

Einleitung

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

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

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

Im Hinblick auf die bevorstehende Verrechtlichung der „Anhaltspunkte“ wurde von einer weitergehenden, systematischen Überarbeitung abgesehen. Bis zur Verrechtlichung gelten die „Anhaltspunkte“ weiter als antizipierte Sachverständigengutachten wie untergesetzliche Normen (s. zuletzt BSG: B 9 SB 3/02 R und B 9 SB 6/02 R vom 18.09.2003). Die von den Herausgebern seit über 30 Jahren definierte Zielsetzung bleibt bestehen: Dem ärztlichen Sachverständigen/Gutachter die Grundlagen für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Beurteilung an die Hand zu geben und zu gewährleisten, dass auch unterschiedliche Behinderungen/gesundheitliche Beeinträchtigungen angemessen und in sachgerechter Relation zueinander bewertet werden können. Die „Anhaltspunkte“ können und sollen kein Lehrbuch ersetzen und alle medizinischen Sachverhalte aufführen, die sich im Einzelnen ergeben können. In den „Anhaltspunkten“ werden in der Begutachtung häufige sog. Regelfälle und/oder schwierige Sachverhalte dargestellt, die es den ärztlichen Gutachtern erlauben, nicht aufgeführte Konstellationen im Analogieschluss qualifiziert zu beurteilen. Sie können deshalb nicht Handbuch für Antragsteller/Versorgungsberechtigte sein. Sie können auch nicht von der Verwaltung der Versorgungsbehörden zur unmittelbaren Feststellung von Ansprüchen oder Leistungen herangezogen werden, da die Anwendung der Anhaltspunkte im allgemeinen versorgungsmedizinischen Sachverstand erfordert.

Einleitung I

26 GdB/MdE-Tabelle

Abschnitt 26.10

Im Internet unter: http://www.schwerbehindertenvertretung-osa-tue.de/dok/Anhaltspunkte_Gutachter.pdf

81 **26.**10

GdB/MdE-Tabelle

Krankheiten der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

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

Chronische Hepatitis

Unter dem Begriff „chronische Hepatitis“ werden alle chronischen Verlaufsformen von Hepatitiden zusammengefasst (früher: „chronische Hepatitis ohne Progression“ <chronisch-persistierende Hepatitis> und „chronische Hepatitis mit Progression“ <chronisch aktive Hepatitis>). Dazu gehören 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. Die GdB/MdE-Bewertung und die Leidensbezeichnung ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei bereits übliche Befindlichkeitsstörungen - nicht aber extrahepatische Manifestationen - berücksichtigt sind.

-

GdB/MdE-Grad

Chronische Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität	20
ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität	30
ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität	40
ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität mit starker (klinisch-) entzündlicher Aktivität	50 - 70
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-Hepatitisden folgende Besonderheiten:

Die Bezeichnung der chronischen viralen Hepatitis umfasst die nekroinflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Sie ergibt sich wie die GdB/MdE-Bewertung aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdB/MdE-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

Nekro-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 nekroinflammatorische Aktivität entspricht einer Punktzahl von 1 bis 5, eine mäßige nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 6 bis 10 und eine starke nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 11 bis 18. Eine fehlende bzw. geringe Fibrose entspricht einer Punktzahl 0 bis 2, eine mäßige Fibrose der Punktzahl 3 und eine starke Fibrose einer Punktzahl von 4 bis 5.

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

ALAT/GPT-Werte im Referenzbereich entsprechen bei nachgewiesener Hepatitis-C-Virus-Replikation einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität.
ALAT/GPT-Werte bis zum 3-fachen der oberen Grenze des

Referenzbereichs entsprechen einer geringen (klinisch-) entzündlichen Aktivität

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

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

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

GdB/MdE-Grad

Fibrose der Leber

ohne Komplikationen 0 – 10

84 **26**.10

GdB/MdE-Tabelle

GdB/MdE-Grad

Leberzirrhose

kompensiert

inaktiv 30

gering aktiv 40

stärker aktiv 50

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

Fettleber (auch nutritiv-toxisch)

ohne Mesenchymreaktion 0 – 10

Toxischer Leberschaden

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog

zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

Zirkulatorische Störungen der Leber

(z.B. Pfortaderthrombose)

Der GdB/MdE-Grad ist analog zur dekompensierten Leberzirrhose

zu beurteilen.

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

Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten;

GdB/MdE-Grad während dieser Zeit 100

Nach Lebertransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten

(im allgemeinen zwei Jahre); GdB/MdE-Grad während

dieser Zeit 100

Danach selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter

Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression

. wenigstens 60

Primäre biliäre Zirrhose, primäre sklerosierende Cholangitis

Der GdB/MdE-Grad ist je nach Aktivität und Verlauf analog

zur chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose zu beurteilen.

GdB/MdE-Grad

Gallenblasen- und Gallenwegskrankheiten (Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen) mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten, Entzündungen in Abständen von Jahren	0 – 10
mit häufigeren Koliken und Entzündungen sowie mit Intervallbeschwerden	20 – 30
mit langanhaltenden Entzündungen oder mit Komplikationen	40 – 50
Angeborene intra- und extrahepatische Transportstörungen der Galle (z.B. intra-, extrahepatische Gallengangsatriesie), 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-, Gallenwegsoder Papillentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	
bei Gallenblasen- und Gallenwegstumor	100
bei Papillentumor	80
Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse (exkretorische Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen	
ohne wesentlichen Beschwerden, keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	0 – 10
GdB/MdE-Grad	
geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes	20 – 40
starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustandes	50 – 80
Nach teilweiser oder vollständiger Entfernung der 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; GdB/MdE-Grad während dieser Zeit	100