

Die Begutachtung von Schmerzpatienten im Sozialrecht  
- rechtliche Anforderungen und Möglichkeiten -  
erläutert am Beispiel des Behindertenrechtes SGB IX

Vortrag zum

7. Essener Schmerzsamstag

15.02.2003

Essen

... so fühlte ich seit etwa einem Jahr diese krampfartigen Anwandlungen und sehr empfindliche Reize dieser Art (...), die ich nach der Beschreibung anderer für gichtische Zufälle halten und dafür einen Arzt aufsuchen mußte.

Nun aber, aus Ungeduld, am Schlafen mich gehindert zu fühlen, griff ich bald zu meinem stoischen Mittel, meinen Gedanken mit Anstrengung auf irgend ein von mir gewähltes gleichgültiges Objekt, was es auch sei, (z.B. auf den viel Nebenvorstellungen enthaltenden Cicero) zu heften: mithin die Aufmerksamkeit von jener Empfindung abzulegen; dadurch diese dann und zwar schleunig stumpf wurde, und so die Schläfrigkeit sie überwog, und dieses kann ich jederzeit bei wiederkommenden Anfällen dieser Art in den kleinen Unterbrechungen des Nachtschlafes mit gleich gutem Erfolg wiederholen.

Daß aber dieses nicht etwa bloß eingebildete Schmerzen waren, davon konnte mich die des anderen Morgens früh sich zeigende glühende Röte der Zehen des linken Fußes überzeugen. – Ich bin gewiß, daß viele gichtische Zufälle. ... bei jeder neuen Anwandlung desselben durch diese Festigkeit des Vorsatzes (seine Aufmerksamkeit von einem solchen Leiden abzuwenden) abgehalten und nach und nach gar gehoben werden könnte"

*Immanuel Kant 1798, Preußische Akademie der Wissenschaften /Hrsg.) 1902, Nachdruck 1968. Kants Werke, Band VII, Der Streit der Fakultäten. Berlin, Walter de Gruyter, Seite 106 – 107.*

Gicht:

Bei der Beurteilung des Grades der Behinderung sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen."

*Anhaltspunkte – Ziffer 26.15 Stoffwechsel, innere Sekretion*

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Nichtberufskollegin haben Sie mir das besondere Privileg eingeräumt, Ihren 7. Essener Schmerzsamstag mit einem Vortrag einzuleiten.

### **A. Vorstellung und Referatentstehung**

Ich möchte mich zunächst bei Ihnen vorstellen. Ich bin Fachanwältin für Familien- und Sozialrecht in Essen. Das heißt, wenn ich mich z.B. nicht gerade damit beschäftige, warum Ärzte zum Beispiel so selten Eheverträge haben und um die zugewinnausgleichsrechtliche Bedeutung ihres Praxiswertes so selten wissen, stelle ich mich sozialrechtlichen Fragestellungen. Dabei geht es gleichermaßen um die Vertretung von Leistungserbringern wie von Menschen, die sozialrechtliche Leistungsansprüche geltend machen wollen.

Im Rahmen einer solchen Tätigkeit lernte ich einen Ihrer Kollegen kennen, der die Auffassung vertrat, mit seinen sehr sorgfältig zusammengetragenen Diagnosen werde ein guter Anwalt einen Rechtsstreit schon zu gewinnen wissen. Ich, die Rechtsanwältin, meinte, nur wenn er die erforderlichen Vorarbeiten leiste, nämlich rechts- und systemorientiert Auskunft zu erteilen, könne meine Arbeit erfolgreich sein. Aus der sich zwischen uns entwickelnden Diskussion wurde bald ein heftiger Streit. Dieser war gut dafür, daß man nie wieder miteinander redet und den anderen für alle Zeiten für einen Ignoranten hält. Aber wir, Ihr Kollege und ich, haben letztendlich "die Kurve gekriegt", realisiert, was der andere ge-

meint hat und festgestellt, daß auch **unser Streit auf den typischen Ursachen eines Streites beruht, nämlich der Unkenntnis vom Tätigkeitsbereich des anderen und dessen Aufgabe.**

Unser Streit ist eigentlich nichts Ungewöhnliches – Mediziner und Juristen sprechen häufig unterschiedliche Sprachen, arbeiten nach unterschiedlichen Regeln. In der Literatur bewegt sich daher die Diskussion darüber, wer eigentlich einen Rechtsstreit entscheidet zwischen zwei Polen. In der juristischen Literatur dominiert die Behauptung, daß ein Rechtsstreit um Sozialleistungen letztendlich nicht durch Juristen, sondern durch Ärzte entschieden wird. In der medizinischen Literatur findet man dagegen bevorzugt die Behauptung, daß ein Rechtsstreit nicht von Medizinern, sondern von Juristen entschieden wird.

Wie stets ist es wohl so, daß keine von beiden Aussagen eigentlich ganz falsch ist, aber auch keine ist ganz richtig. Richtig ist, daß der sozialrechtliche Rechtsstreit, bei dem es um den gesundheitlichen Zustand und dessen Folgen von Menschen geht, im Ergebnis nur im Zusammenwirken von Jurist und Mediziner gewonnen werden kann.

Die Normen geben das System vor, in dessen Kontext der Gesundheits- und Leistungszustand des Menschen zu beurteilen ist. Der Jurist in der Person des Richters entscheidet innerhalb dieses Systems, ob der vorliegende Lebenssachverhalt diejenigen Tatbestandsvoraussetzungen einer Norm erfüllt, aus der der Betroffenen eine für ihn günstige Rechtsfolge ableiten will.

Welcher Lebenssachverhalt allerdings konkret vorliegt, wird durch Ermittlungen bei behandelnden Ärzten oder durch Einholung medizinischer Sachverständigengutachten festgestellt. Diese Tatsachenfeststellung ist Aufgabe des Gerichtes.

Was dem Juristen als Lebenssachverhalt präsentiert wird, bzw. was er selber ermittelt, entscheidet darüber, wie der Jurist urteilt. **Der Anwalt** ist in diesem Prozeß der Transformator, der Mittler zwischen Norm und Sachverhalt. Er muß einen Sachverhalt präsentieren oder dessen Ermittlung forcieren, der das Gericht davon überzeugt, die für seinen Mandanten günstige Rechtsfolge festzusetzen. Hierzu braucht er medizinisches Material und dieses Material muß aufbereitet sein. Aufbereitet bedeutet in diesem Zusammenhang: Orientiert an den Normen, für die das Material benötigt wird.

Als Anwältin muß ich also nicht nur etwas über den medizinischen Befund, zum Beispiel über Kopfschmerzen bei Kindern wissen – ein Grund warum ich hier bin –, sondern ich muß jeden individuellen Befund auch so aufbereiten, daß er in das Normengefüge eingepaßt werden kann. Da ich diese **Anpaßarbeit** als Jurist aber nicht alleine leisten kann, reicht es nicht aus, daß ich als Jurist etwas über Medizin weiß, der Mediziner aber nichts über rechtserhebliche Normen. Letzteres ist unabdingbar, damit wir (eine Sprache sprechen) und das ist der Grund, so denke ich, warum Sie heute morgen hier sind.

Mir geht es daher heute nicht darum über die Erstellung, die Mängel oder die Qualität von medizinischen Gutachten in sozialrechtlichen Verfahren als solche zu referieren <sup>1</sup>, sondern meine Aufgabe heute morgen sehe ich darin, über die juristischen Grundlagen, an denen sich ärztliche Stellungnahmen orientieren sollten und ärztliche Sachverständigengutachten orientieren müssen, im Sinne eines ergänzenden Zusammenwirkens zu referieren. So hoffe ich, dass wir für Ihren Patienten, und meine Mandanten ein schnelleres und besseres Ergebnis erreichen.

## **B. Das System des Sozialrechtes**

Hierzu möchte ich Ihnen zunächst einen kurzen Überblick über die Systematik des Sozialrechtes geben.

Wenn Sie sich dadurch gleich zu Beginn meines Vortrags gequält fühlen, so sollten Sie wissen:

Quälen ist ein juristisches Tatbestandsmerkmal aus dem Straftatbestand der Mißhandlung von Schutzbefohlenen, das definiert wird als das Zufügen länger dauernder oder sich wiederholender Schmerzen.

---

<sup>1</sup> Die Aufsätze, Empfehlungen, Kriterien, Kataloge die Beurteilung und Begutachtung von Schmerzpatienten vermehren sich derzeit geradezu explosionsartig. Das Thema **Qualitätssicherung im Gutachtenwesen hat Ärzte, Gerichte, Sozialleistungsträger und Anwälte gleichermaßen auf den Plan gerufen**. Allein bei meiner Vorbereitung bin ich auf eine Vielzahl unterschiedlichster Literatur gestoßen, unter anderem, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

1. Kugelgen, Diskussionsbeiträge zur Schmerzbegutachtung, Grundsätzliches zur Begutachtung von Schmerzen; Stuttgart 2001. 2. Empfehlungen zur Schmerzbegutachtung, Arbeitsgemeinschaft neurologische Begutachtung (ANB e.V.) der deutschen Gesellschaft von Neurologie.

Genau wie Widder, Bewertung von Schmerzsyndromen aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters, Günzbrock, [www.anb-c.v.de](http://www.anb-c.v.de), Tegentoff, Begutachtungsleitlinien bei komplexen regionalen Schmerzsyndromen [www.anb-e.v.de](http://www.anb-e.v.de) V, somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie-Syndrom – medizinische Begutachtung im Sozialrecht, Vortrag;

3. Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schriftband 30 – Oktober 2001 m. w. N.

Wir bleiben also unmittelbar am Thema!

Wir unterscheiden nach formellem und materiellem Sozialrecht. Formelles Sozialrecht beinhaltet all diejenigen Regeln, die sicherstellen, daß das materielle Sozialrecht (zum Beispiel das individuelle Recht, der subjektiv-rechtliche Anspruch des einzelnen Bürgers – im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren durchgesetzt wird). Unter materiellem Sozialrecht verstehen wir diejenigen Regeln, mit denen Rechte und Pflichten dem Grunde nach und ihrem Inhalt nach begründet werden (zum Beispiel das Recht auf Rente, auf Anerkennung als Schwerbehinderte etc.). Einen kurzen Überblick geben die beiden nachfolgenden Folien, auf denen ich Ihnen insbesondere die Systematik des materiellen Sozialrechtes kurz überblicksmäßig erläutern möchte.

Insbesondere der Überblick über das materielle Sozialrecht ist besonders wichtig, weil er zeigt, daß jedes einzelne Sozialrechtsgebiet für sich eine eigene Systematik und Begrifflichkeit hat. Die Arbeitsunfähigkeit der Krankenversicherung ist nicht identisch mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht, dem Grad der Behinderung oder einer Form der Erwerbsminderung im Rentenrecht. Die rechtlichen und damit sprachlichen Ausformungen in den jeweiligen Systemen sind systemimmanent. Deshalb ist ein Patient der fortlaufend arbeitsunfähig ist, nicht auch stets erwerbsgemindert. Auch kann mit einem Grad der Behinderung von 100 durchaus einer Erwerbstätigkeit nachgegangen werden ohne einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente auszulösen. Die Differenzierung im Einzelnen kann ich hier heute nicht leisten.

## **C. Das Recht der Behinderten**

Für den heutigen Vortrag setze ich mein Hauptaugenmerk auf das, was Sie alle als behandelnde Ärzte am besten kennen, weil Sie stetig eine Vielzahl von Anfragen der Versorgungsämter und der Gerichte beantworten müssen, das Behindertenrecht.

Das bisherige Schwerbehindertenrecht ist mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches - SGB IX - entfallen und durch Teil 2 dieses Gesetzbuches zum Behindertenrecht ersetzt worden. Das Ziel des SGB IX ist in § 1 SGB IX geregelt. Danach sollen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen erhalten, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

### **I. Was ist Behinderung**

Was Behinderung ist, wird in § 2 I SGB IX definiert. Menschen sind danach behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Leben alterstypischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderungen bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.



Prägnanter hat der Vorsitzende Richter des 16. Senates am Landessozialgericht NRW, Herr Frehse die Behinderung zusammengefaßt:

Körperliche, geistige oder seelische Normabweichung

+

Zeitfaktor

+

Teilhabebeeinträchtigung

= Behinderung

Behinderte Menschen können beim Versorgungsamt einen Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung und eines Grades der Behinderung stellen. (Online mit PC abrufbar = Ihre Sprechstundenhilfe kann dieses abrufen [www.nrw.de](http://www.nrw.de).) Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als **Grad der Behinderung** nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur dann zulässig, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 v.H. vorliegt. Ab einem Grad der Behinderung von mindestens 50 v.H. gilt man als schwerbehindert im Sinne von SGB IX.

Diese Feststellungen sagen, auch wenn es so klingen mag, - dies kann nicht oft genug wiederholt werden - über die individuellen Leistungsfähigkeit eines Menschen im Beruf gar nichts aus, sondern sie beziehen Sie sich auf die allgemeine, durchschnittliche, übliche Auswirkung einer Behinderung in allen Lebensbereichen.

## II. Warum Antrag auf Feststellung von Behinderungen?

Warum stellen dann Menschen einen Antrag darauf, daß ihre Behinder-  
ten- /Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt wird?

Der Gesetzgeber hat für Behinderte bzw. Schwerbehinderte eine Reihe  
von "Vorteilen" vorgesehen, die in Folge von Behinderungen auftreten-  
den Handicaps im Allgemeinleben entgegenwirken sollen. Zu den we-  
sentlichen Vorteilen gehören:

1. Ein besonderer Kündigungsschutz, der darin besteht, daß das Integra-  
tionsamt einer Kündigung zustimmen muß. Das Integrationsamt ist der  
Vertreter des Schwerbehinderten und kann bei allen Problemen mit  
dem Arbeitsplatz eingeschaltet werden.

Darüber hinaus beträgt für Schwerbehinderte die Kündigungsfrist min-  
destens vier Wochen (§ 86 SGB IX).

2. Schwerbehinderte sind nach § 124 SGB IX auf ihr Verlangen von jegli-  
cher Form der Mehrarbeit freizustellen.

3. Nach § 125 SGB IX haben Schwerbehinderte einen Anspruch auf zu-  
sätzlich bezahlten Urlaub von 5 Arbeitstagen.

4. Behinderte haben ab einem Grad von 30 v.H. Anspruch auf Steuer-  
freibeträge (§ 33 b Einkommenssteuergesetz) und zwar abhängig von  
der Höhe des Grades der Behinderung.

5. Herabsetzung der Altersgrenze bei Rente nach SGB VI unter gewissen Voraussetzungen und Fallgruppen.
6. Förderung der Beschäftigung durch besondere Pflichten der Arbeitgeber (Ausgleichsabgabe, Gleichbehandlungsgrundsatz).
7. Begleitende Hilfen im Arbeits- und Berufsleben (Finanzielle Hilfen auf Wiedereingliederungshilfe, Hilfsmittelfinanzierung etc).

Bestehen weitergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, so kann das Versorgungsamt die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen feststellen. Behinderte mit dem Merkzeichen "H" (Hilflosigkeit) "Bl" (Blind) und "aG" (Außergewöhnliche Gehbehinderung) erhalten Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer bzw. freie Fahrt im öffentlichen Nahverkehr entsprechend ihrer Einkommensverhältnisse.

Behinderte mit dem Merkzeichen "G" und zusätzlich "B" erhalten die kostenlose Beförderung einer Begleitperson im öffentlichen Nahverkehr.

Für Behinderte mit dem Merkzeichen "Bl" und dem Nachteilsausgleich "aG" gibt es Park erleichterung im Straßenverkehr. Behinderte mit dem Merkzeichen "RF" erhalten Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen also die Versorgungsämter in Nordrhein-Westfalen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Liegen mehrere Behinderungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung

nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt (§ 69 III SGB IX).

### III. Wie stellt man den Grad der Behinderung fest?

Wie funktioniert das in Einzelheiten?

Das Versorgungsamt und die Gerichte ermitteln die Funktionsbeeinträchtigung unter **Hinzuziehung medizinischen Fachverständes** und unter Beachtung der **Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit** im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz.

Diese Anhaltspunkte haben Ihren Ursprung in den Anhaltspunkten für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der "Heeresangehörigen."

Sie wurden vielfach fortgeschrieben und gelten heute in der Fassung von 1996. Seit dieser Zeit werden sie vom Bundesministerium für Arbeit im Zusammenwirken mit den Mitgliedern der Sektion Versorgungsmedizin des ärztlichen Sachverständigenbeirates beim BMA fortgeschrieben.

Wer sie nicht kennt, und seinen Patienten, den er nicht für arbeitsfähig hält, einen Grad der Behinderung von 100 zuerkennen will, hat sich als Mediziner bzw. als Jurist ohne weiteres für seinen Patienten bzw. seinen

Mandanten disqualifiziert. Nur ganz ausnahmsweise wird sich der Sachverständigenbeirat beim BMA in einem solchen Fall überhaupt zu solchen Stellungnahme herablassen. So heißt es beispielsweise in einer Tagungsniederschrift:

"In einem im Deutschen Ärzteblatt Nr. 28/29 1991 erschienenen Artikel hat Prof. Dr. X ein Postdiskotomiesyndrom ohne neurologische Ausfälle mit starken Dauerschmerzen mit einem GdB von 100 beurteilt, weil in einem solchen Fall Erwerbsunfähigkeit vorliege. Der Beirat wies darauf hin, daß für die GdB-Beurteilung der alleinige Bezug auf das Erwerbsleben nicht maßgebend sei und seiner Anerkennung von Erwerbsunfähigkeit nicht auf den GdB/MdE-Grad geschlossen werden könne (Vgl. Nr. 18 I der Anhaltspunkte). Insofern seien die von Prof. Dr. X genannten GdB-Werte für die Feststellung nach dem Schwerbehindertengesetz nicht geeignet. Vielmehr reichten die in den Anhaltspunkten genannte Kriterien für eine auch im Vergleich zu anderen Behinderungen sachgerechte Beurteilung aus, wenn außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen entsprechend berücksichtigt würden.

(Nachzulesen in den Veröffentlichungen des Sachverständigenbeirates beim BMA in den von **Schillings** herausgegebenen elektronischen Anhaltspunkten.)

## **1. Der Charakter der Anhaltspunkte**

aa. Die Anhaltspunkte 1996 haben nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Urteil vom 09.04.1997, 9 RV 54/95 m. w. N.) **normähnlichen** Charakter und sind von den Sozialgerichten in

der Regel wie untergesetzliche Normen anzuwenden. Dieser Rechtsprechung hat sich das Landessozialgericht NRW erst jüngst wieder in mehreren Entscheidungen angeschlossen (LSG NRW vom 08.08.2002 – L 7 SB 70/02; LSG NRW vom 12.06.2002 – L 7 SB 39/02 und L 7 SB 65/02).

Es hat damit die Kritik des Sozialgerichtes Düsseldorf (Urteil vom 13.02.2002, S 31 SB 282/01) zurückgewiesen, das die Anhaltspunkte nicht mehr anwenden wollte, sondern statt dessen die sog. Behindertentabelle [www.behindertentabelle.de](http://www.behindertentabelle.de) . Das Sozialgericht hatte die Anhaltspunkte wegen fehlender demokratischer Legitimation, Verstoß gegen höherrangiges Recht, Abweichungen von den Bewertungsrichtlinien der Unfallversicherung und fehlender Transparenz des Prozesses ihres Erlasses und ihrer Weiterentwicklung nicht mehr anwenden wollen.

Warum erzähle ich Ihnen das?

Um noch einmal die Grundsatzbedeutung der Anhaltspunkte, auch bei der Bewertung von Schmerzen, auf die ich gleich kommen werde, zu betonen.

bb. Die Anhaltspunkte sind – so das Bundessozialgericht und das Bundesverfassungsgericht übereinstimmend – **antizipierte Sachverständigengutachten**, die den aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand der herrschenden medizinischen Lehrmeinung repräsentieren.

Sie dienen der Versorgungsverwaltung und den Gerichten als sog. **"einleuchtendes, abgewogenes und in sich geschlossenes Beurteilungsgefüge, um unter Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes den zutreffenden Grad einer Behinderung zu bestimmen"**. Sie werden benutzt, weil das Gesetz selbst keine Kriterien dafür kennt, wie eine Behinderung im Einzelfall konkret zu bewerten ist. Auch ein aus der Natur der Sache sich ergebender Maßstab, mit dem festgestellt werden kann, wie Gesundheitsstörungen und ihre funktionellen Auswirkungen im Behindertenrecht zu bewerten sind, gibt es nicht. Insbesondere für Fallgruppen von Gesundheitsbeeinträchtigungen, bei denen keine oder jedenfalls keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, gibt es keinen Maßstab, mit dem die richterliche Entscheidung kontrolliert werden kann. So heißt es beim BSG lapidar: "Für die Richtigkeit der Anhaltspunkte außerhalb ihres eigenen Systems gibt es keinen ausreichenden Maßstab".

cc. Die Anhaltspunkte bewerten die Gesundheitsstörung daher nicht nur im Sinne eines Sachverständigengutachtens, sondern sie legen **normativ** auch fest, was gelten soll (BSG vom 23.06.1993, 9/9a RVS 1/91; vom 11.10.1994, 9 RVS 1/93; vom 11.10.1994, 9 RVS 2/93; Bundesverfassungsgericht Beschluß vom 06.03.1995, 1 BVR 60/95)

#### **b. Kann man von den Anhaltspunkten abweichen?**

Für ihre praktische Tätigkeit leitet sich aus der festgeschriebenen Normähnlichkeit der Anhaltspunkte und ihres Charakters als antizipierten Sachverständigengutachtens wichtige Schlußfolgerungen ab:

1. Die **generelle** Richtigkeit der Anhaltspunkte kann durch ein Einzelfallgutachten nicht widerlegt werden.
2. Ein Abweichen von den Anhaltspunkten ist nur in eng begrenzten Fällen und nur ganz ausnahmsweise zulässig:
  - a. Bei Verstoß der Anhaltspunkte gegen höherrangiges Recht.
  - b. Vorliegen eines Sachverhalts, der aufgrund individueller Verhältnisse einer gesonderten Beurteilung bedarf.
  - c. Abweichen der Anhaltspunkte von dem gegenwärtigen herrschenden Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft.
  - d. Ergänzung der Anhaltspunkte im Sinne des Füllens einer planwidrigen Lücke.

Nur die zwei zuletzt genannten Möglichkeiten dürften für Ihre Praxis relevant sein, denn es gibt so gut wie keinen Fall, der wegen seiner individuellen Verhältnisse einer gesonderten Beurteilung und Abweichung bedarf.

So hat die Richterin am Landessozialgericht Straßfeld in ihrem Aufsatz, Charakter der Anhaltspunkt [www.uwendler.de](http://www.uwendler.de) ausgeführt, daß sie einen solchen Sachverhalt nicht kenne, lediglich in der Diskussion sei der Fall der Schlafapnoe.



Die für Sie auch lobbymäßig interessanteste Ausnahme ist daher die Anpassung der Anhaltspunkte an den aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand der sozialmedizinischen Wissenschaft. Für die Entwicklung, Redaktion und Fortschreibung der Anhaltspunkte ist die Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA, kurz Sachverständigenbeirat genannt, zuständig. In veröffentlichten Rundschreiben des BMA, bzw. in den Tagungsniederschriften des Sachverständigenbeirates finden sich die Empfehlungen zur Übernahme geänderter Erkenntnisse der sozialmedizinischen Wissenschaft. Daß diese nur bedingt öffentlich zugänglich sind, gehört zu den aktuellen Problemen, die die Gerichte rügen (LSG NRW vom 08.08.2002, L 7 SB 70/02).

Die Ergänzung der Anhaltspunkte im Sinne einer Lückenfüllung betrifft die Fälle, in denen die Anhaltspunkte ungewollt – also planwidrig – unvollständig sind und damit ergänzungsbedürftig.

Wenn man nun also um die **Grundsatzqualität** der Anhaltspunkte weiß, steht fest, daß die Beurteilung von Schmerzpatienten im Behindertenrecht sich ausschließlich innerhalb dieses normähnlichen Systems der Anhaltspunkte bewegen muß, um etwas bewirken zu können. Die juristische Arbeit besteht dabei darin, den vom Mediziner/Sachverständigen vorgetragenen bzw. ermittelten Sachverhalt unter die Begrifflichkeiten der Anhaltspunkte zu subsumieren, Spielräume zu nutzen und damit einen Grad der Behinderung zu ermitteln.

### **c. Was macht man, wenn die Anhaltspunkte nichts regeln?**

Dabei nennen die Anhaltspunkte nicht für alle Gesundheitsstörungen und ihre funktionellen Auswirkungen einen eigenständigen Grad der Behinderung oder eigenständige Beurteilungskriterien. Sie stellen aber nach der Rechtsprechung keinen Numerus Clausus dar.

In einem solchen Fall sind im Wege der Analogie Werte aus vergleichbaren, in den Anhaltspunkten genannten Gesundheitsstörungen zu finden. Beispiele hierfür lassen sich den Tagungsniederschriften des Sachverständigenbeirates entnehmen. Soweit Gesundheitsstörungen und ihre funktionellen Auswirkungen in den Anhaltspunkten nicht eindeutig oder unbestimmt beschrieben werden, gilt für deren Konkretisierung ebenfalls zunächst der Vorrang des Sachverständigenbeirates.

## **2. Der Grad der Behinderung**

Wie erfolgt nun die Feststellung eines Grades der Behinderung unter zur Hilfenahme der Anhaltspunkte im Einzelnen?

### **a. Der Grad der Behinderung nach Funktionssystemen**

Der Grad der Behinderung ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes kein **medizinischer**, sondern ein **rechtlicher** Begriff. Er beruht nicht auf medizinischer Erfahrung, sondern auf einer rein rechtlichen Wertung von Tatsachen auf beruflichem, privatem, medizinischem und gesellschaftlichem Gebiet (BSG vom 29.08.1990, 9a/9 RVS 7/98)

Entscheidend für die Feststellung des Grades der Behinderung ist, daß dabei **keine Diagnosen** oder sonstigen medizinischen **Krankheitsbezeichnungen** oder **Normabweichungen** festgestellt werden. Maßgebend für die Höhe des Grades der Behinderung sind die Auswirkungen der Normabweichung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Partizipationsdefizite). Je größer dieses Defizit ist, um so höher ist der festzustellende Grad der Behinderung.

Bei dem **Einzelgrad** der Behinderung handelt es sich um eine **Einsatzgröße**, mit dem der Gesamtgrad der Behinderung vorbereitet, nachvollziehbar begründet und damit überprüfbar gemacht wird. Ein Einzelgrad der Behinderung entfaltet keine Bindungswirkung, sondern gilt als Meßgröße für mehrere zugleich vorliegende Funktionsstörungen, die im Gesamtgrad der Behinderung, dem Maß der Behinderungen sämtlicher Funktionsbeeinträchtigungen aufgehen (BSG vom 05.05.1993, 9/9a RVS 2/92; vom 10.09.1997, 9 RVS 15/96).

Es können also auch mehrere Beeinträchtigungen vorliegen. In diesem Fall müssen die Auswirkungen der Beeinträchtigungen der Reihe nach ermittelt werden. Dabei sind keine **Fachbereichsgrade der Behinderung** zu bilden (LSG NRW vom 09.02.1999, Az: L 6 SB 152/97), sondern der Grad der Behinderung wird nach Funktionssystemen ermittelt.

Die Anhaltspunkte bestimmen hierzu unter Ziffer 18 Abs. 4: Im allgemeinen sollen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden:

Gehirn einschließlich Psyche;

Augen;

Ohren;  
Atmung;  
Herz- Kreislauf;  
Verdauung;  
Harnorgane;  
Geschlechtsapparat;  
Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem;  
Innere Sekretion und Stoffwechsel;  
Arme;  
Beine;  
Rumpf;

Die Bildung des Gesamtgrades der Behinderung erfolgt dann unter Zugrundelegung der Einzelgrade der Behinderung für die Funktionssysteme. Gibt es innerhalb der Funktionssysteme mehrere Behinderungen, so folgt dort die Ermittlung den nachfolgenden Regeln für die Bildung des Gesamtgrades der Behinderung.

### **3. Wie bildet man den Gesamtgrad der Behinderung?**

- a. Eine einfache Addition der Grade der Behinderung oder die Anwendung irgendeiner anderen mathematischen Formel auf die Bildung des Gesamtgrades der Behinderung ist unzulässig.

Wenn es darum geht, den Gesamtgrad der Behinderung zu ermitteln, so wird § 69 III SGB IX konkretisiert durch:

Nr. 19 der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit, die in der Entscheidung des BSG vom 13.12.2000, B 9 V 8/00 R ausdrücklich noch einmal geprüft, bestätigt und kommentiert wird.

b. Es gilt also das Prüfungsschema der Ziffer 19 der Anhaltspunkte:

1. Prüfung des Einzel-GdBs = der höchste Einzel-GdB "führt"

2. Prüfung, ob und inwieweit durch alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen das Ausmaß der Behinderungen größer wird, also 10 oder 20 oder mehr Punkte dem Einzel-GdB zuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Hierbei werden die **Wechselwirkungen** zueinander geprüft:

a. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen sind voneinander unabhängig und betreffen verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens (jeder Bereich ist nach der Schwere der einzelnen Gesundheitsstörung entsprechend bei der Gesamtbeurteilung zu beachten).

b. Die Funktionsbeeinträchtigung wirkt sich besonders nachteilig aus (zum Beispiel bei Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen) = Erhöhung des GdB.

c. Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen überschneiden sich = nur noch geringe Erhöhung.

d. Die Funktionseinschränkungen sind voneinander unabhängig = keine Verstärkung des GdB

3. Prüfung welche Einzel-GdB-Werte insgesamt berücksichtigungsfähig sind.

Von Ausnahmefällen abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden kann, auch dann nicht, wenn mehrere derartige Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei einer leichten Funktionsbeeinträchtigung bei einem GdB von 20 v.H. ist es nach den Anhaltspunkten vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Die Nichtberücksichtigung von 10er-Graden hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 13.12.2000, Az. B 9 V 8/00 ausdrücklich noch einmal bestätigt. Danach gilt das Erhöhungsverbot ausnahmslos wenn die Funktionsbeeinträchtigungen verschiedene Lebensbereiche betreffen. Eine Verstärkung ist damit nur ganz ausnahmsweise einmal dann zulässig, wenn sich eine Funktionsbeeinträchtigung auf eine andere besonders nachteilig auswirkt.

4. Zum Abschluß der Prüfung wird eine Art Schlüssigkeitscheck durchgeführt. Dabei wird unter Gesamtwürdigkeit der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen ein Vergleich mit Gesundheitsschäden angestellt, für die in der Tabelle feste Grade der Behinderungen angesetzt sind. Ein Gesamtgrad der Behinderung von 50 v.H. kann danach beispielsweise nur dann angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung

der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist, wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz- Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bei bereits leichter Belastung und schweren Schäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung, u.s.w.

#### **IV. Die Beurteilung von Schmerzpatienten**

Nachdem Sie nun die Grundregeln über die Feststellung des Einzelgrades und des Gesamtgrades der Behinderung unter Berücksichtigung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit kennengelernt haben, lässt sich für Sie schon sehr viel leichter die Frage beantworten, was dies in der praktischen Anwendung für Ihre Schmerzpatienten bedeutet.

##### **1. Welche Schmerzen werden allgemein berücksichtigt?**

Die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit regeln in Ziffer 18 Abs. 8 allgemein, daß auch die "seelischen Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten sind". Gleich danach heißt es aber einschränkend, daß die in der Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit einschließen und auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände mitberücksichtigen. Damit grenzen die Anhaltspunkte die Berücksichtigung des Phänomens Schmerz ein, über das es in der sozialmedizinischen Begutachtung heißt:

"Schmerzen sind das häufigste Symptom in der Praxis. Nach Untersuchungen geben 14 % der Erwachsenen an, daß sie mehr als 30 Tage im Jahr Rückenschmerzen haben, 13 % Kopfschmerzen, 9 % Muskelschmerzen."

In den Fällen, so die Anhaltspunkte weiter, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine **über das übliche Maß hinausgehende**, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können jedoch nach den Anhaltspunkten höhere Werte angesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen). Ein Phantomgefühl allein – so die Anhaltspunkte – bedingen keine zusätzliche Bewertung beim Grad der Behinderung.

## **2. Schmerzpatienten in der Bewertung der Anhaltspunkte**

Neben diesem im allgemeinen Teil der Anhaltspunkte versteckt liegenden Hinweis über die Bewertung von Schmerzen findet man ausdrückliche weitere Hinweise im besonderen Teil – der Bewertung der besonderen Funktionssysteme – nur noch sehr vereinzelt.

Beim Gliedmaßenverlust unter Ziffer 26.18 der Anhaltspunkte gibt es zum Beispiel nur noch einmal am Ende des Abschnittes zu den Schäden der oberen Gliedmaßen einen Hinweis darauf, daß die obigen Sätze für den "Gesamtverlust der Finger bei reizlosen Stumpfverhältnissen" gelten. Fingerstümpfe im Mittel- und Endglied könnten schmerzhafte Narbenbildungen und ungünstige Weichteildeckung zeigen. Empfindungs-



störungen an den Fingern, besonders am Daumen und Zeigefinger, könnten die Gebrauchsfähigkeit der Hand wesentlich beeinträchtigen.

Weitere Hinweise, zum Beispiel bei der Amputation unterer Gliedmaßen, sucht man vergebens.

Findet man also keine weiteren Hinweise, so gilt der Grundsatz "übliche Schmerzen sind berücksichtigt", besondere Schmerzen bedürfen der Begründung. Hier ist Ihre individuelle Arbeit gefragt.

a. 26.18 der Anhaltspunkte,

Das Beispiel der Haltungs- und Bewegungsorgane und die rheumatischen Krankheiten.

Unter dieser Ziffer, also den Haltungs- und Bewegungsorganen, findet man die meisten gesonderten Hinweise auf die Bewertung von Schmerzen. So wurde bei der Durchsicht von Gutachten für die Sozialgerichtsbarkeit in einer Untersuchung festgestellt, daß in 96 % der orthopädischen Gutachten chronische Schmerzsyndrome im Vordergrund der geäußerten Schmerzen standen, während in den neurologisch/psychiatrischen Gutachten 81 % und bei den allgemeinmedizinischen Gutachten nur 47 % Klagen über Schmerzsyndrome eine Rolle spielen. (Schulte, Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung chronischer Schmerzsyndrome, Medizinischer Sachverständiger 1999, Seite 52 bis 56).

aa. Unter 26.18 der Anhaltspunkte werden also die Funktionssysteme **Arme, Beine, Rumpf** angesprochen. Für alle stellen die Anhaltspunkte darauf ab, daß der GdB-Grad entscheidend von den Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigung (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und der Mitbeteiligung anderer Organsysteme abhängt. Die üblicherweise dabei auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt.

Nur **außergewöhnliche Schmerzen** sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen. Schmerzhaft eingeschränkte Bewegungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. So hat der Sachverständigenbeirat zum Beispiel bestätigt, daß die Knorpelschäden der Kniegelenke im Vergleich zu den Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk nicht zu hoch in den AHP angesetzt seien. Die Beiratsmitglieder wiesen darauf hin, daß ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke auch ohne Bewegungseinschränkungen meist mit erheblichen anhaltenden Reizerscheinungen (Kapselschwellungen, Schmerzen) verbunden sind, so daß ein GdB/MdE-Grad von 30 in diesen Fällen durchaus berechtigt sei, auch im Vergleich zu einer Versteifung eines Kniegelenkes, die in der Regel nicht mit Schmerzen verbunden sei.

Besonders wichtig ist für Sie der Hinweis, daß die in bildgebenden Verfahren festgestellten Veränderungen allein noch kein Grad der Behinderung rechtfertigen.

Bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten wie zum Beispiel Osteoporose rechtfertigt eine ausschließlich meßtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehaltes noch nicht die Annahme eines GdB-Grades. Es kommt alleine auf die Funktionsbeeinträchtigung einschließlich der Schmerzen an. Dies hat der Sachverständigenbeirat ausdrücklich noch einmal bestätigt. Der Osteodensitometrie komme keine eigene Bedeutung bei der gutachterlichen Beurteilung der Osteoporose zu.

#### bb. Wirbelsäulenschäden

Ausdrückliche Erwähnung finden Schmerzen bei den Wirbelsäulenschäden. Dort werden Grade der Behinderung entsprechend den funktionellen Auswirkungen in Wirbelsäulenabschnitten festgelegt, u.a. danach welcher Grad einer Instabilität vorliegt. Diese wird definiert als die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen (8.140). Nur mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen, also eine Instabilität schweren Grades in einem Wirbelsäulenabschnitt können überhaupt zu einem Einzelgrad der Behinderung von 30 v.H. führen.

Es bedarf mehr als einer Diagnose, wenn der Patient einen höheren Grad der Behinderung allein aufgrund seiner Wirbelsäulenschäden geltend machen will. Die Anhaltspunkte weisen darauf hin, daß ausnahmsweise bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinung (Postdiskotomiesyndrom) GdB-Werte von über 30 v.H. in Betracht kommen.

## cc. Gelenkschmerzen

Das Thema der vielfältigen Arten von Gelenkschmerzen wird mit diesen allgemeinen Ausführungen in den AHP nicht abgehandelt. Weitere Hinweise sucht man vergebens. Hier wird man nur fündig, wenn man sich die Bewertung der einzelnen Gliedmaßenschäden ansieht, die jedenfalls zwischen der Versteifung und der Bewegungseinschränkung des jeweiligen Gelenks differenziert.

Im übrigen gilt die Regel: Übliche Schmerzen, auch besonders schmerzhafte Zustände sind in der Bewertung der einzelnen Grade der Behinderung enthalten.

## b. Spielräume in der Bewertung von Schmerzpatienten

aa. Viele Werte in den Anhaltspunkten sind Rahmenwerte, also Werte von zum Beispiel 10 – 20 %, 20 – 30 %, etc.

Hier können die Informationen des Arztes es dem Juristen ermöglichen, zwischen einem Fall innerhalb der Norm und dem besonderem Fall zu differenzieren und so den möglichen Spielraum auszufüllen. Besonderheiten können also so bewertet werden, dass der "Rahmen" mit rechtlich bedeutsamen Konsequenzen gefüllt wird.

### **Zur Erinnerung:**

Einzelwerte des Grades der Behinderung von 10 v.H. erhöhen im Grundsatz nie, 20 v.H. kann den Grad der Behinderung erhöhen, muß es aber nicht immer, 30 v.H. erhöht.

Es kommt also trotz der Taxwerte in den AHP entscheidend darauf an, nicht nur das Maß der Bewegungseinschränkungen zu quantifizieren, sondern dem Juristen Anhaltspunkte dafür zu geben, warum 20 % und nicht 10 %, 30 % und nicht 20 %, etc. richtig ist.

bb. Hierzu ist es notwendig zu erfahren, unter welchen Teilhabestörungen der Betroffene leidet. Solche Teilhabestörungen (Partizipationsdefizite) sind - darüber ist man sich einig – anhand der von der WHO formulierten internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigungen (ICIDH) bzw. der Nachfolgeklassifikation der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu konkretisieren. So bestand unter den Teilnehmern am 2. Sachverständigen-Symposium im LSG NRW 2002 Konsens, daß ein Gericht ein ärztliche Stellungnahme/ ein Gutachten eigentlich nur dann verwenden kann, wenn die funktionellen Einschränkungen und Tätigkeitsstörungen (Disabilities) bei Aktivitäten des Individuums und die soziale Beeinträchtigungen und Integrationsstörungen (Handicaps) über organbezogenen Diagnosen/Schädigungen (Impairments) hinaus ausführlich beschrieben werden, um auf dieser Grundlage einen GdB vorzuschlagen ([www.lsg.nrw.de](http://www.lsg.nrw.de)).

Noch einmal sei in Erinnerung gebracht, der Begriff der Behinderung ist nicht identisch mit dem Begriff der Krankheit. Sie ist, so der Vorsitzende Richter am LSG NRW Frehse: "Eine soziale Situation aufgrund individueller und gesellschaftlicher Faktoren, aber keine persönliche Eigenschaft. Die Behinderung ist an der Beeinträchtigung der Teilhabe in Gesellschaft und Arbeitsleben zu erkennen."

In anderen Rechtsbereichen, zum Beispiel in der Begutachtung der gesetzlichen Rentenversicherung, hat die Einschätzung, Beurteilung und Bewertung anhand des Krankheitsfolgenmodells der WHO bereits Fuß gefaßt. (Vgl. [www.bfa.de](http://www.bfa.de) - Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche; Leitlinien für den beratungsärztlichen Dienst der BfA; 2. Fassung Februar 2002; Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung; Hinweise zur Begutachtung, September 2002)

Man begegnet ihr in ärztlichen Stellungnahmen neuerdings häufiger und es dürfte als ausgesprochenes Qualitätsmerkmal geltend, sich als Arzt an diesem Modell bei der Abgabe seiner Stellungnahmen zu orientieren, auch wenn das Korsett der AHP zum Teil wenig Spielraum läßt und zwingend zu beachten ist, daß die Schwerbehinderung im Sinne des SGB IX in keinerlei Wechselwirkungen zu den Fragen der Erwerbsminderung (BSG vom 08.08.2001 B 9 SB 5/01 B) bzw. der Rehabilitation steht, die berufsbezogenen Einschränkungen also absolut in den Hintergrund treten.

Da es entsprechende Veröffentlichungen im Behindertenrecht (noch) nicht gibt, hier eine kurze Übersicht aus der Rehabilitationsbegutachtung:

**Überblick über die Bestandteile der ICDH-2 bzw. ICF<sup>1</sup>**

	<b>Körperfunktionen/-strukturen</b>	<b>Aktivitäten</b>	<b>Partizipation</b>	<b>Kontextfaktoren</b>
<b>Ebene der Funktionsfähigkeit</b>	Körper (Körperteile, Körpersysteme)	Individuum (Person als Ganzes)	Gesellschaft (Lebensbereiche/-situationen)	Umweltfaktoren + personbezogene Faktoren (externer/interner Einfluss auf die Funktionsfähigkeit)
<b>Merkmale</b>	Körperfunktionen Körperstrukturen	Durchführung von Aktivitäten einer Person	Teilnahme oder Teilhabe an Lebensbereichen/-situationen	Eigenschaften der physikalischen und sozialen Welt, Einstellungen von Menschen, Attribute/ Eigenschaften der Person
<b>positiver Aspekt (Funktionsfähigkeit)</b>	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivität	Partizipation	Fördernde oder unterstützende Faktoren
<b>negativer Aspekt (Behinderung)</b>	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität	Beeinträchtigung der Partizipation	Barrieren, Hindernisse

<sup>1</sup>Nach ICDH-2 2000, ICF-Kurzfassung 2001

### Definitionen der Dimensionen aus ICIDH-2 bzw. ICF<sup>1</sup>

**Körperfunktionen** sind die physiologischen oder psychischen Funktionen von Körpersystemen.

**Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Eine **Schädigung** ist eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinn einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes.

Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Tätigkeit (Aktion) durch eine Person.

Eine **Beeinträchtigung der Aktivität** ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit für eine Person, die Aktivität durchzuführen.

**Partizipation** ist die Teilnahme oder Teilhabe einer Person in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation.

Eine **Beeinträchtigung der Partizipation** ist ein nach Art und Ausmaß bestehendes Problem einer Person bezüglich ihrer Teilhabe in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation.

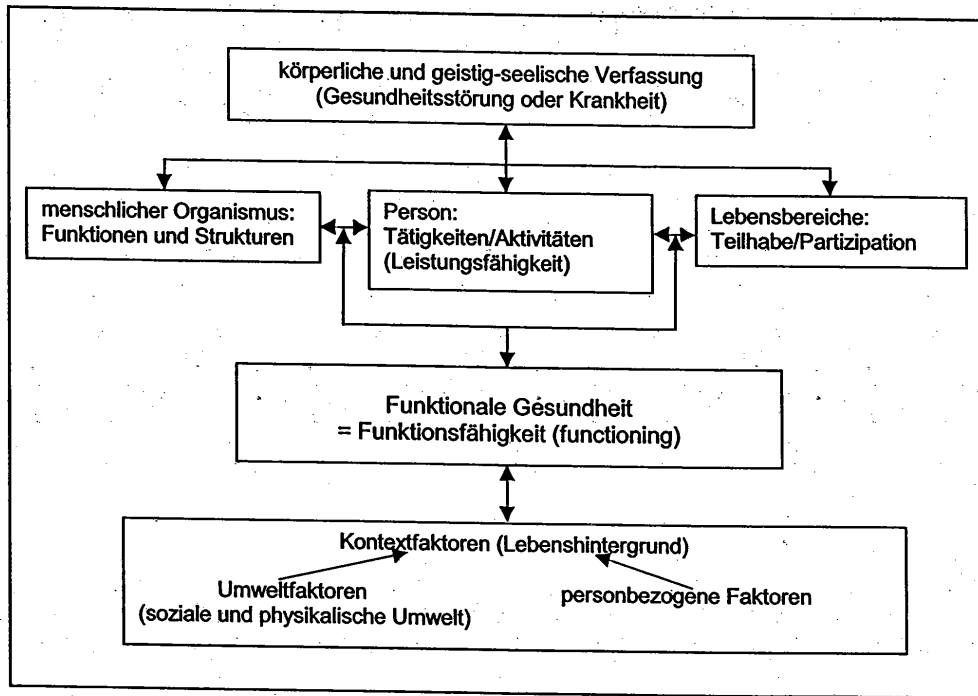
Durch Berücksichtigung von **Kontextfaktoren** (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) wird der Lebenshintergrund des Betroffenen aufgenommen.

Alle Dimensionen gehen in die **funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit, „functioning“)** ein. Die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit - insbesondere die Teilhabe an einem oder mehreren Lebensbereichen - wird als **Behinderung** gekennzeichnet.

<sup>1</sup> Nach ICIDH-2 2000, ICF-Kurzfassung 2001



**Interaktionen zwischen den Dimensionen der ICIDH-2/ICF<sup>1</sup>:**



<sup>1</sup> Nach ICIDH-2 2000, ICF-Kurzfassung 2001.

Nach Maßgabe des Krankheitsfolgemodells der WHO gilt es auch im übrigen die sonstigen Spielräume der AHP zu füllen und hier ist die Domäne des behandelnden Arztes.

### c. Das Fibromyalgiesyndrom

Allerdings hat die Rechtsprechung für das derzeit populärste Krankheitsbild, das Fibromyalgiesyndrom, unter Hinweis auf die allgemeinen Ausführungen in den AHP bereits Bewertungsgrenzen gezogen, die nur durchbrochen werden können, wenn die herrschende medizinische Wissenschaft hier zu anderen Bewertungen kommen sollte: Derzeit gelten nach mehreren Entscheidung des LSG NRW (vom 09.02.1999 – L 6 SB 46/98 und vom 12.03.2002 – L 6 SB 13701) folgende Grundsätze:

- Für die GdB-Bewertung ist nicht die Diagnose ausschlaggebend, die als Ursache einer Funktionsbeeinträchtigung in Betracht kommt.

Entscheidend ist vielmehr das tatsächliche Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung unter Berücksichtigung der jeweiligen Organbeteiligung und der Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. (AP Nr. 26.18, S. 136).

Dabei nennen die AHP für die Bewertung des FMS keine speziellen GdB-Werte, so daß sich der Grad der Behinderung in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen beurteilt (AHP 26.1, Abs. 2, S. 48).

Als Vergleichsmaßstab kommt beim Fibromyalgiesyndrom wie auch bei anderen Krankheitsbildern (zum Beispiel chronisches Müdigkeitssyndrom, Multiple demical sensivity) mit Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen, denen kein oder keine primär organischer Befund zugrunde liegt, an ehesten die in Ziffer 26.3, S. 60 AHP unter "Neurose, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Träumen" genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und eventuell sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht (Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirates bei BMA vom 25. bis 26.11.1998) Hiernach ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 – 20 vorgesehen.

Ein GdB von 30 – 40 ist erst bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit (zum Beispiel ausgeprägtere, depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) gegeben. Ein GdB von 50 kann erst bei schweren Störungen (zum Beispiel schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Ansatz gebracht werden (vgl. AHP S. 60 ff.).

In seiner jüngsten Entscheidung vom 12.03.2002 lehnt es das LSG NRW im übrigen ab, für das Fibromyalgiesyndrom ohne weiteres die Bewertung für entzündlich/rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (zum Beispiel Bechterew-Krankheit) zu übernehmen. Dort komme nämlich ein GdB von 50 v.H. nur bei dauernde erhebliche Gelenksbehinderungen in Betracht. Maßgeblich für die Bewertung seien Art und Umfang des Gelenkbefalls. Gebe es eine solche Gelenkbeteiligung

oder eine solche anderweitige Gelenkbeteiligung nicht, so sei eine Übertragung nicht möglich (LSG NRW vom 12.03.2002, L 6 SB 137/01, abgedruckt unter [www.anhaltspunkte](http://www.anhaltspunkte.de)).

Die bereits von oben erwähnte, bisher aber nicht anerkannte Behinderertabelle, will sich dagegen an den Vorgaben für die Bewertung von Ohrgeräuschen (Tinnitus) orientieren (AHP S. 74) und schlägt folgende Bewertung und Begründung vor:

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

**Zusatz:**

In dieser Bewertung sind die durch die Fibromyalgie ausgelösten typischen Beschwerden und Behinderungen (Schmerzzustände, Schlaflosigkeit, Stimmungsveränderungen, etc., für die Fibromyalgie typische Funktionseinschränkungen) mit beinhaltet. Nachgewiesene Funktionseinschränkungen sind gegebenenfalls in einer einheitlichen Leidensbezeichnung erhöhend und bewerten.

## **Begründung:**

1. Es besteht immer wieder das Problem, daß bisher die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule separat bewertet werden und dann die Antragsteller auf der zusätzlichen Berücksichtigung der "Fibromyalgie" bestehen. Mit dem Nachsatz wird die Erkrankung mit allen ihren Auswirkungen zusammengefaßt, wie das auch bei der Bewertung einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis (Seite 135 AHP 1996) gemacht werden soll.
2. Eine Aufspaltung der Fibromyalgie-Bewertung in die rein psychische und rein somatische Komponente erscheint nicht sinnvoll und entspricht auch nicht dem Krankheitsbild. ([www.behindertenbebelles.de/dalisch.htm](http://www.behindertenbebelles.de/dalisch.htm))

Eine veröffentlichte intensive Auseinandersetzung mit diesem Vorschlag ist mir bisher nicht bekannt. Dies gilt bzgl. der Alternativbewertung bei neurologisch/psychiatrischen Leiden, auf die ich später noch eingehen werde.

Anzunehmen ist allerdings, daß es auch zukünftig bei einer eher engen Bewertung des Fibromyalgiesyndroms bleiben wird.

Im Zusammenhang mit einem Wirbelsäulenschaden hat das LSG in seiner Entscheidung vom 28.11.2000 beispielsweise darauf hingewiesen, daß selbst dann, wenn man eine Fibromyalgie mit 40 v.H. bewerten würde, so würde dies durch einen Teil-GdB von 20 v.H. für einen Wirbelsäulenschaden nicht auf 50 v.H. erhöhen, da sich solche leichten Funktionsstörungen der Wirbelsäule mit der durch das Fibromyalgiesyndrom

bedingten Schmerzsymptomatik überschritten (LSG vom 28.11.2000 – L 6 SB 46/98 – [www.anhaltspunkte.de](http://www.anhaltspunkte.de)).

Für die Unterstützung Ihrer Patienten ist in diesem Zusammenhang vielleicht auch von Bedeutung, daß die Experten beim 2. Sachverständigen-Symposium im LSG NRW 2002, empfohlen haben, daß "am Beispiel der Begutachtung von Fibromyalgie-Patienten eine kombinierte Begutachtung durch einen Orthopäden und einen Arzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Diplom-Psychologen erfolgen sollte, von denen zumindest ein Sachverständiger schmerztherapeutisch erfahren sein sollte. Differentialdiagnostisch sollte dabei der Anteil einer Persönlichkeitsstörung am Krankheitsbild geklärt werden soll. ([www.lsg.nrw.de](http://www.lsg.nrw.de) )

Die Bewertung des Fibromyalgiesyndroms leitet unmittelbar über in die Bewertung im Funktionssystem.

#### d. 26.3 der Anhaltspunkte Nervensystem/Psyche

aa. Im Funktionssystem Nerven/Psyche findet sich das Wort Schmerzen ausdrücklich nur bei den **Polyneuropathien**.

Zur Bewertung der GdB heißt es dort:

„Bei den Polyneuropathien können sich Funktionsbeeinträchtigungen – zum Teil abhängig von der Ursache – überwiegend aus motorischen Ausfällen (mit Muskelatrophien) oder mehr oder allein aus sensiblen Störungen und schmerzhaften Reizerscheinungen ergeben. Der GdB/MdE-Grad *motorischer* Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden (siehe Nummer 26.18, Seiten 147 f und 154) einzuschätzen.

Bei den *sensiblen* Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, daß schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen – z.B. bei Feinbewegungen – führen können.“

Damit kommt es auch hier auf die Beschreibung der speziellen Beeinträchtigung von Funktionen nach Art und Ausmaß an und ist innerhalb der Anhaltspunkte nach einer analogiefähigen Bewertung einer Gesundheitsstörung zu suchen. Dabei muß beschrieben werden, warum die konkret zu bewertenden Schmerzen über die üblichen Schmerzen hinausgehen und eine spezielle, eine ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist.

Das Ausmaß der Schmerzen muß entsprechend den Kriterien der obigen Klassifikation zu Tätigkeitsstörungen und Teilhabedefizite in Relation gesetzt werden.

bb. Im Funktionssystem Nerven/Psyche werden auch Hirntumoren, Rückenmarksschäden, multiple Sklerose, Epilepsie und Parkinsonsche Erkrankung abgehandelt.

Der zentrale Schmerz, der nach einer Läsion oder Dysfunktion im zentralen Nervensystem auftritt, findet in den Anhaltspunkten keinen besonderen Niederschlag. Entsprechend der Bandbreite von Schmerzen bedarf es zur besonderen Berücksichtigung von Schmerzen auch hier wieder der Entscheidung, ist der schmerzhafte oder sogar besonders schmerzhafte Zustand bereits in der Bewertung des Einzelgrades der Behinderung enthalten oder handelt es sich um eine Schmerzhaftigkeit, die nach dem Ausmaß weit über

das übliche Maß hinaus geht und eine spezielle ärztliche Behandlung erfordert.

- cc. Die somatoforme Schmerzstörung oder andere chronische Schmerzsyndrome, die nicht vorwiegend organisch bedingt sind, sucht man - wie eine Vielzahl anderer Schmerzerkrankungen - in den Anhaltspunkten unter Behinderungsgesichtspunkten vergebens.

Man muß sie allgemein unter den Oberpunkt der Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und die Folgen psychischer Störungen subsumieren.

Die somatoformen Störungen z.B. werden nach 26.3 der AHP als Beispiel stärker behindernde Störungen angesehen und mit einem Einzelgrad der Behinderung von 30 – 40 v. H. bewertet. Man kann sich allerdings nicht auf diese Grundbewertung zurückziehen.

Vorausgesetzt wird zunächst immer eine stärkere psychische Störung, die mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebens- und Gestaltungsfähigkeit einhergeht. Diese muß nachprüfbar diagnostiziert werden.

Als Juristin vermag ich dabei die diagnostischen Kriterien einer solchen Schmerzstörung nach DSM-IV (vgl. z.B. bei Schulte, Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung chronischer Schmerzsyndrome / Der medizinische Sachverständige Heft 2/99) oder ICD 10 nachzuvollziehen. Das Schema entspricht in etwa juristischer Arbeitsweise. Die Anhaltspunkte fordern aber darüber hinaus eine wesentliche Einschränkung der Erlebens- und Gestaltungsfähigkeit. Was mache ich als Juristin, wenn ich in einem Aufsatz über die Bewertung von Schmerzsyndromen aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters (Widder, Bewertung von Schmerzsyndromen



aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters

([www.anbev.de/publikationen](http://www.anbev.de/publikationen)) neben einer Reihe anderer Empfehlungen, Anleitungen und Leitlinien den Satz lese:

„Der Gutachter steht hier vor dem unlösbaren Problem, daß die Diagnose einer „somatoformen Schmerzstörung“ nichts über die Qualität und Quantität der Schmerzempfindungen und die damit verbundene Funktionsstörung bzw. die Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aussagt. Definitionsgemäß versagen auch sämtliche zur Verfügung stehenden bildgebenden und elektrophysiologischen Untersuchungsverfahren. Gleiches gilt für die z.B. bei Tumorpatienten brauchbaren Methoden der Algesimetrie und der Fragebogenerfassung der Schmerzempfindung, die in der gutachterlichen Situation verständlicherweise wenig konsistent sind. Auch tiefenpsychologische Erklärungsversuche, warum sich bei dem Probanden eine somatoforme Schmerzstörung entwickelt hat, helfen nicht weiter, da sie nichts über den aktuellen Umfang der Beeinträchtigung aussagen.“

Wenn der Verfasser tatsächlich das meint, was er sagt, dann hätten Jurist und Mandant keine Chance.

Hier wird besonders deutlich, wie stark Juristen auf exakte und transparente Angaben angewiesen sind. Dazu gehört auch, nicht allgemein von einem unlösbaarem Gutachterproblem zu sprechen, sondern präzise die Einschränkung zu benennen. Diese kann darin liegen, dass ein naturwissenschaftlicher Nachweis nicht geführt werden kann. Aber die Glaubhaftigkeit der Beschreibung durch den Patienten kann beurteilt werden, ebenso die Glaubwürdigkeit des Patienten.

Wir bringen keine Fälle zum Erfolg, wenn wir nicht selbst über laienhaftes medizinisches Wissen verfügen oder dieses über die reine Diagnosewiedergabe hinaus von Ihnen exakt und verständlich vermittelt bekommen.

Um fachgerecht etwas über Teilhabedifizite und Funktionseinschränkungen mitzuteilen, könnte es hilfreich sein, sich an Empfehlungen zu orientieren, wie Sie sie in Aufsätzen von medizinischen Sachverständigen oder in den Empfehlungen zur Schmerzbegutachtung, z.B. der Arbeitsgemeinschaft neurologische Begutachtung finden können ([www.anb-ev.de/publikationen](http://www.anb-ev.de/publikationen)).

Ich weiß nicht um Ihre berufspolitischen Zusammenhänge und deshalb auch nicht, inwieweit ich hier dem einen oder anderen mit der Benennung gerade dieser Empfehlungen düpiere, ich weiß aber auch, daß die ad-loc-Kommission „Begutachtung von Schmerz“ tätig war und ist.

Auf der Internetseite heißt es: „Nicht der Schmerz, sondern die Schmerzfolgen sind Thema der Begutachtung, vielfältige Methoden sind einzusetzen, die einer Schlüssigkeitsprüfung zu unterziehen sind: ([www.medizin.uni-Koeln.de/projekte/dgss/Gutachterkommission.html](http://www.medizin.uni-Koeln.de/projekte/dgss/Gutachterkommission.html).)

Weitere Informationen habe ich nicht erhalten können, aber ich gehe davon aus, daß Sie dort ebenfalls vergleichbare Kriterien finden werden oder sie Ihnen bereits bekannt sind.

Mit Modifikationen, die sich aus dem jeweils anderen Rechtsgebiet ergeben, dürften auch sozialmedizinische Beurteilungsempfehlungen aus anderen Bereichen heranziehbar sein, um handhabbare Kriterien für die Einschätzung des Grades der Behinderung zu erhalten, so z.B. die Ausführungen auf der Internetseite von Schillings, [www.anhaltspunkte.de](http://www.anhaltspunkte.de) zu den chronischen Schmerzen.

Hilfreich zum Verständnis aus juristischer Sicht sind schließlich bei den nicht organisch begründbaren Schmerzsyndromen auch die Empfehlungen der BfA für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen ([www.bfa.de](http://www.bfa.de)), die den Juristen und Mediziner einmal mehr mahnen zu beachten, daß chronische Schmerzpatienten in sich keine homogene Gruppe darstellen und auch nicht alle Patienten psychopathologische Auffälligkeiten entwickeln. Es seien differentialdiagnostische Abgrenzungen vorzunehmen, wobei nicht alle Probanden die diagnostischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfüllten. Je nach Ausprägung der Schmerzsymptomatik könne die Konzentration deutlich beeinträchtigt sein, es könnten kognitive Störungen vorhanden sein, sowie Antriebsstörungen, Störungen der Vitalgefühle, depressive Symptome, manchmal auch suizidale Tendenzen. Bei den sozialmedizinischen Beurteilungen heißt es sodann:

"Wichtig ist eine ausführliche Befragung des Probanden zu den Tagesaktivitäten. Erfragt werden müssen auch Symptome des sozialen Rückzugs. Bei weitgehender Einschränkung der Fähigkeit zur Teilnahme an den Aktivitäten des täglichen Lebens (im Sinne einer "vita minima") beispielsweise in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, Interesse oder Aufmerksamkeit

ist von einer Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens auszugehen."

Dieses Zitat verweist wiederum auf "Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin" (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) , die Leitlinien erarbeitet und in Arbeit haben:

- Somatoforme Störungen
- Somatisierungsstörungen und
- Undifferenzierten Somatisierungsstörungen.

Damit schließt sich der Kreis zu der Beurteilung und Begutachtung von Schmerzpatienten unter Verwendung des Krankheitsfolgenmodells der WHO.

Mit welcher Leitlinie auch immer - wenn sie sich die Mühe machen – nur einen Teil der Anforderungen davon in ihre ärztlichen Berichte zu übertragen und dabei zu beachten, in welchem Rechtsgebiet zu welchem juristischen Fachbegriff Sie antworten, so wird dies auf jeden Fall dazu beitragen, daß ihr Patient eine systemgerechte und damit auch eine "angemessene gerechtere" Bewertung erfahren kann.

Sie haben bis hierher anhand von Erkrankungen auf orthopädischem und psychiatrischen Fachgebiet die wesentlichen Grundprinzipien bei der Ermittlung des Grades der Behinderung und die Bedeutung von Schmerzen in diesem Zusammenhang kennengelernt.

In den sonstigen Teilen der Anhaltspunkte werden Sie bei der Vielzahl der anderen organischen Erkrankungen in der Regel nur noch teilweise fündig, wenn Sie etwas über die Bewertung von Schmerzen erfahren wollen, so zum Beispiel beim Funktionssystem.

#### e. 26.9 der AHP

##### Herz und Kreislauf

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

aa. Das Fehlen angioöser Schmerzen beispielsweise bei Herzkranken gilt als Hinweis darauf, daß keine besondere Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

bb. Bei den Gefäßkrankheiten ist es der Umfang der schmerzfreien Gehstrecke, die den Grad der Behinderung wesentlich beeinflusst.

Bei Arteriellen Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II wird bei schmerzfreier Gehstrecke in der Ebene über 500 m ein- oder beidseitig ein GdB von 20 v.H. für zutreffend gehalten. Beträgt die schmerzfreie Gehstrecke in der Ebene über 100 – 500 m ein- oder beidseitig so wird ein GdB von 30 – 40 v.H. angenommen, bei einer schmerzfreien Gehstrecke in der Ebene 50 bis 100 m ein- oder beidseitig ein GdB von 50 – 60 v.H. und schließlich bei einer schmerzfreien Gehstrecke unter 50 m ohne Ruheschmerz ein- oder beidseitig ein GdB von 70 – 80 v.H.

#### 26.15. der Anhaltspunkte

##### Stoffwechsel/innere Sekretion

In diesem Abschnitt der Anhaltspunkte findet man wiederum nur versteckte Hinweise auf die Bedeutung von Schmerzen. Lediglich bei der Gicht heißt es, bei der GdB/MdE-Beurteilung sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen."

Ansonsten finden Sie in den Anhaltspunkten so gut wie keine weiteren Ausführungen zu Schmerzen. Stets gelten also bei besonderen Schmerzen die gleichen Strukturen und Regeln, wie ich Sie Ihnen oben dargestellt habe.

Nahezu immer eröffnen sich für schwer betroffene Schmerzpatienten Beurteilungsspielräume, die mit den Daten des behandelnden Arztes im Zusammenwirken mit dem juristischen Berater genutzt werden können.

## f. 26.2 der Anhaltspunkte

### Kopf/Gesicht

Um zu einem Thema der heutigen Tagung zum Abschluß überzuleiten, möchte ich abschließend das Funktionssystem Kopf und Gesicht (26.2 der AHP) vorstellen.

In diesem System sind es die Schmerzen als solche, die den Grad der Behinderung bestimmen. Hier lassen sich deshalb besonders gut Kriterien für Analogien finden und bilden.

Die Bewertung von Gesichtsnuralgien und Migräne wird wie folgt vorgenommen:

#### aa. Gesichtsnuralgien

(z.B. Trigeminusneuralgie)

leicht

(selten, leichte Schmerzen) 0 – 10 v.H.

mittelgradig

(häufigere leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar) 20 – 40 v.H.

schwer

(häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen, bzw. Schmerzattacken) 50 – 60 v.H.

besonders schwer

(starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich)

70 – 80 v.H.

Da hier der Schmerz selbst bewertet wird, ergeben sich Beurteilungsspielräume nur aus dem vorgegebenen Behinderungsgradrahmen "von-bis".

Ebenso ist es bei der

bb. echten Migräne

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

leichte Verlaufsform

(Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) 0 – 10 v.H.

mittelgradige Verlaufsform

(häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) 20 – 40 v.H.

schwere Verlaufsform

(langandauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleitscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) 50 – 60 v.H.

cc. Dagegen ist das chronische Kopfschmerzsyndrom in den Anhaltspunkten nicht ausdrücklich aufgeführt. Kopfschmerzen finden sich in ihrer Bewertung sonst überhaupt nur noch unter dem Stichwort hirnorganisches Allgemeinsyndrom (AHP 26.3)

Aus diesem Grund war an den Sachverständigenbeirat unter anderem einmal die Bitte um Hilfen zur Differenzierung einer echten Migräne und anderen chronischen Kopfschmerzsyndromen herangetragen worden.



Dieser führte sodann aus:

Für die GdB/MdE-Beurteilung von Kopfschmerzsyndromen kommt es vor allem darauf an, daß die beigezogenen Befundberichte genaue Angaben über Art, Intensität und Dauer von Kopfschmerzen enthalten. Auf dieser Basis könnten dann in Analogie zu den Kriterien für eine Migräne sachgerechte Beurteilung abgegeben werden.

Auch hier also wieder das System:

- analogiefähige Gesundheitsstörung suchen
- Besonderheit der Schmerzsituation darstellen
- Partizipationsdefizite erläutern

Besonderheiten bei der Bewertung von Kopfschmerzsyndromen bei Kindern kennen die AHP nicht, wie auch ansonsten kindliche Besonderheiten in der AHP eher eine geringe Rolle spielen.

Nur vereinzelt findet man Hinweise auf Besonderheiten, so zum Beispiel bei den Auswirkungen eines Hirnschadens, der abhängig vom Reifungsprozeß sehr verschieden ausfallen kann (AHP 26.3).

Ob Schmerzen in unterschiedlichen Lebensstadien unterschiedliche funktionelle Auswirkungen haben, dürfte daher zu den Fragen gehören, bezüglich derer die AHP gegebenenfalls ergänzungs- bzw. abänderungsbedürftig sind, sobald dies die herrschende medizinische Wissenschaft dies so beurteilt. Dies dem Juristen zu vermitteln, ist Aufgabe des Mediziners.

Meine Damen und Herren, ich bin am Ende meines Überblicks über diejenigen Spielregeln, die man als Arzt beachten muß, wenn man einen Schmerzpatienten bei einer behindertenrechtlichen Frage beschreiben oder sogar bewerten soll.

Angefangen habe ich mit einem Zitat von Kant. Enden möchte ich mit Galenos von Pergamon, Leibarzt von Marc Aurel und Lehrer der Ärzte Roms: Von ihm stammt der Satz "Göttlich ist es Schmerzen zu lindern" In einer Zeit, in der man im Schmerz keinen Sinn mehr finden kann, sondern Schmerzen kontinuierlich traumatisieren, reicht die Linderung von Schmerzen allein nicht mehr aus. Wir müssen heute auch die Traumatisierung durch Schmerzen lindern, bestenfalls verhindern.

Um daher noch mehr Schmerz zu vermeiden, bedarf es heute wohl unseres ergänzenden Zusammenwirkens, um die Folgen des Schmerzes – auch rechtlich – zu lindern.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und würde mich für eine entsprechende Unterstützung in Zukunft freuen.