld 	bis zu 85 %
Quadrantenanopsie <ul style="list-style-type: none"> je nach Art 	bis zu 30 %
Zentralskotom <ul style="list-style-type: none"> bilateral unilateral 	bis zu 70 % bis zu 20 %
Juxtazentrale oder parazentrale Skotome <ul style="list-style-type: none"> bei erhaltenem Sehvermögen in Abhängigkeit davon, ob unilateral oder bilateral 	bis zu 15 %

C) OKULOMOTORIK

Diplopie <ul style="list-style-type: none"> je nach Blickposition, Dauercharakter oder nicht, Notwendigkeit, ein Auge wegen der Doppelbilder vom Sehen auszuschließen 	bis zu 25 %
Okulomotoriusparalyse <ul style="list-style-type: none"> je nach Art 	bis zu 15 %
Innere Motorik <ul style="list-style-type: none"> je nach Art (bis hin zur totalen Aniridie) 	bis zu 10 %
Heterophorie; komplette Konvergenzlähmung	5 %

D) AUGENLINSE

Verlust (Aphakie), korrigiert durch externe Sehhilfe <ul style="list-style-type: none"> bilateral unilateral <p><i>Hinzu kommt der Beeinträchtigungsgrad für den korrigierten Sehschärfeverlust, ohne dass insgesamt 25 % bei unilateraler Schädigung und 85 % bei bilateraler Schädigung überschritten werden.</i></p>	20 % 10 %
Verlust, korrigiert durch Linsenimplantat (Pseudophakie): <ul style="list-style-type: none"> <i>Zu dem Beeinträchtigungsgrad für den Sehschärfeverlust werden je Auge mit Implantat 5 % hinzugerechnet.</i> 	

E) HILFS- und SCHUTZORGANE

Je nach Beeinträchtigung, wobei die schwerste die Ptose mit kampimetrischem Defizit und bilateralem Ausfall der Tränensekretion ist	bis zu 10 %
---	--------------------

2 – HNO

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

A) HÖRVERMÖGEN

a) Hörschärfe

1) Totale Taubheit

bilateral	60 %
unilateral	14 %

2) Schwerhörigkeit

Die Bewertung erfolgt in zwei Schritten:

- Mittlerer Hörverlust

Ermittlung des Tonhörverlusts bei Luftschalleitung, gemessen in Dezibel, bei 500, 1000, 2000 und 4000 Hertz unter Anwendung der Wichtungskoeffizienten 2, 4, 3 bzw. 1.

Die Summe der Hörverluste wird durch 10 geteilt. Es gilt die folgende Tabelle:

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

- Störungen der auditiven Wahrnehmung

Der so ermittelte Beeinträchtigungsgrad wird den Ergebnissen einer Sprachaudiometrie gegenübergestellt, um eventuelle Störungen der auditiven

Wahrnehmung (insbesondere Recruitment) zu berücksichtigen, die die Funktionsbeeinträchtigung erhöhen.

Die folgende Tabelle enthält Vorschläge für die zusätzlichen Beeinträchtigungsgrade, die eventuell in Abhängigkeit von den Ergebnissen der liminalen Tonaudiometrie diskutiert werden können:

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

Wird ein Hörgerät getragen, so wird die Verbesserung bestimmt, indem die Hörkurven mit und ohne Hörhilfe verglichen werden. Es kann ein niedrigerer Beeinträchtigungsgrad angesetzt werden, der aber berücksichtigen muss, dass die Hörhilfe insbesondere in einer lauten Umgebung stört.

a) Tinnitus aurium, isoliert

Sofern traumatisch bedingt	bis zu 3 %
----------------------------	-------------------

B) GLEICHGEWICHTSFUNKTION

Bilaterale Vestibularisschädigung mit objektivierten destruktiven Störungen, je nach Ausmaß	10 bis 25 %
Unilaterale Vestibularisschädigung	4 bis 10 %
Benigne paroxystische Schwindelanfälle	bis zu 4 %

C) NASENATMUNG

Nichttherapierbare Obstruktion <ul style="list-style-type: none"> • bilateral • unilateral 	bis zu 8 % bis zu 3 %
--	----------------------------------

D) GERUCHSSINN einschließlich Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung

Anosmie	8 %
Hyposmie	Bis zu 3 %

E) PHONATION

Aphonie	30 %
Dysphonie, isoliert	bis zu 10 %

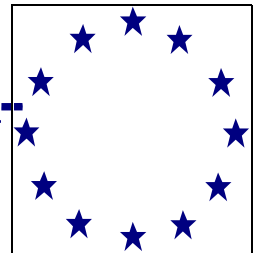
3 – ZAHNHEILKUNDE

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Bei herausnehmbarem Zahnprothesen ist die Hälfte und bei stationären Prothesen sind $\frac{3}{4}$ abzuziehen. Bei Zahnimplantaten entfällt die BPPI.

Totaler Zahnverlust, der nachweislich nicht durch Zahnersatz korrigiert werden kann <i>aufgrund der Auswirkungen auf den Allgemeinzustand</i>	28 %
Verlust eines Zahns, der nicht durch Zahnersatz korrigiert werden kann <ul style="list-style-type: none"> • Dens incisivus oder Dens caninus • Dens praemolaris oder Dens molaris 	1 % 1,5 %
Craniomandibulare Dysfunktionen <ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Mundöffnung gleich oder kleiner als 10 mm • Eingeschränkte Mundöffnung zwischen 10 mm und 30 mm 	25 bis 28 % 5 bis 25 %
Posttraumatische Bissanomalien, <i>je nach Auswirkung auf das Kauvermögen</i>	2 bis 10 %
Amputation des beweglichen Teils der Zunge, <i>aufgrund der Auswirkungen auf das Sprech-, Kau- und Schluckvermögen, je nach Grad der Störungen</i>	3 bis 30 %

III.
KNOCHEN-GELENK-
SYSTEM





III – KNOCHEN- GELENKSYSTEM

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Sowohl für die Gelenke einer Gliedmaße als auch für die Gliedmaße selbst gilt, dass der Gesamtbeeinträchtigungsgrad nicht die Summe der einzelnen Beeinträchtigungsgrade ist, sondern die Resultante ihres Zusammenspiels. Auch darf die Summe der Beeinträchtigungsgrade für sämtliche Ankylosen sämtlicher Gelenke einer Gliedmaße nicht größer sein als der Beeinträchtigungsgrad für den (anatomischen) Totalverlust oder (funktionellen) Totalausfall dieser Gliedmaße.

Bei hochgradigen Versteifungen, die hier nicht systematisch erfasst sind, sind die Werte von dem Beeinträchtigungsgrad für die Ankylose des betreffenden Gelenks abzuleiten.

Bei Endoprothesen der Großgelenke ist zu berücksichtigen, dass keine Endoprothese die Reizempfangs- und Erfolgswirkung (Propriozeption) wiederherstellt und eine Endoprothese für die betreffende Person im täglichen Leben immer mit bestimmten Zwängen verbunden ist. Daher rechtfertigt das Vorhandensein einer Endoprothese prinzipiell einen Beeinträchtigungsgrad von 5 %.

Fällt das funktionelle Ergebnis objektiv nicht zufrieden stellend aus, dann gilt, dass diese prinzipiellen Nachteile der Endoprothese durch die Nachteile des Funktionsdefizits bereits abgedeckt sind; ein zusätzlicher Beeinträchtigungsgrad ist daher nicht gerechtfertigt.

A) OBERE GLIEDMAßE

(außer Hand und Finger)

a) Amputation

Die Möglichkeiten der prothetischen Versorgung sind heute noch nicht so, dass die Funktion der oberen Extremität wirklich ersetzt wird, denn die Prothese vermittelt dem Patienten kein Gefühl. Falls eine Verbesserung vorliegt, wird der Gutachter dies im konkreten Einzelfall berücksichtigen, indem er von dem im Folgenden vorgeschlagenen Beeinträchtigungsgrad einen angemessenen Wert abzieht.

	Dominant	Nicht dominant
Totalamputation der oberen Extremität	65 %	60 %
Amputation des Arms (Schulter beweglich)	60 %	55 %
Amputation des Unterarms	50 %	45 %

b) Ankylosen und Versteifungen

1) Schulter

Es gibt sechs Grundbewegungen der Schulter, die in Kombination die Schulterfunktion gewährleisten. Jede dieser Bewegungen ist für die Handlungen des täglichen Lebens von Bedeutung.

Die drei wichtigsten Bewegungen sind Anteversion, Abduktion und Innenrotation; es folgen Außenrotation, Retroversion und Adduktion. Beeinträchtigungen der Retroversion und der Adduktion haben relativ geringe Auswirkungen und erscheinen deshalb in der folgenden Tabelle nicht gesondert. Sie sind jedoch bei der Berechnung der Beeinträchtigungsgrade für die Begrenzung der anderen Bewegungen als wichtiger Faktor zu berücksichtigen.

- **Ankylosen**

	Dominant	Nicht dominant
Arthrodesse oder Ankylose in Funktionsstellung		
• bei fixierter Scapula	30 %	25 %
• bei freier Scapula	25 %	20 %

- **Versteifungen**

	Dominant	Nicht dominant
Begrenzung der Anteversion und der Abduktion bei 60 ° <ul style="list-style-type: none"> • bei Totalausfall der Rotation • falls alle anderen Bewegungen komplett 	22 % 18 %	20 % 16 %
Begrenzung der Anteversion und der Abduktion bei 90 ° <ul style="list-style-type: none"> • bei Totalausfall der Rotation • falls alle anderen Bewegungen komplett 	16 % 10 %	14 % 8 %
Begrenzung der Anteversion und der Abduktion bei 130° <ul style="list-style-type: none"> • falls alle anderen Bewegungen komplett 	3 %	2 %
Ausfall der Innenrotation, isoliert	6 %	5 %
Ausfall der Außenrotation, isoliert	3 %	2 %

2) Ellenbogen

Von praktischem Nutzen ist lediglich die Mobilität zwischen 20 und 120 Grad Flexion. Die Bewegungen außerhalb dieses Sektors haben nur sehr geringe Auswirkungen auf das tägliche Leben

Die im Folgenden angegebenen Beeinträchtigungsgrade betreffen daher nur Defizite in diesem praktisch genutzten Sektor.

Der Gutachter bewertet das Extensions- und das Flexionsdefizit insgesamt, wobei die entsprechenden Beeinträchtigungsgrade obligatorisch integriert – nicht addiert – werden. Ein gegebenenfalls vorhandenes Defizit bei Pronation/Supination ist zusätzlich zu berücksichtigen.

- **Ankylosen**

	Dominant	Nicht dominant
Arthrodeuse oder Ankylose in Funktionsstellung		
<ul style="list-style-type: none"> • bei erhaltener Pronation/Supination • bei ausgefallener Pronation/Supination 	<p>24 %</p> <p>34 %</p>	<p>20 %</p> <p>30 %</p>

- **Versteifungen**

	Dominant	Nicht dominant
Flexion komplett und Extension		
<ul style="list-style-type: none"> • begrenzt ab über 90° • begrenzt bei 90° • begrenzt bei 20° 	<p>15 %</p> <p>12 %</p> <p>2 %</p>	<p>12 %</p> <p>10 %</p> <p>1 %</p>
Extension komplett und Flexion		
<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 120° • bis zu 90° • darüber hinaus 	<p>2 %</p> <p>12 %</p> <p>15 %</p>	<p>1 %</p> <p>10 %</p> <p>12 %</p>

3) Isolierte Beeinträchtigung der Pronation/Supination

- **Ankylosen**

	Dominant	Nicht dominant
Ankylose in Funktionsstellung	10 %	8 %

- **Versteifungen**

	Dominant	Nicht dominant
Steife im Pronationssektor	0 bis 6 %	0 bis 5 %
Steife im Supinationssektor	0 bis 4 %	0 bis 3 %

4) Handgelenk

Der praktisch genutzte Mobilitätssektor erstreckt sich von 0 bis 45 Grad für Flexion und von 0 bis 45 Grad für Extension. Die Bewegungen außerhalb dieses Mobilitätssektors haben nur sehr geringe Auswirkungen auf das tägliche Leben. Dies gilt auch für die radiale Deviation.

- **Ankylosen**

	Dominant	Nicht dominant
Arthrodeese oder Ankylose in Funktionsstellung		
<ul style="list-style-type: none"> • bei erhaltener Pronation/Supination • bei ausgefallener Pronation/Supination 	<p>10 %</p> <p>20 %</p>	<p>8 %</p> <p>16 %</p>

- **Versteifungen**

	Dominant	Nicht dominant
Steifen im praktisch genutzten Sektor		
<ul style="list-style-type: none"> • Flexionsdefizit • Extensionsdefizit 	<p>0 bis 4 %</p> <p>0 bis 6 %</p>	<p>0 bis 3 %</p> <p>0 bis 5 %</p>
Ausfall der kubitalen Deviation	1,5 %	1 %

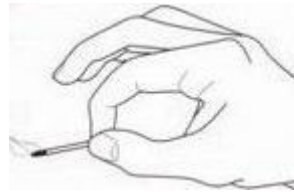
B HAND

Die wichtigste Funktion der Hand ist das Greifen. Sie hängt von der effizienten Ausführung der wichtigen Greiffunktionen (Griffarten) ab. Dies setzt Finger voraus, die ausreichend lang, beweglich und sensibel sind.

Der Gutachter nimmt zunächst eine analytische Untersuchung der Hand vor.
Anschließend prüft er zur Untermauerung seines Befunds, ob die sechs grundlegenden Griffarten ausgeführt werden können (siehe Abbildung).

Bei Diskrepanz muss sorgfältig nach den Gründen gesucht und gegebenenfalls der betreffende BPPI-Grad korrigiert werden, wobei die absolute Grenze der Verlust der Funktionalität der betreffenden Finger ist.

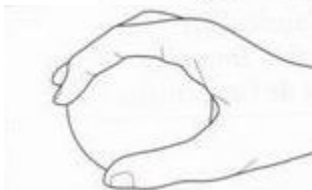
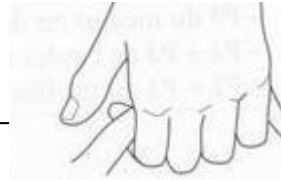
WICHTIGSTE GRIFFARTEN



Zylindergriff
Schlüsselgriff

Spitz- oder Zangengriff

Lateral- oder



Dreipunkt- oder Schreibgriff

Hakengriff

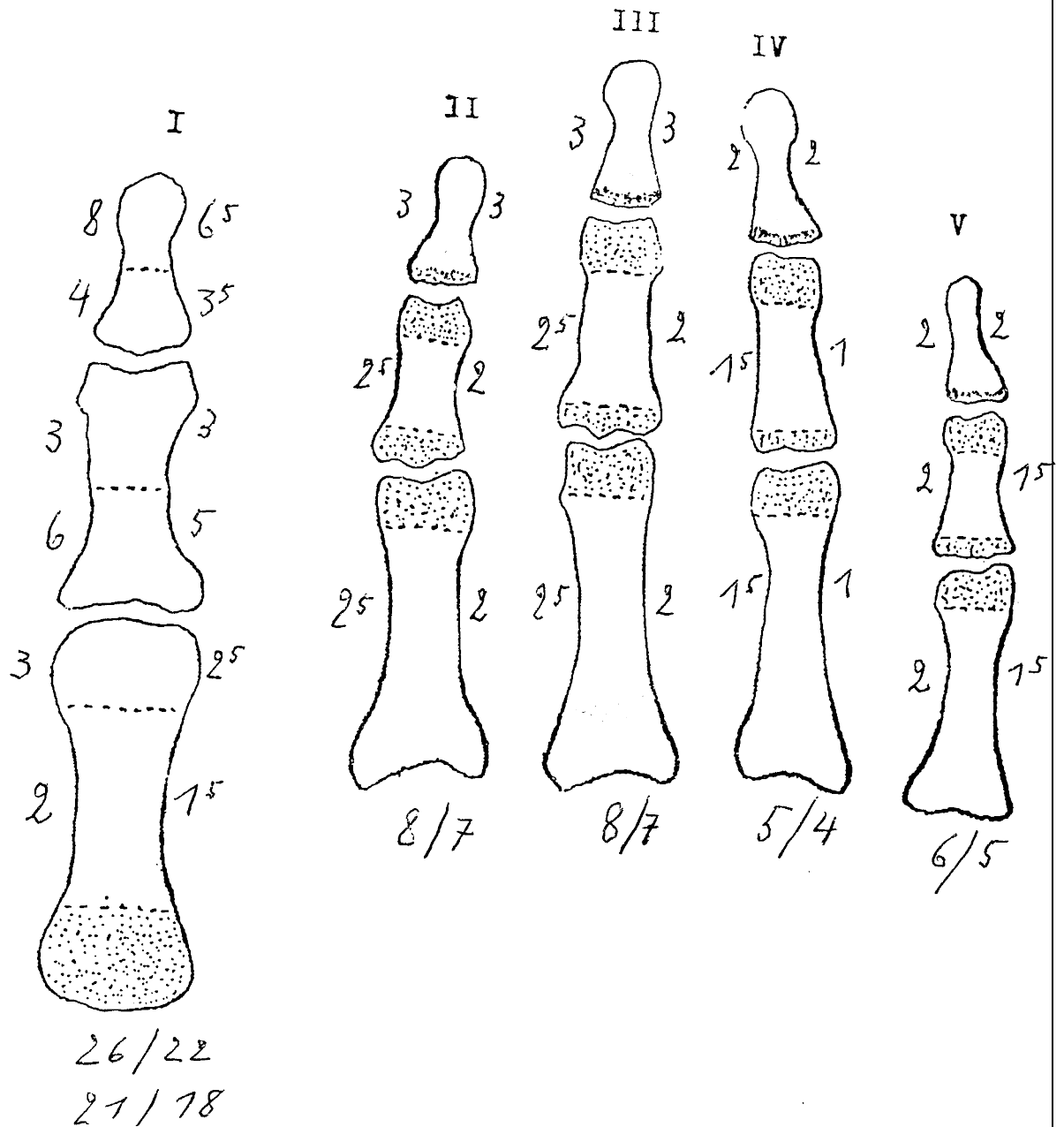
Sphärengriff

a) Amputationen

1) Amputation der ganzen Hand

	Dominant	Nicht dominant
Amputation der ganzen Hand	50 %	45 %

2) Amputation der Finger



Für dieses Schema gilt:

- Die punktierten Teile haben den Wert null.
- Der jedem Segment zugeordnete Beeinträchtigungsgrad gilt für das Segment insgesamt.
- Der partielle Verlust eines Segments berechnet sich im Verhältnis zum Totalverlust.

In den vorgesehenen Beeinträchtigungsgraden sind sensitive, vaskuläre und leichte trophische Störungen berücksichtigt, von denen der Arzt weiß, dass sie bei Fingeramputationen gewöhnlich auftreten.

- Amputation des **Daumens (und seines Metacarpale)** oder der Finger: *siehe Schema der Hand*
- Amputation eines **Fingers, ganz oder teilweise**: siehe Beeinträchtigungsgrad im Schema.
- Amputation **mehrerer Finger** (kombiniert): *Die einfache Addition der Beeinträchtigungsgrade pro Finger reicht nicht aus, da damit das Zusammenspiel der Finger (Synergie) nicht berücksichtigt wird. Die Synergie unterscheidet sich je nach der Anzahl der betroffenen Finger:*
 - *Verlust von 2 Fingern: einfache Addition plus 45 % des berechneten Beeinträchtigungsgrades*
 - *Verlust von 3 Fingern: einfache Addition plus 65 % des berechneten Beeinträchtigungsgrades*
 - *Verlust aller 4 Finger: einfache Addition plus 45 % des berechneten Beeinträchtigungsgrades*
- Amputation des **Daumens**:

	Dominant	Nicht dominant
Verlust von MC + P1 + P2	26 %	22 %
Verlust von P1 + P2	21 %	18 %
Verlust von P2	12 %	10 %

- Amputation des Daumens und eines Fingers/mehrerer Finger: Der Begriff „Daumen“ bezieht sich hier nur auf P1 + P2.

Würde man den Beeinträchtigungsgrad für den verlorenen Daumen und den Beeinträchtigungsgrad für die Gesamtheit der verlorenen Finger (letzterer unter Berücksichtigung der Synergie zwischen den Fingern berechnet) einfach addieren, dann ergäbe sich ein zu hoher Gesamtbeeinträchtigungsgrad, denn der Wert, der dem Daumen im Schema der Hand zugeordnet wurde, gilt nur in Bezug auf intakte Finger. Sind die Finger nicht intakt, dann verringert sich der Synergiewert des Daumens.

Daher ist zunächst einfach zu addieren (Beeinträchtigungsgrad für den Daumen + Beeinträchtigungsgrad für die Finger und ihre Synergie) und anschließend ein Abzugskoeffizient anzuwenden. Für letzteres gilt:

- *Verlust des Daumens und von 1 Finger: 0 % (Minderung des Synergiewerts zu gering, um bei der Berechnung berücksichtigt zu werden)*
- *Verlust des Daumens und von 2 Fingern: – 5 %*
- *Verlust des Daumens und von 3 Fingern: – 10 %*
- *Verlust des Daumens und aller 4 Finger: – 20 %*

Bei zusätzlichem Verlust des Metacarpale I ändert sich der endgültige Beeinträchtigungsgrad kaum, denn ein Metacarpale I allein hat nur einen geringen Wert.

Was die anderen Metacarpalen anbelangt, so ist ihr Einfluss auf den Gesamtbeeinträchtigungsgrad gering, aber unterschiedlich, denn je nach Fall kann ihre Resektion wünschenswert sein oder aber der Zustand verändert sich etwas.

b) Ankylosen, Arthrodesen und Versteifungen

Sind mehrere Finger zugleich betroffen, dann kommen die Koeffizienten zur Anwendung, die für die Synergie zwischen den Fingern sowie für die Beeinträchtigungen des Daumens in Kombination mit einem oder mehreren Fingern gelten: siehe hierzu weiter oben.

1) Ankylosen

Gewöhnlich wird die Articulatio carpometacarpalis pollicis (Daumen) mit A0 bezeichnet; für alle anderen Finger ist A1 die Articulatio metacarpophalangea, A2 die Articulatio interphalangea proximalis, A3 die Articulatio interphalangea distalis. Für die Finger ist die Funktionsstellung eine Flexion von 20 bis 30°. Für den Daumen ist die Funktionsstellung eine Abduktion und Anteversion von A0 und eine geringe Flexion von A1 und A2.

- **Ankylose des Daumens in Funktionsstellung**

Die Ankylose von A0, A1 und A2 ergibt einen Beeinträchtigungsgrad von unter 75 % des Wertes für den Daumen, der für Ankylosen der Finger gilt. Damit wird die besondere Funktion des Daumens berücksichtigt, denn bei dieser Ankylose ist noch eine gewisse Opposition möglich.

	Dominant	Nicht dominant
A0 + A1 + A2	16 %	14 %
A0	8 %	7 %
A1	4 %	3,5 %
A2	4 %	3,5 %
A1 + A2	8 %	7 %

- Ankylose **sämtlicher Gelenke eines Fingers**

In Funktionsstellung: 75 % des Wertes für den Verlust des Daumens, da noch die Sensibilität vorhanden ist und der Finger noch begrenzt genutzt werden kann.

	Dominant	Nicht dominant
Zeigefinger	6 %	5 %
Mittelfinger	6 %	5 %
Ringfinger	4 %	3 %
kleiner Finger	4,5 %	4 %

In *ungünstiger Position*
zu sehr gekrümmt

	Dominant	Nicht dominant
Zeigefinger	8 %	7 %
Mittelfinger	8 %	7 %
Ringfinger	5 %	4 %
kleiner Finger	6 %	5 %

zu sehr gestreckt

	Dominant	Nicht dominant
Zeigefinger	7 %	6 %
Mittelfinger	7 %	6 %
Ringfinger	4,5 %	3,5 %
kleiner Finger	5 %	4 %

- Ankylose **eines oder zweier Gelenke eines Fingers**

Beeinträchtigungsgrad für die Ankylose sämtlicher Gelenke des betreffenden Fingers, verringert um 1/3 bzw. 2/3.

2) Versteifungen

Der Beeinträchtigungsgrad für die Steife berechnet sich im Verhältnis zu dem Beeinträchtigungsgrad für die Ankylose, wobei für jedes Gelenk der genutzte Mobilitätssektor zugrunde gelegt wird.

Der genutzte Mobilitätssektor ist für Finger:

- *A1 und A2: Zeige- und Mittelfinger: 20 bis 80°; Ringfinger und kleiner Finger: 30 bis 90°*
- *A3: 20 bis 70°*

Der genutzte Mobilitätssektor für die Gelenke des Daumens liegt im Bereich ihrer Funktionsstellung.

c) Sensibilitätsstörungen auf der Handinnenfläche

Sensibilitätsstörungen auf dem Handrücken haben keine Auswirkungen auf die Handfunktion; ein BPPI-Grad ist daher nicht gerechtfertigt.

In den vorgesehenen Beeinträchtigungsgraden sind leichte Parästhesien und trophische Störungen berücksichtigt, von denen der Arzt weiß, dass sie bei kleinen Neuromen infolge von Nervendurchtrennung in der Regel auftreten.

Sind mehrere Finger zugleich betroffen, dann kommen die Koeffizienten zur Anwendung, die für die Synergie zwischen den Fingern sowie für die Beeinträchtigungen des Daumens in Kombination mit einem oder mehreren Fingern gelten: siehe hierzu weiter oben.

1) Anästhesie: 75 % des Beeinträchtigungsgrades, der für den anatomischen Verlust des/der betreffenden Fingersegments/Fingersegmente gilt.

2) Hypästhesie: je nach Ausmaß und Lokalisierung der Hypästhesie und je nach dem betroffenen Finger (Ausführung der Griffarten) 50 % bis 75 % des Beeinträchtigungsgrades, der für den anatomischen Verlust des/der betreffenden Fingersegments/Fingersegmente gilt.

B) UNTERE GLIEDMAßE

a) Amputationen

Nach einer Amputation der unteren Gliedmaße, ausgenommen bei einer fußnahen Amputation, ist der Patient nicht in der Lage zu gehen oder zu stehen. Die vorgeschlagenen Invaliditätsgrade gelten für Patienten, die ordnungsgemäß prothetisch versorgt sind. Bei nicht zufrieden stellender prothetischer Versorgung schätzt der Facharzt den Beeinträchtigungsgrad in Abhängigkeit von der Verträglichkeit der Prothese und dem

Hüftexartikulation oder Amputation im oberen Bereich des Oberschenkels ohne Möglichkeit der prothetischen Versorgung	65 %
Einseitige Hüftexartikulation oder Amputation im oberen Bereich des Oberschenkels ohne Abstützung durch das Sitzbein	60 %
Oberschenkelamputation	50 %
Knieexartikulation	40 %
Unterschenkelamputation	30 %
Amputation am oberen Sprunggelenk	25 %
Amputation, mediotarsal bzw. transmetatarsal	20 %
Amputation sämtlicher Zehen und des ersten Mittelfußknochens	12 %
Amputation der großen Zehe und des ersten Mittelfußknochens	10 %
Amputation der zwei Glieder der großen Zehe	6 %

damit erzielten Ergebnis ein. Dabei darf der Beeinträchtigungsgrad der zugrunde liegenden Amputation nicht überschritten werden.

b) Ankylosen und Gelenkversteifungen

1) Hüfte

Flexion: Bei 90° können die meisten Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden; bei 70° kann der Betreffende sitzen und Treppen steigen; bei 30° kann der Betreffende gehen.

Abduktion: Bei 20° können praktisch alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden.

Adduktion: Hat nur sehr geringe praktische Auswirkungen.

Außenrotation: Nur die ersten 30 Grad sind von Nutzen.

Innenrotation: 10° reichen für die meisten Verrichtungen des täglichen Lebens aus.

Extension: 20° sind für das Gehen und das Treppensteigen von Nutzen.

Die vorgeschlagenen Beeinträchtigungsgrade tragen der Tatsache Rechnung, dass der Schmerz im Hinblick auf die Belastung der Hüfte im täglichen Leben (beim Gehen und Stehen) eine maßgebliche Rolle spielt.

- **Ankylose**

Hüfte	
<ul style="list-style-type: none"> • in gerader Stellung 	30 %

- **Versteifung**

Erhebliche Versteifung mit mehrfacher Einschränkung der Bewegungsfähigkeit

Mit den entsprechenden Begleitsymptomen (röntgenologisch nachweisbar, Myatrophie usw.) schwerwiegender als eine Ankylose	Bis zu 40 %
--	--------------------

Bei ansonsten bestehender Bewegungsfähigkeit

Völliger Verlust der Flexion	17 %
Flexion	
<ul style="list-style-type: none"> • begrenzt auf 30° 	13 %
<ul style="list-style-type: none"> • begrenzt auf 70° 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> • begrenzt auf 90° 	4 %
Völliger Verlust der Extension	2 %
Irreponibles Flexum von 20°	4 %
Völliger Verlust der Abduktion	6 %
Völliger Verlust der Adduktion	1 %
Völliger Verlust der Außenrotation	3 %
Völliger Verlust der Innenrotation	1 %

2) Knie

Flexion: Bei 90° kann die Hälfte der Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden, vor allem die wichtigsten Tätigkeiten (gehen, sich setzen, Treppen steigen usw.); bei 110° können drei Viertel der Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden und bei 135° bestehen diesbezüglich keine Einschränkungen.

Extension: Bei einer um weniger als 10° eingeschränkten Extension können drei Viertel der Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden.

- **Ankylose**

Knie	
<ul style="list-style-type: none"> • in gerader Stellung 	25 %

- **Versteifung**

Flexion	20 %
<ul style="list-style-type: none"> • begrenzt auf 30° • begrenzt auf 50° • begrenzt auf 70° • begrenzt auf 90° • begrenzt auf 110° 	15 % 10 % 5 % 2 %
Eingeschränkte Extension	
<ul style="list-style-type: none"> • um weniger als 10° • um 10° • um 15° • um 20° • um 30° 	0 % 3 % 5 % 10 % 20 %

- **Gelenkinstabilität (ohne Orthese)**

Seitlich	
<ul style="list-style-type: none"> • um weniger als 10° • um mehr als 10° 	0 bis 5 % 5 bis 10 %
Vorn	
<ul style="list-style-type: none"> • isolierte Instabilität • Rotationsinstabilität 	2 bis 5 % 5 bis 10 %
Hinten	
<ul style="list-style-type: none"> • isolierte Instabilität • Rotationsinstabilität 	3 bis 7 % 7 bis 12 %
Komplexe Rotationsinstabilität	10 bis 17 %

- **Achsenabweichungen**

<ul style="list-style-type: none"> weniger als 10° 10 bis 20° mehr als 20° 	G	0 bis 3 % 3 bis 10 % 10 bis 20 %
<ul style="list-style-type: none"> weniger als 10° 10 bis 20° mehr als 20° 	G	0 bis 4 % 4 bis 10 % 10 bis 20 %

- Femur-Patella-Syndrome**

Femur-Patella-Syndrome	0 bis 8 %
------------------------	-----------

- Folgen von Meniskusverletzungen**

Folgen von Meniskusverletzungen	0 bis 5 %
---------------------------------	-----------

3) Knöchel und Fuß

- Tibiotalargelenk**

Bei 20° Plantarflexion kann die Hälfte der Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden, bei 35° können alle entsprechenden Verrichtungen ausgeführt werden.

Bei 10° Dorsalflexion können praktisch alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden.

Der Verlust einiger Grade an Dorsalflexion ist wegen der Beeinträchtigung beim Gehen hinderlicher als ein Verlust der Plantarflexion in derselben Größenordnung.

- **Ankylose**

<ul style="list-style-type: none"> in Funktionsstellung mit beweglichem Vorfuß 	10 %
---	------

- **Versteifungen**

	Völliger Verlust der Plantarflexion	
	Völliger Verlust der Dorsalflexion	
<ul style="list-style-type: none"> • von 0 bis 10° • von 0 bis 20° • von 0 bis 30° 	Plantarflexion	4 % 2 %
<ul style="list-style-type: none"> • von 0 bis 5° • von 0 bis 10° • von 0 bis 15° 	Dorsalflexion	3 % 1 %
	Nicht korrigierbarer Spitzfuß (Pes equinus)	

○ **Instabilität**

Instabilität	2 bis 6 %
--------------	------------------

• **Subtalargelenk**

Valgus: Bei 5° können praktisch alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden.

Varus: Bei 5° kann mehr als die Hälfte der Verrichtungen des täglichen Lebens ausgeführt werden und bei 15° können alle entsprechenden Verrichtungen ausgeführt werden.

Der Verlust des Valgus führt zu einer stärkeren Behinderung als der Verlust des Varus, da die Varus-Ankylose schlechter vertragen wird als die Valgus-Ankylose.

○ **Ankylose**

<ul style="list-style-type: none"> • in gerader Stellung • varus • valgus 	7 % 9% 8%
--	-----------------

○ **Versteifungen**

	Einschränkung um die Hälfte	
	Einschränkung um ein Drittel	

- **Chopart-Gelenk (Articulatio tarsi transversa) und Lisfranc-Gelenk (Articulatio tarsometatarsalis)**

- **Ankylosen**

des Chopart-Gelenks	2%
des Lisfranc-Gelenks	4 %

- **Versteifungen**

	Einschränkung um die Hälfte	
--	-----------------------------	--

- **Zehengrundgelenke (Articulationes metatarsophalangeae)**

- **Ankylosen**

Zehengrundgelenk der großen Zehe, je nach Stellung	2 bis 3%
Ankylosen der zweiten bis fünften Zehe, in gerader Stellung	0 bis 2%

- **Versteifungen**

Bei der Ermittlung des Beeinträchtigungsgrads infolge einer Versteifung richtet sich der Facharzt nach den vorgeschlagenen Graden für Ankylosen.

4) Ankylosen mehrerer Gelenke

Ankylosen mehrerer Gelenke	
<ul style="list-style-type: none"> • Tibiotarsalgelenk und Subtarsalgelenk, Chopart-Gelenk und Vorfuß beweglich 	17%
<ul style="list-style-type: none"> • Tibiotarsalgelenk und Subtarsalgelenk, mit eingeschränkter Beweglichkeit des Chopart-Gelenks und des Vorfußes 	20%
<ul style="list-style-type: none"> • Supratarsalgelenk und Chopart-Gelenk in gerader Stellung, andere Gelenke frei 	9%
<ul style="list-style-type: none"> • Tibiotarsalgelenk, Subtarsalgelenk und Chopart-Gelenk, Vorfuß beweglich 	19%
<ul style="list-style-type: none"> • Tibiotarsalgelenk, Subtarsalgelenk, Chopart-Gelenk und Lisfranc-Gelenk 	23%
<ul style="list-style-type: none"> • idem, mit einer Ankylose der Zehen 	25%

Bis zu 5 cm	
Bis zu 4 cm	
Bis zu 2 cm	
Bis zu 1 cm	

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

a) Halswirbelsäule

1) Ohne neurologische Komplikation

- **Ohne dokumentierte knöcherne oder diskoligamentäre Verletzung**

Intermittierende Schmerzen, die durch immer dieselben genau definierten Ursachen ausgelöst werden und auf Wunsch mit schmerzlindernden und/oder entzündungshemmenden Medikamenten zu behandeln sind, mit minimaler Einschränkung der Beweglichkeit	bis 3 %
--	----------------

- **Mit dokumentierten knöchernen oder diskoligamentären Verletzungen**

Sehr häufige Schmerzen mit permanenten funktionellen Beschwerden, sodass bei sämtlichen Bewegungen Vorsicht geboten ist, nachweisliche Schwindelgefühle und damit einhergehende Kopfschmerzen in der Hinterkopffregion	15 bis 25 %
<ul style="list-style-type: none"> • mit erheblicher Steife in mehreren Etagen, je nach Anzahl der Ebenen • mit Erhalt einer gewissen Beweglichkeit des Nackens 	10 bis 15 %
Häufige Schmerzen mit klinisch objektivierbarer Einschränkung der Bewegungsbreite, reale, aber intermittierende Notwendigkeit der Behandlung	3 bis 10 %
Arthrodeose oder Ankylose ohne Begleitsymptome, je nach Anzahl der Ebenen	3 bis 10 %

2) Mit neurologischen oder vaskulären Komplikationen

Angaben hierzu finden sich im betreffenden Kapitel (Nervensystem).

b) Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule und Lumbosakralgelenk

1) Ohne neurologische Komplikation

- **Ohne dokumentierte knöcherner oder diskoligamentäre Verletzung**

Intermittierende durch genau definierte Ursachen ausgelöste Schmerzen, die auf Wunsch einer geeigneten Behandlung bedürfen und es erforderlich machen, dass große und/oder lang andauernde Anstrengungen vermieden werden, in Verbindung mit einer diskreten segmentalen Versteifung	bis 3%
--	---------------

- **Mit dokumentierten knöchernen oder diskoligamentären Verletzungen**

<p><i>Brustwirbelsäule:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • aktive Versteifung und schmerzbedingte Einschränkung aller Bewegungen in allen Positionen, die einer regelmäßigen Behandlung erforderlich machen • permanente Beschwerden mit Schmerzen zwischen den Schulterblättern, Problemen mit der Statik, Hohlkreuz, Verlust der radiologischen Thoraxkyphose, Behandlung erforderlich 	<p>3 bis 10 %</p> <p>10 bis 15 %</p>
<p><i>Lendenwirbelsäule, Thorakolumbalgelenk und Lumbosakralgelenk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • aktive Versteifung und schmerzbedingte Einschränkung aller Bewegungen in allen Positionen, die eine regelmäßige Behandlung erforderlich machen • sehr häufige Schmerzen mit permanenten Beschwerden, sodass bei sämtlichen Bewegungen Vorsicht geboten ist, erhebliche segmentale Versteifung mit klinisch objektivierbarer Einschränkung der Beweglichkeit • außergewöhnlich ernste klinische und röntgenologische Befunde 	<p>3 bis 10 %</p> <p>10 bis 15 %</p> <p>bis 25 %</p>

2) Mit neurologischen Komplikationen

Angaben hierzu finden sich im betreffenden Kapitel (Schädigung des Rückenmarks).

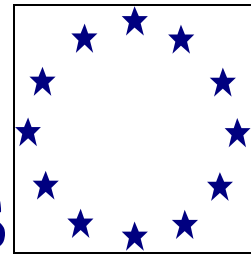
a) Steißbein

Kokzygodynie	bis 3%
--------------	--------

A) Becken

Schmerzen nach einer Sitzbein-Schambeinfraktur	Bis zu 2%
Schmerzen und/oder Instabilität der Schambeinfuge	2 bis 5%
Schmerzen nach einer Kreuzbein-Darmbein-Dislokation oder -Fraktur	2 bis 5%
Schmerzen und Instabilität der Schambeinfuge und des Kreuzbein-Darmbein-Gelenks <ul style="list-style-type: none">• ohne statische Veränderung des Beckens und ohne Beeinträchtigung beim Gehen• mit statischer Veränderung des Beckens und Beeinträchtigung beim Gehen	5 bis 8% 8 bis 18%

IV.
**KARDIO-
RESPIRATORISCHES
SYSTEM**





Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

I - HERZ

Bei der Bezugnahme auf die nachstehende Klassifikation, die sich an der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA) orientiert, stützt sich der Facharzt auf das vom Patienten dargelegte funktionelle Erscheinungsbild, auf dessen klinische Untersuchung und auf verschiedene ergänzende Untersuchungen (EKG, Farbdopplersonographie, Belastungstest, transösophageale Echokardiographie, Herzkatheter usw.).

Wenn es darum geht, die Folgen objektiv zu quantifizieren, kommt der Auswurfraction unter den technischen Daten maßgebliche Bedeutung zu.

Darüber hinaus muss der Facharzt der sich daraus ergebenden Notwendigkeit der Behandlung und Überwachung Rechnung tragen.

a) Kardiologische Folgen

Funktionelle Symptome auch im Ruhezustand , bestätigt durch klinische Daten (Entkleiden, klinische Untersuchung) und paraklinische Daten. Hohe Notwendigkeit der Behandlung, häufig stationär Auswurfraction < 20 %	55 % und mehr
Funktionelle Einschränkungen auch bei geringen Anstrengungen mit Anzeichen für eine Myokardinsuffizienz (Lungenödem) oder in Verbindung mit Komplikationen des großen Kreislaufs oder komplexen Herzrhythmusstörungen mit zwingender Notwendigkeit der Behandlung und strikten Überwachung Auswurfraction 20 % bis 25 %	45 bis 55 %
Idem, mit hoher Notwendigkeit der Behandlung und/oder bei damit einhergehenden Herzrhythmusstörungen Auswurfraction 25 % bis 30 %	40 bis 45 %
Funktionelle Einschränkungen, die alltägliche Aktivitäten erschweren (schnelles Gehen), deutliche Veränderungen der Parameter bei Echographie und Farbdopplersonographie. Mangelnde Belastbarkeit beim Belastungs-EKG mit Notwendigkeit der Behandlung Auswurfraction 30 % bis 35 %	35 bis 40 %

<p>Laut Angaben des Patienten funktionelle Einschränkungen bei alltäglichen Anstrengungen (zwei Etagen), bestätigt durch das Belastungs-EKG oder durch Anzeichen für eine Myokarddysfunktion. Kontraindikation gegen starke physische Anstrengungen und Notwendigkeit der Behandlung mit kardiologischer Überwachung in kurzen Abständen</p> <p>Auswurffraktion 35 % bis 40 %</p>	<p>25 bis 35 %</p>
<p>Nach Angaben des Patienten funktionelle Einschränkungen bei offenkundigen (signifikanten) Anstrengungen und Anzeichen für eine Myokarddysfunktion (Farbdopplersonographie, Herzkatheter usw.) mit der Notwendigkeit der Behandlung und Überwachung in kurzen Abständen</p> <p>Auswurffraktion 40 % bis 50 %</p>	<p>15 bis 25 %</p>
<p>Nach Angaben des Patienten funktionelle Einschränkungen bei erheblichen Anstrengungen (Sport) ohne Anzeichen für eine Myokarddysfunktion oder -ischämie mit der Notwendigkeit der Behandlung und regelmäßigen Überwachung</p> <p>Auswurffraktion 50 % bis 60 %</p>	<p>8 bis 15 %</p>
<p>Keine funktionellen Einschränkungen. Gute Belastbarkeit; je nach Notwendigkeit einer Behandlung und/oder regelmäßigen Überwachung</p> <p>Auswurffraktion > 60 %</p>	<p>bis 8 %</p>

b) Transplantat

Bei transplantierten Patienten ist der zwingenden Notwendigkeit einer umfassenden Behandlung und besonders strikten Überwachung Rechnung zu tragen.

Je nach funktionellem Ergebnis und Verträglichkeit der Immunsuppressiva	25 bis 30 %
---	--------------------

II) ATMUNGSSYSTEM

Bei der Bewertung einer Störung der Lungenfunktion ist - unabhängig von ihrer Ursache - das Ausmaß der chronischen respiratorischen Insuffizienz gemäß den nachstehenden Angaben zugrunde zu legen:

- Ausmaß der Dyspnoe nach der klinischen Skala von Sadoul:

STADIUM ODER KLASSE	BESCHREIBUNG
---------------------	--------------

1	Dyspnoe bei erheblichen Anstrengungen, z. B. beim Treppensteigen von mehr als zwei Etagen
2	Dyspnoe beim Gehen auf leicht ansteigendem Gelände, beim schnellen Gehen oder beim Treppensteigen bis zur ersten Etage
3	Dyspnoe beim normalen Gehen auf ebenem Gelände
4	Dyspnoe bei langsamem Gehen
5	Dyspnoe bei der geringsten Anstrengung

- klinische Untersuchung durch einen Pneumologen,

bereits durchgeführte oder im Rahmen des Gutachtens geforderte ergänzende Untersuchungen, die in jedem Fall nicht invasiv sein müssen, so z. B. Bildgebungsverfahren, Endoskopie, Gasometrie, Spirometrie, Atemfunktionstests und Untersuchung der Blutwerte wie FEV/VK, MEV, Sa O₂, TLC, VK, DLCO/VA, Pa O₂, Pa CO₂:

VK: Vitalkapazität; **TLC:** totale Lungenkapazität; **FEV:** Atemstoßtest; **MEV:** mittleres expiratorisches Volumen; **Pa O₂:** Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut; **Pa CO₂:** Kohlendioxidpartialdruck im arteriellen Blut; **Sa O₂:** Sauerstoffsättigung des Hämoglobins im arteriellen Blut; **DLCO/AV:** Kohlenmonoxiddiffusionskapazität im Verhältnis zum Alveolarvolumen.

a) Völliger oder teilweiser anatomischer Verlust eines Lungenflügels

Völliger Verlust	15 %
Verlust eines Lungenlappens	5 %

Diese Grade sind mit dem jeweiligen Beeinträchtigungsgrad kumulierbar, der der eventuell damit einhergehenden respiratorischen Insuffizienz entspricht.

b) Chronische respiratorische Insuffizienz

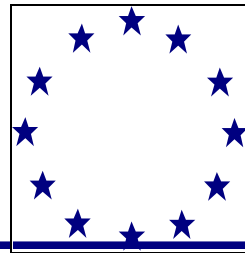
<p>Atemnot bei der geringsten Anstrengung (Entkleiden) mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einer VK oder einer TLC von weniger als 50 % bzw. ▪ einem MEV von weniger als 40 % bzw. ▪ einer Ruhehypoxämie, d. h. einem Sauerstoffpartialdruck (PaO₂) von weniger als 60 mmHg, gegebenenfalls in Verbindung mit einer Störung der Kapnie (PaCo₂) mit der eventuellen Notwendigkeit einer lang andauernden Sauerstofftherapie (> 16 h/Tag) oder einer Tracheotomie bzw. einer intermittierenden Atmungsunterstützung 	50 % und mehr
<p>Dyspnoe beim Gehen auf ebenem Gelände mit selbst gewähltem Schrittempo mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einer VK oder einer TLC von 50 bis 60 % bzw. ▪ einem MEV von 40 bis 60 % bzw. ▪ einer Ruhehypoxämie, d. h. einem Sauerstoffpartialdruck (PaO₂) von 60 bis 70mmHg 	30 bis 50 %
<p>Dyspnoe bei normalem Gehen auf ebenem Gelände mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einer VK oder einer TLC von 60 bis 70 % bzw. ▪ einem MEV von 60 bis 70 % bzw. ▪ einer DLCO/AV von weniger als 60 % 	15 bis 30 %
<p>Dyspnoe beim Treppensteigen bis zur ersten Etage, beim schnellen Gehen oder beim Gehen auf leicht ansteigendem Gelände mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einer VK oder einer TLC von 70 bis 80 % bzw. ▪ einem MEV von 70 bis 80 % bzw. ▪ einer DLCO/AV von 60 bis 70 % 	5 bis 15 %

Dyspnoe bei erheblichen Anstrengungen, wobei sich bei den Funktionstests nur geringfügige Änderungen ergeben.

2 bis 5 %

- c) **Anhaltende Schmerzen infolge einer Thorakotomie**
Bis zu 5 %

V.
GEFÄSSSYSTEM





V - GEFÄSSSYSTEM

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

A. Arterielle, venöse und lymphatische Folgen

Bei der Festlegung des Beeinträchtigungsgrads ist die eventuelle Notwendigkeit der Behandlung und/ oder der ärztlichen Überwachung zu berücksichtigen, z. B. bei Prothesen, die für sich genommen keinen Beeinträchtigungsgrad rechtfertigen.

a) Arterielle Folgen

Untere Gliedmaße		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschwerden bei Anstrengungen (nachweisliches intermittierendes Hinken) 		5 bis 15 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschwerden im Ruhezustand (nachweisliche spontane ischämische Schmerzen) 		15 bis 25 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem, mit Gefäßnekrosen, die gegebenenfalls eine Amputation erforderlich machen 		25 % und mehr
Obere Gliedmaße		5 bis 10 %
<i>Gemäß den auftretenden Funktionsstörungen (z. B. Verlust an Kraft, Hypothermie usw.)</i>		

b) Venöse Folgen

Dabei handelt es sich um offenkundige Folgen einer Phlebitis, bei deren Bewertung eventuelle frühere Befunde zu berücksichtigen sind.

Beschwerden bei längerem Gehen, messbares permanentes Ödem, das auf jeden Fall das Tragen von Stützstrümpfen erforderlich macht, Dermatitis hypostatica und rezidivierende Geschwüre		10 bis 15 %
Beschwerden bei längerem Gehen, messbares permanentes Ödem, das auf jeden Fall das Tragen von Stützstrümpfen erforderlich macht, Dermatitis hypostatica		4 bis 10 %
Gefühl, dass die Beine schwer sind, mit nachweislichem abendlichen Ödem		Bis 4 %

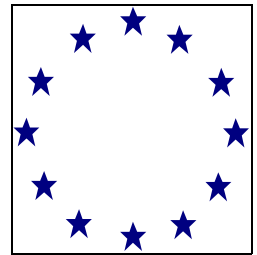
a) Lymphatische Folgen (Lymphödem)

Obere Gliedmaße		Bis 10 %
-----------------	--	-----------------

B. Vollständige Splenektomie

Mit zwingender Notwendigkeit umfangreicher Behandlung	15 %
Asymptomatisch	5 %

VI.
VERDAUUNGS-
SYSTEM





VI- VERDAUUNGSSYSTEM M

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

A) DEFINITIVE KUTANE STOMATA UND VÖLLIGE INKONTINENZ

a) Stomata mit entsprechender Versorgung

Kolostomie, Ileostomie	30 %
------------------------	------

b) Stuhlinkontinenz

Ohne Möglichkeit der Kontrolle	45 %
--------------------------------	------

B)
BESCHWERD
EN, DIE BEI
VERSCHIEDE
NEN
BEEINTRÄC
HTIGUNGEN
DES
VERDAUUNG
SAPPARATS
AUFTRETEN

Der
 Beeinträchtigungsgrad
 schließt den für den
 Organverlust ein.

Großes Malabsorptionssyndrom	60 %
Notwendigkeit der häufigen ärztlichen Kontrolle , der ständigen Behandlung, einer strikten Diät mit Auswirkungen auf den Allgemeinzustand	30 %
Notwendigkeit der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle , der nahezu ständigen Behandlung, einer strikten Diät mit sozialen Auswirkungen	20 %
Notwendigkeit der ärztlichen Kontrolle in bestimmten Zeitabständen , einer intermittierenden Behandlung, diätetischer Vorsichtsmaßnahmen ohne Auswirkungen auf den Allgemeinzustand	10 %

C)
HEPATITEN

a) Ohne Zirrhose

Die Beeinträchtigungsgrade beruhen auf dem METAVIR-Score, der den Vorteil hat, dass er speziell für Hepatitis ausgearbeitet wurde.

Er wird ausgehend von zwei Parametern berechnet, dem Aktivitätsgrad und dem Fibrosegrad:

Aktivitätsgrad	Fibrosegrad
A0 : keine Aktivität A1 : minimale Aktivität A2 : mäßige Aktivität A3 : starke Aktivität	F0 : keine Fibrose F1 : portale Fibrose ohne Septen F2 : portale Fibrose mit wenigen Septen F3 : portale Fibrose mit vielen Septen ohne Zirrhose F4 : Zirrhose

Es werden folgende Beeinträchtigungsgrade vorgeschlagen

Persistente (chronisch-aktive) Hepatitis	20 %
Metavir-Score von A1 F1 bis F4	10 %
Metavir-Score von maximal A1 F1	5 %

b) Mit Zirrhose (*d. h. Metavir-Score über F4*)

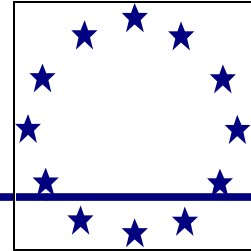
Die angegebenen Beeinträchtigungsgrade beruhen auf der Child-Pugh-Klassifikation:

Gruppenbezeichnung	A	B	C
Bilirubin im Serum (μ mol/l)	Weniger als 34,2	Von 34,2 bis 51,3	Mehr als 51,3
Albumin im Serum (g/l)	Mehr als 35	Von 30 bis 35	Weniger als 30
Aszites	Keiner	Leicht therapierbar	Schlecht therapierbar
Neurologische Störungen	Keine	Minimal	Fortgeschrittenes Koma
Ernährungszustand	Ausgezeichnet	Gut	Schlecht, Muskelschwund

Es werden folgende Beeinträchtigungsgrade vorgeschlagen:

Klasse 3 : Fortgeschrittene Leberinsuffizienz - Child C	70 % und mehr
Klasse 2 : Child B	40 %
Klasse 1 : Child A	20 %

VII. HARNSYSTEM



○ HARNSYSTEM M

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

a) Verlust einer Niere ohne Ersatz, Nierenfunktion normal oder auf dem vorherigen Stand

Beeinträchtigungsgrad bei Verlust eines inneren Organs unter Berücksichtigung des besonderen psychologischen und kulturellen Kontexts	15 %
---	-------------

b) Niereninsuffizienz

Kreatinin-Clearance unter 10 ml/min, Notwendigkeit der Behandlung in einem Dialysezentrum oder der Selbstdialyse, je nach den eventuellen Komplikationen	35 bis 65 %
Kreatinin-Clearance von 10 bis 30 ml/min, Beeinträchtigung des Allgemeinzustands. Sehr strenge Diät und Notwendigkeit umfangreicher Behandlungen	25 bis 35 %
Kreatinin-Clearance von 30 bis 60 ml/min bei einem arteriellen Blutdruck unter 120, Asthenie, Notwendigkeit einer strengen Diät und einer strikten ärztlichen Behandlung	15 bis 25 %
Kreatinin-Clearance von 60 bis 80 ml/min bei einem arteriellen Blutdruck von höchstens 160/90, in Abhängigkeit von der Diät, der Beeinträchtigung des Allgemeinzustands und der Behandlung	5 bis 15 %

Ist bei einem Patienten, dem eine Niere entfernt wurde, die Nierenfunktion eingeschränkt, so ist der Grad des anatomischen Verlusts nicht kumulierbar. Für den Fall einer eingeschränkten Nierenfunktion wird jedoch ein Beeinträchtigungsgrad von mindestens 15 % vorgeschlagen.

c) Transplantation

Je nachdem, wie die Behandlung mit Kortikoiden und Immunsuppressiva vertragen wird	10 bis 20 %
<i>Die Sätze für den Fall einer zusätzlichen anrechenbaren Niereninsuffizienz sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.</i>	

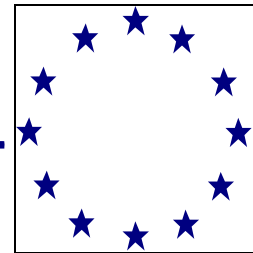
d) Inkontinenz

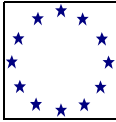
Ohne Möglichkeit der Kontrolle	30 %
--------------------------------	-------------

c) Stoma

Bei entsprechender Versorgung	15 %
-------------------------------	------

VIII.
FORTPFLANZUNGS-
SYSTEM





VIII - FORTPLANZ UNGSSYSTEM

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Eventuelle endokrinologische Auswirkungen sind im Beeinträchtigungsgrad nicht berücksichtigt. Bei Eintritt der Schäden vor der Pubertät sind die Folgen für die geschlechtliche Differenzierung nicht im Beeinträchtigungsgrad enthalten.

In einigen Fällen trägt der Beeinträchtigungsgrad dem Verlust des Organs entsprechend dem sozio-kulturellen Kontext Rechnung.

I- FRAU

a) Organverlust

Hysterektomie	6 %
Ovarektomie	
• beidseitig	12 %
• einseitig	6 %
Brustamputation	
• beidseitig	25 %
• einseitig	10 %

b) Sterilität

Sterilität, die definitiv nicht durch Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe behoben werden kann, bei zuvor fortpflanzungsfähigen Patientinnen, einschließlich Organverlust	25 %
--	------

II- MANN

a) Organverlust

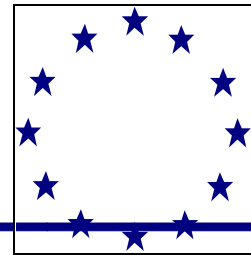
Orchidektomie	
• beidseitig	15 %
• einseitig	6 %
Verlust des Penis	40 %

b) Sterilität

Bei zuvor fortpflanzungsfähigen Patienten, einschließlich Verlust der Hoden	25 %
---	------

Liegt darüber hinaus ein Verlust des Penis vor, so beträgt der gemeinsame Beeinträchtigungsgrad aufgrund des Organverlusts und der Sterilität 45 %.

IX.
ENDOKRINES
SYSTEM





IX. ENDOKRINES SYSTEM

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Eines der schwierigsten Probleme in diesem Bereich ist die Zuordnung, da körperliche Schäden, die ausschließlich in einem endokrinologischen Mangel bestehen, bei der Bewertung außerordentlich selten zu beobachten sind.

Hier ist es noch mehr als in den anderen Kapiteln angebracht, auf klinische Untersuchungen und ergänzende Tests durch Fachärzte zurückzugreifen.

Bei der Bewertung sind die Behandlungsfähigkeit sowie die Kontrolle und Wirksamkeit der Behandlung zu berücksichtigen.

a) Hypophyse

Panhypopituitarismus (in Form eines völligen Ausfalls der Funktionen des Hypophysenvorderlappens und des Hypophysenhinterlappens) mit der Notwendigkeit einer Substitutionstherapie und einer regelmäßigen klinischen und biologischen Überwachung, je nach der Wirksamkeit der Behandlung	20 bis 45 %
Diabetes insipidus , bei deren Bewertung zu berücksichtigen ist, inwieweit die krankhaft vermehrte Harnausscheidung therapeutisch beherrscht wird und wie wirksam die Therapie ist	5 bis 20 %

b) Schilddrüse

Hyperthyreoidie mit Änderung der klinischen Konstanten, Tremor, Exophthalmus ohne Auswirkungen auf das Sehvermögen	5 bis 8 %
Idem, mit Auswirkungen auf andere Organe und/oder Funktionen	8 bis 30 %
Hypothyreoidie (in Ausnahmefällen posttraumatisch)	Bis zu 5 %

c) Nebenschilddrüse

Hypoparathyreoidismus , im Wesentlichen je nach den erhöhten klinischen Werten (Kalzämie, Phosphorämie, erhöhte Parathormonwerte) und den Beschwerden infolge der fortbestehenden klinischen Symptome	5 bis 15 %
--	-------------------

d) Bauchspeicheldrüse –Diabetes

Nicht insulinpflichtiger Diabetes Die Erkrankung ist niemals direkt posttraumatisch. Wenn die Zuordnung feststeht, in Abhängigkeit von der Art der klinischen Symptome, der Notwendigkeit der Überwachung und Behandlung	5 bis 10 %
Insulinpflichtiger Diabetes <i>Bei dieser Art von Diabetes gibt es häufig Zuordnungsprobleme, sofern er nicht auf eine erhebliche Verletzung des Pankreas zurückzuführen ist.</i> <i>Der Beeinträchtigungsgrad ist in Abhängigkeit von der Stabilität des Diabetes, seiner Auswirkungen auf das soziale Leben und die Notwendigkeit der Behandlung und Überwachung abzuschätzen.</i> - schlecht eingestellter Diabetes mit Unwohlsein und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, der einer strengen biologischen Überwachung bedarf - durch einfache Insulinbehandlung gut eingestellter Diabetes , je nach der Notwendigkeit der Überwachung <i>Bei Komplikationen mit definitiven Folgeerscheinungen ist auf die betreffenden Fachgebiete Bezug zu nehmen.</i>	20 bis 40 % 15 bis 20 %

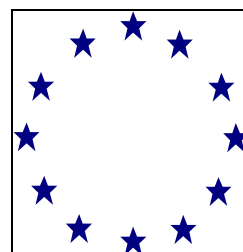
e) Nebennieren

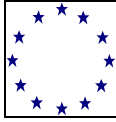
Nebenniereninsuffizienz: je nach den Erfordernissen im Zusammenhang mit der Behandlung und Überwachung	10 bis 25 %
---	--------------------

f) Keimdrüsen

Je nach den Ergebnissen der Substitutionsbehandlung	10 bis 25 %
--	--------------------

X. HAUTSYSTEM





X. TIEFGEHENDE VERBRENNUNGEN ODER PATHOLOGISCHE VERNARBUNGEN

Befunde, die hier nicht beschrieben werden, sind durch Vergleich mit entsprechend beschriebenen und quantifizierten klinischen Befunden zu bewerten.

Die vorgeschlagenen Beeinträchtigungsgrade tragen in erster Linie den Hautschädigungen Rechnung, schließen jedoch nicht ästhetische Folgen und eingeschränkte Beweglichkeit ein.

**Nach dem Anteil
der geschädigten
Körperoberfläche**

Weniger als 10 %	5 %
10 bis 20 %	10 %
20 bis 60 %	10 bis 25 %
Mehr als 60 %	25 bis 50 %

STICHWORTVERZEICHNIS

A	Endoprothese (Gelenk-)	34
	Epilepsie	19
Affektive Störungen		
Alexie		
Alzheimer (Demenz des Alzheimer-Typs)		
Amputation (obere Gliedmaße)		
Amputation (untere Gliedmaße)		
Ankylose (obere Gliedmaße)		
Ankylose (untere Gliedmaße)		
Anosmie		
Antriebslosigkeit		
Aphakie		
Aphasie		
Aphonie		
Arterielle Folgen		
Auge (Sehverlust)		
Augenheilkunde		
Augenlinse (Verlust der)		
B		
Becken		
Belastungsstörung, posttraumatische		
Bissanomalien		
Blindheit		
Brustamputation		
Brustwirbelsäule		
C		
Cauda-Syndrom		
Craniomandibulare Dysfunktion		
D		
Daumen		
Deafferenzierungsschmerzen		
Demenz		
Depressive Verstimmung		
Diabetes		
Diplopie		
Dysphonie		
Dyspnoe		
E		
Ellenbogen		
Endokrines System		
	F	
	Femur-Patella-Syndrom	43
	Fibrose (Leber-)	62
	Finger	38
	Finger, kleiner	38
	Fortpflanzung	69
	Frontalhirnsyndrom	16
	Fuß	43
	G	
	Gedächtnis	16
	Gefäßprothese	57
	Gelenkprothese	31
	Geruchssinn (Störungen)	30
	Geschwüre (rezidivierende Unterschenkelgeschwüre)	57
	Gesichtsfeld	27
	Gleichgewichtsfunktion (Störung)	27
	Greifen	38
	Greiffunktionen	38
	Griffarten, grundlegende	38
	H	
	Halswirbelsäule	46
	Hand	38
	Handgelenk	38
	Harninkontinenz	65
	Harnsystem (Inkontinenz)	65
	Hemianopsie	24
	Hemiplegie	15
	Hepatitis	62
	Herz	58
	Herztransplantat	52
	Heterophorie	28
	Hilfs- und Schutzorgane (Auge)	28
	Hörschärfe	29
	Hörvermögen	29
	Hüfte	40
	Hyperthyreoidie	73
	Hypophyse	73
	Hyposmie	27
	Hypothyreoidie	73
	Hysterektomie	69

I		
Instabilität (Knie)		
Instabilität (Knöchel)		
Ischiadicus-Paralyse		
K		
Kauderwelsch-Aphasie		
Keimdrüsen		
Knie		
Knöchel		
Kognitive Störungen		
Korsakow-Syndrom		
Lendenwirbelsäule		
Lernwissen (Verlust)		
Lumbosakralgelenk		
Lunge		
Lungenfunktion		
Lungenfunktionstests		
Lymphödem		
M		
Milz (siehe Splenektomie)		
Mischdefizite		
Mittelfinger		
N		
Nasenatmung		
Nebennieren		
Nebenschilddrüse		
Nervus axillaris		
Nervus facialis		
Nervus facialis (Lähmung)		
Nervus femoralis		
Nervus fibularis		
Nervus glosso-pharyngeus		
Nervus hypoglossus		
Nervus ischiadicus		
Nervus medianus		
Nervus musculocutaneus		
Nervus obturatorius		
Nervus radialis		
Nervus spinalis		
Nervus thoracicus superior		
Nervus tibialis		
Nervus trigeminus		
Nervus ulnaris		
Nervus ulnaris (Paralyse)		
Neurose, traumatische		
	Niereninsuffizienz	65
	Nierentransplantation	65
	O	
	Okulomotrik (Störungen)	27
	Orchidektomie	69
	Ovarektomie	69
	P	
	Paraphasie	16
	Paraplegie	15
	Penis (Amputation)	69
	Phlebitis (venöse Folgen)	57
	Plexus brachialis	21
	Postkommotionelles Syndrom	19
	Pseudophakie	28
	Psychiatrie	20
	Psychotische Störungen	20
	Q	
	Quadrantenanopsie	27
	R	
	Radialislähmung	21
	Realitätsfremdheit	16
	Respiratorische Insuffizienz	51
	Respiratorisches System	51
	Ringfinger	38
	S	
	Sauerstofftherapie	53
	Schilddrüse	73
	Schulter	32
	Schwindelanfälle, paroxystische	30
	Sehschärfe	26
	Sensomotorische Defizite	21
	Skotom	27
	Spitzfuß (Pes equinus)	43
	Splenektomie	58
	Steißbein	47
	Sterilität	69
	Stomata, kutane, im Bereich des Verauungssystems	61
	Stomatologie	28
	Stuhlinkontinenz	61

T

Tetraplegie
Thorakolumbalgelenk
Thorakotomie (Folgen)
Tinnitus aurium

U

Urostomie, kutane

V

Venöse (Folgen)
Verbrennungen
Verdauungssystem
Verkürzung
Vestibularisschädigung

W

Wirbelsäule

Z

Zähne
Zahnverlust
Zeigefinger
Zerstreuung
Zirrhose
Zunge