

# Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin

## II. Fachspezifischer Neurologischer Teil

### Einleitung

Die Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG) war Initiatorin zur Erstellung eines allgemeinen Teils der "Begutachtungs-Leitlinien", in welcher sie auch federführend war. Damit ist im allgemeinen Teil der Begutachtungs-Leitlinie die fachneurologische Sichtweise bereits in hohem Masse repräsentiert, weshalb dieser als integrativer Bestandteil des hier nun folgenden fachneurologischen Teils gilt.

Die versicherungsmedizinisch entscheidenden Aussagen, welche für die Qualität eines medizinischen Gutachtens ausschlaggebend sind, finden sich im allgemeinen Teil. Dieser fachspezifische Teil ist lediglich als Ergänzung aus fachneurologischer Sicht zu sehen, die Konsultation des allgemeinen Teils sei deshalb dringlich empfohlen.

### 1. Besonderheiten der Neurologischen Begutachtung

In der Neurologie stehen diverse apparative Messmethoden zur naturwissenschaftlich-begründeten Plausibilisierung von subjektiven Beschwerden zur Verfügung im Sinne der *evidence based medicine*, die in anderen Fachgebieten nicht in diesem Ausmass vorhanden sind oder sogar weitgehend fehlen. Dennoch ist im neurologischen Krankengut der Anteil von subjektiven Beschwerden, die sich bis heute der naturwissenschaftlichen Objektivierbarkeit entziehen (z.B. Schmerz, subjektives Erleben, etc.), erheblich. Solche Beschwerden, resp. Gesundheitsstörungen im gutachterlichen Kontext zu beurteilen, resp. zu plausibilisieren, erfordert neben entsprechenden versicherungsmedizinischen Kenntnissen eine grosse klinische Erfahrung.

### 2. Fachneurologische Anamnese

Besonders bei der Beurteilung von naturwissenschaftlich nicht messbaren subjektiven Beschwerden kommt der Erhebung der Anamnese eine ausschlaggebende Bedeutung zu. Die Art und Weise, wie die Beschwerden probandenseitig geschildert werden, präzise und nachvollziehbar, in Übereinstimmung mit ähnlich bekannten Krankheitsbildern, oder atypisch, ausweichend oder vage, sowie die Differenzierung zwischen Konsistenzen und/oder Inkonsistenzen innerhalb der Anamnese, zu den Akten, zum Verhalten oder zur Leistungsfähigkeit, sind wichtige versicherungsmedizinische Plausibilisierungs-Indizien. Gleiches gilt auch bei subjektiven Beschwerden mit naturwissenschaftlich messbaren objektiven Befunden.

### **3. Neurologischer Status**

Die klinische neurologische Untersuchung sowie die Verhaltensbeobachtung sind integrale Bestandteile eines fach-neurologischen Gutachtens. Umfang und Fokussierung richten sich nach der jeweiligen Fragestellung. Es ist darauf zu achten den neurologischen Status möglichst objektivierbar und nachvollziehbar zu dokumentieren. Dazu gehören insbesondere gemessene Umfangsdifferenzen mit Benennung der anatomischen Landmarken, Fotodokumentation (z.B. vegetative Auffälligkeiten bei CRPS, autonome Symptome bei Clusterkopfschmerzen) sowie die Verwendung klinischer Scores (z.B. Paresegrade nach MRC M0-5). Generell ist auch bei der Erhebung des neurologischen Status auf Konsistenzen/Inkonsistenzen zu achten, besonders bei funktionellen Störungen oder Hinweisen auf Symptomausweitung, Aggravation oder Simulation. Dazu eignen sich spezielle klinische Test: z.B. Hoover-Test, Waddell-Zeichen.

### **4. Zusatzuntersuchungen**

In der Neurologie stehen verschiedene Zusatzuntersuchungen zur Verfügung, die entweder durch den Gutachter selbst durchgeführt oder delegiert werden. Eine eigene Beurteilung der fachspezifischen Vorbefunde mit kritischer Diskussion ist unerlässlich.

#### ENMG, EEG, evozierte Potenziale, neurovaskulärer Ultraschall, Nervensonographie

Die genannten Untersuchungen kann der Gutachter bei entsprechender Qualifizierung als integrativer Bestandteil der fachneurologischen Untersuchung selbstständig durchführen. Diese Befunde stellen Bausteine zur Gesamtbeurteilung dar. So sollte beispielsweise eine elektroneuromyographische Untersuchung nur im klinischen Gesamtkontext beurteilt werden (Anamnese, klinische und elektrophysiologische Befunde). Andererseits vermag z.B. auch ein normales EEG nicht zwingend eine Epilepsie auszuschliessen.

#### Labor- und Liquordiagnostik

Je nach Fragestellung können labor- und liquordiagnostische Untersuchungen indiziert sein. Medikamentenspiegel können zudem zur Überprüfung der Therapieadhärenz eingesetzt werden. Hierbei können nicht nachweisbare bzw. unterhalb der Nachweisgrenze liegende Medikamentenspiegel - bei subjektiv angegebener täglicher Einnahme - gegen eine regelmässige Einnahme der angegebenen Substanz sprechen (siehe auch Allgemeiner Teil).

#### Bildgebung

Der Gutachter hat die fallrelevante, vorhandene Bildgebung selbstständig einzusehen und gegebenenfalls einen Neuroradiologen hinzuzuziehen, was auszuweisen ist. Bei der Beurteilung der Qualität der Bildgebung sind folgende Aspekte zu beachten:

Artefaktanfälligkeit, Feldstärke, Schichtdicke, Schnittführung, Gewichtung, adäquate Untersuchungsprotokolle.

### Neuropsychologie

Diese Verfahren stellen Zusatzbefunde dar, welche in die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung einfließen (Stöckli et al. 2005). Die Gesamtbeurteilung der entsprechenden Befunde und Schlussfolgerungen erfolgt über den jeweiligen medizinischen Gutachter.

## **5. Beurteilung von objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen**

Für viele objektivierbare neurologische Krankheitsbilder existieren ausführliche diagnostische und therapeutische Leitlinien (wie Parkinson, Demenz, Schlaganfall, Querschnittslähmung). Als neurologisch objektivierbare Befunde gelten bildgebend, neurophysiologisch oder labortechnisch nachgewiesene Pathologien, aber ebenso klinisch-pathologische Befunde, wie pathologische Reflexe, Atrophien, klinisch nachweisbare neurovegetative Pathologien, etc. In besonderen Fällen kann auch lediglich das Vorhandensein einer ganz bestimmten Symptom- und Befundkonstellation aus dem klinisch-neurologischen Kontext heraus als klinisch plausibler und damit weitgehend objektivierbares Syndrom taxiert werden (wie z.B. bestimmte Hirnstamm- oder Rückenmarkssyndrome, die sich der Bildgebung entziehen können, ebenso typische umschriebene Schmerzphänomene wie Neuralgien, Phantomschmerzen, Clusterkopfschmerz), sofern dies neurologisch und im Rahmen der Konsistenzprüfung widerspruchlos nachvollziehbar ist. In einem solchen Fall ist allerdings eine nachvollziehbare und widerspruchlose Begründung unerlässlich. Ausgewählte Störungsbilder werden im Appendix besprochen.

## **6. Beurteilung von nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen**

Wie eingangs erwähnt ist der Anteil von subjektiven Beschwerden, die sich bis heute der naturwissenschaftlichen Objektivierbarkeit entziehen, vor allem im versicherungsmedizinischen Kontext erheblich. Auch hierzu existieren Leitlinien mit Schweizer Beteiligung. Ausgewählte Störungsbilder werden im Appendix besprochen.

## **7. Konsistenzprüfung**

Die Konsistenzprüfung ist integrativer und wesentlicher Bestandteil eines jeden versicherungsmedizinischen Gutachtens. Zur Methodik und Systematik der Konsistenzprüfung wird auf den allgemeinen Teil der Leitlinien sowie auf spezifische Fachliteratur verwiesen (z.B. Kriterien nach Widder).

Die vom Exploranden vorgebrachten subjektiven Beschwerden und Leistungseinbussen sind in Korrelation zu den objektiven Befunden und zu den weiteren gutachterlich nachvollziehbaren oder nicht nachvollziehbaren Beobachtungen zu überprüfen. Daraus resultiert die rein medizinisch-neurologisch plausibilisierbare qualitative und quantitative Leistungseinbusse (z.B. Arbeitsunfähigkeit).

#### Literatur

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung:

<https://www.dgnb-ev.de/publikationen/leitlinien>; <https://www.awmf.org/leitlinien/>

Stöckli, H. R. et al. (2005): Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. In: Schweizerisches Medizinisches Forum 5 (47); 1182-7.

Widder B. Beurteilung der Beschwerdvalidität. In: Widder B, Gaidzik PW, Hrsg. Neurowissenschaftliche Begutachtung. 3. vollständig überarbeitete Auflage: Georg Thieme Verlag 2018.

## **Appendix - Ausgewählte Begutachtungssituationen (Stand 04/2020)**

Die ausgewählten Begutachtungssituationen gehen ausschliesslich auf die nationalen, versicherungsmedizinischen Besonderheiten ein. Erweiterungen sind möglich, bzw. vorgesehen.

### **A1. Neuroborreliose**

#### Versicherungsmedizinische Empfehlungen

Die Lyme-Borreliose ist im frühen lokalisierten und disseminierten Stadium (akute/frühe Neuroborreliose) durch eine leitliniengerechte orale oder parenterale Antibiotikatherapie (Doxycyclin, Ceftriaxon, Cefotaxim oder Penizillin G) effizient behandelbar, Spätmanifestationen werden dadurch allermeist verhindert.

Bei anhaltenden und beeinträchtigenden Beschwerden über einen Zeitraum von sechs Monaten nach Abschluss der leitliniengerechten Antibiose, sollte die Liquordiagnostik wiederholt werden. Bei anhaltenden entzündlichen Liquorveränderungen (Pleozytose) sollte nach Abschluss der Differenzialdiagnostik eine erneute antibiotische Behandlung erfolgen. Zur Kontrolle des Therapieerfolgs sollten folgende Parameter nicht herangezogen werden: borrelienspezifische Antikörperkonzentrationen (bzw. Titer) im Serum, borrelienspezifischer Liquor/Serum-Antikörper-Index, oligoklonale Banden im Liquor, Gesamteiweiss im Liquor, Bandenmuster im Lyme-Immunoblot.

Entscheidend für die Kontrolle des Therapieerfolgs ist die Beurteilung der klinischen Symptomatik, der Ausschluss von Differential-Ätiologien – insbesondere bei klinischer Verschlechterung unter Therapie - und das Ausmass entzündlicher Liquorveränderungen, allen voran der erneute Nachweis und der Grad einer Pleozytose.

#### Funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit:

Neurologische Residualsymptome nach leitliniengerechter Antibiotikatherapie sind selten. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund persistierender Residualsymptome richtet sich nach Art und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen. Bei persistierenden kognitiven Einschränkungen nach enzephalitischer Verlaufsform ist eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung einschliesslich Symptomvalidierung indiziert.

#### Spezielle Aspekte:

In der Schweiz ist für zeckenübertragene Krankheiten der Unfallbegriff erfüllt.

#### Literatur:

S3-Leitlinie DGN Neuroborreliose; AWMF Registernummer: 030/071; vollständig überarbeitet 21.03.2018

Oliveira & Shapiro, Update on persistent symptoms associated with Lyme disease. *Curr.Opin.Pediatr.* 2015; 27: 100-104.

## **A2. FSME**

### Versicherungsmedizinische Empfehlungen

Die Diagnose stützt sich auf die Anamnese mit Aufenthalt in einem Risikogebiet, fakultativ erinnertem Zeckenbiss und dem klinischen Verlauf mit ca. 1 Woche anhaltenden Prodromalsymptomen wie allgemeinem Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen und Fieber und wenige Tage später folgender neurologischer Symptomatik mit erneutem Fieber («zweigipfliger Fieverlauf»), gestützt durch den Nachweis FSME-spezifischer IgM- und IgG-Antikörper im Blut und entzündlicher Veränderungen in Blut und Liquor.

In 50% der Fälle kommt es zu einer isolierten Meningitis, in 40% zu einer Meningoenzephalitis und in 10% der Fälle zu einer Myelitis. Bei rein meningitischer Verlaufsform ist die Prognose am günstigsten und mit einer folgenlosen Ausheilung zu rechnen. Bei 20% der Betroffenen mit enzephalitischer Verlaufsform muss dagegen mit einer Defektheilung gerechnet werden. Mit einer Rückbildung von Defiziten drei Jahre nach der akuten Erkrankung ist kaum mehr zu rechnen. Bei 50% der Betroffenen mit myelitischer Verlaufsform ist mit dauerhaften Defiziten zu rechnen.

Doppelinfectionen mit gleichzeitiger Borreliose sind selten und verlaufen meist schwerwiegender. In der MR-Bildgebung finden sich bei nur 20% der Patienten und meist in der Akutphase symmetrische Signalveränderungen im Thalamus und im Corpus callosum. Dabei besteht jedoch keine eindeutige Korrelation zwischen Signalauffälligkeiten in der MRI und der Schwere bzw. Prognose der Erkrankung.

Die Behandlung beschränkt sich auf symptomatische Massnahmen. Wiederholte Serologien sind bei einmal gesicherter Diagnose obsolet.

### Funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit:

Versicherungsmedizinisch relevant sind Defektzustände. Bei persistierenden kognitiven Einschränkungen nach enzephalitischer Verlaufsform ist eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung einschliesslich Symptomvalidierung indiziert.

### Spezielle Aspekte:

In der Schweiz ist für zeckenübertragene Krankheiten der Unfallbegriff erfüllt.

### Literatur:

S1-Leitlinie DGN FSME; AWMF Registernummer: 030/035; Stand 19.01.2016.

Diener et al., Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 5. Auflage, Thieme Verlag 2012.

### **A3. Traumatische Hirnverletzung**

#### Versicherungsmedizinische Empfehlungen

Die Diagnose mit Schweregrad nach klinischen Kriterien erfolgt immer in Kenntnis der Echtzeitdokumentation (Notarzt-/Intensivprotokolle, Bericht Erstversorger, Polizeiprotokoll, Dokumentation antero- und retrograde Amnesie und Dauer der Bewusstlosigkeit). Mit zunehmender Latenz zum Ereignis wird die Aussagekraft der erhobenen Angaben geringer. Eine Erhebung des Verlaufs der ersten Wochen und der Begleitverletzungen ist wichtig.

Eine MR-Bildgebung wird in jedem Fall einer kausalen Begutachtung zu den Folgen eines Schädel-Hirntraumas empfohlen. Der Gutachter muss in Kenntnis der verfügbaren Evidenz neue technische Verfahren bewerten und ggf. einen Neuroradiologen hinzuziehen. Der Gutachter muss unfallbedingte von unfallfremden Befunden differenziert beurteilen. Bei der Beurteilung des Schweregrades der Hirnverletzung wird die Klassifikation der EFNS zugrunde gelegt. Bei klinischen Kriterien einer leichten traumatischen Hirnverletzung zeitnah zum Unfall und späterem bilddiagnostischem Nachweis einer strukturellen Hirnverletzung ist die bilddiagnostisch nachgewiesene Pathologie diagnosedefinierend für die Hirnverletzung (traumatische Hirnverletzung).

Beschwerden nach einem einfachen Kopfanprall (Schädelprellung) haben eine sehr gute Prognose und bilden sich typischerweise innerhalb von wenigen Tagen bis maximal Wochen vollständig zurück.

Die leichte traumatische Hirnverletzung (Synonym: Mild traumatic brain injury = MTBI, früher Commotio cerebri) hat typischerweise eine gute Prognose mit einem Abklingen unspezifischer Beschwerden innerhalb von Wochen bis wenigen Monaten, d.h. es ist in der Regel eine volle Reversibilität zu erwarten.

Bei Nachweis einer strukturellen Hirnverletzung (substantielle Hirnverletzung/TBI) sind häufiger dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erwarten, müssen jedoch nicht unausweichlich auftreten. In der Regel ist ein Heilverlauf nach einer substantiellen Hirnverletzung von 2 Jahren abzuwarten, bevor ein stabiler Gesundheitszustand angenommen und der medizinische Endzustand beurteilt werden kann.

Eine neuropsychologische Untersuchung ist beim gleichzeitigen Vorliegen einer strukturellen Hirnpathologie und Hinweisen auf neuropsychologische Defizite zwingend indiziert unter besonderer Berücksichtigung exekutiver Funktionsstörungen, Persönlichkeitsveränderung und Beeinträchtigung der sozialen Kognition. Die Topographie der Läsion sollte die



Funktionsstörung erklären können. Bei nicht struktureller Hirnverletzung ist die Indikation zur neuropsychologischen Untersuchung abhängig vom Zeitpunkt der Untersuchung und dem Rechtsgebiet der Fragestellung.

Ein isoliert-pathologischer EEG Befund kann auf eine substantielle Hirnverletzung hinweisen, ist jedoch ein unspezifischer Befund, dessen Bedeutung im Gesamtkontext gewertet werden muss.

Riechstörungen und (zentrale) Gleichgewichtsstörungen liegen im Grenzgebiet zwischen Neurologie und ORL und sollten von beiden Fachdisziplinen gutachterlich beurteilt werden. Grundlage ist ein nachvollziehbarer "objektiver" Befund (Sniffin'Sticks, Olfaktometrie, bilddiagnostischer Nachweis einer einseitigen/beidseitigen Läsion des Nervus olfactorius bzw. des Bulbus olfactorius, neuro-otologische Untersuchung).

#### Funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit:

Für die funktionellen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Persönlichkeitsveränderung, kognitive Leistungsfähigkeit, Ermüdbarkeit, Verhalten, Kopfschmerzen, Fahreignung, Motorik/Sensibilität und Schmerzen.

#### Schätzung des Integritätsschadens:

Bei der Schätzung des Integritätsschadens einer traumatischen Hirnverletzung sind folgende Bereiche zu berücksichtigen: Kognition, Psyche, Riechfunktion, Motorik/Sensibilität, posttraumatische Epilepsie, Kopf- und Gesichtsschmerzen, Gleichgewichtsstörung. Vorschäden und Begleiterkrankungen müssen bei der Schätzung des Integritätsschadens berücksichtigt und abgezogen werden. Bei im Vordergrund stehenden kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigungen wird der Integritätsschaden gemäss *Tabelle 8* der Suva "Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen" geschätzt. Bei im Vordergrund stehenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen wird der Integritätsschaden gemäss *Tabelle 19* der Suva "Integritätsschaden für psychische Folgen von Unfällen" zugrunde gelegt.

#### Literatur

Vos PE, Battistin L, Birbamer G, Gerstenbrand F, Potapov A, Prevec T, et al. EFNS guideline on mild traumatic brain injury: report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2002;9(3):207-19.

Vos PE, Alekseenko Y, Battistin L, Ehler E, Gerstenbrand F, Muresanu DF, et al. Mild traumatic brain injury. *Eur J Neurol.* 2012;19(2):191-8.

Wallesch C-W, Schmidt R. Schädel-Hirn-Traumen. In: Widder B, Gaidzik PW, editors. *Neurowissenschaftliche Begutachtung.* 3., vollständig überarbeitete Auflage ed: Georg Thieme Verlag; 2018.

Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M, Widder B, Schwerdtfeger K, Du Mesnil de Rochemnont R, et al. Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma". AWMF-Leitlinien Register [Internet]. 17.07.2014.

## **A4. Kopfschmerzen**

### Versicherungsmedizinische Empfehlungen

Die Begutachtung von primären und sekundären Kopfschmerzen erfordert besondere Kenntnisse und Erfahrungen. Der Gutachter sollte die Klassifikation der IHS (ICHD).

und die jeweils aktuellen Therapieempfehlungen der SKG & DGN/DGKM kennen.

Im gutachterlichen Kontext sind bei den primären Kopfschmerzen vor allem die chronische Migräne ohne Medikamentenübergebrauch, die chronischen trigeminoautonomen Kopfschmerzen (wie Clusterkopfschmerz, therapieresistente Hemicrania continua, SUNCT) und der Neu-aufgetretene tägliche Kopfschmerz (NDPH) relevant. Hinzu kommen auch chronische Neuropathien und Neuralgien im Gesichtsbereich. Bei den sekundären sind es die posttraumatischen Kopfschmerzen und der Ausschluss eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes (MÜKs). Letzterer liegt vor, wenn schmerzrelevante Bedarfsmedikamente an 10 oder mehr Tagen (Triptane, Opiate, Kombinationen), bei einfachen Analgetika 15 oder mehr Tagen pro Monat, eingenommen werden. Primäre Kopfschmerzen (Migräne oder Spannungstypkopfschmerz, mit Ausnahme vom Clusterkopfschmerz) stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung eines MÜKs dar. Als adäquater Behandlungsversuch gilt ein ambulantes oder stationäres Absetzen der Akutmittel für mindestens 4 Wochen.

Kopfschmerzen können auch als Symptom einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auftreten. Sie erfüllen dann in der Regel die Kriterien für einen chronischen Spannungstypkopfschmerz oder einen NDPH (Neu-aufgetretener täglicher Kopfschmerz). Für eine abschliessende Diagnose als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) ist ein zusätzliches psychiatrisches oder in Einzelfällen auch neuropsychologisches (Teil-)Gutachten Voraussetzung. Hierzu gehört insbesondere der Nachweis, dass der Kopfschmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen aufgetreten ist und dass ein ausreichender Schweregrad dieses Ereignisses vorliegt.

Eine Zusatzdiagnostik ist indiziert bei Traumata, Clusterkopfschmerzen, Neuralgien (Schädel MRI), bei Nackenschmerzen, Hinweisen für Gefässdissektion (MRI HWS und MR-Angio), in Ausnahmefällen ein EEG zur Differentialdiagnose Epilepsie vs. Migräneaura.

In der Kopfschmerztherapie werden neben den wenigen standardmedizinischen auch komplementäre Therapien und off-label-use eingesetzt. Nach der aktuellen Rechtsprechung werden alternative Behandlungsverfahren definiert als Methoden, deren Wirksamkeit von der wissenschaftlichen Auffassung bezweifelt wird, deren Unwirksamkeit oder Schädlichkeit aber nicht nachgewiesen ist.

Eine Therapieresistenz gilt dann als erwiesen, wenn der Kopfschmerz bei drei verschiedenen prophylaktischen Medikamenten in adäquater Dosis und Zeit nicht um wenigstens 50% in Intensität und/oder Dauer zurückgegangen ist.

Primäre Kopfschmerzen werden als lebenslange Erkrankung mit individuell eigenständiger Verlaufsdynamik aufgefasst. Neben genetischen Grundlagen wirken andere Faktoren (bio-psycho-soziales Modell) auf die Schwankungen im Verlauf des Lebens ein. Deshalb können Verlaufsbegutachtungen in individuell festgelegten Abständen sinnvoll sein.

#### Funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit

Kopfschmerzen führen in den allermeisten Fällen lediglich zu kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit. Chronische, insbesondere konsistent belegte therapierefraktäre Kopfschmerzen können zu einer Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen. Für die Erfassung der beruflichen Einschränkung ist eine genaue Dokumentation der Attackenfrequenz, -dauer und -stärke erforderlich (Kopfschmerztagebuch), wobei diese subjektiven Angaben auf Konsistenz geprüft werden müssen. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit wird am besten nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) definiert. Für die Migräne können zudem validierte Messinstrumente wie MIDAS (Migraine Disability Score) oder HIT-6 (Headache Impact Test) herangezogen werden.

#### Schätzung des Integritätsschadens:

Chronische Kopfschmerzen können die Schätzung eines Integritätsschadens rechtfertigen. Voraussetzungen sind ein stattgehabter geeigneter Unfall, die Dauerhaftigkeit der Beschwerden und ausgeschöpfte Therapieoptionen bei dokumentierter Therapieadhärenz sowie die Konsistenzprüfung. Die Schätzung muss mit Begründung im Quervergleich erfolgen, da eine eigenständige Tabelle der Suva für Kopfschmerzen nicht zur Verfügung steht. Es bietet sich der Quervergleich mit Tabelle 7 der Suva "Wirbelsäulenerkrankungen" an, diese Tabelle beinhaltet unter anderem eine Schmerzfunktionsskala.

#### Literatur

Leitlinie „Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“, Entwicklungsstufe S2 und unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung.

<https://www.ichd-3.org/>

[www.headache.ch/Therapieempfehlungen](http://www.headache.ch/Therapieempfehlungen)

<https://www.dgn.org/leitlinien/inhalte-nach-kapiteln>

## **A5. Epilepsie**

### Versicherungsmedizinische Empfehlungen

Bei traumatischer Hirnverletzung sind die Kenntnis und Beurteilung des Schweregrades der Hirnverletzung (Klassifikation der EFNS), des Akutverlaufs und der Akutbefunde anhand der Echtzeitdokumente sowie die Erhebung der Anfallssemiologie Voraussetzungen, um Anfälle klassifizieren und eine ätiologische Zuordnung durchführen zu können. Der Nachweis einer korrespondierenden Läsion im MRT, welches spezifisch der Fragestellung angepasst durchgeführt werden muss, ist obligatorisch für die Klassifikation als "posttraumatische Epilepsie". Entsprechende EEG-Befunde - Mehrfachableitungen erforderlich – können die Diagnose bestätigen. Vor allem die altersgruppenspezifischen Differenzialdiagnosen müssen beim Auftreten von Anfällen sorgfältig ausgeschlossen und nicht epileptische Anfälle erkannt und der adäquaten Behandlung zugeführt werden. Zur Beurteilung der Unfallfolgen sind begleitende Störungen wie organische Persönlichkeitsstörung oder neuropsychologische Defizite unbedingt abzuklären. Auch hierzu ist eine Fremdanamnese gegebenenfalls auch mit einer Person aus dem beruflichen Umfeld erforderlich.

In der Regel werden Epilepsien mit Ausnahme einiger altersabhängiger Epilepsiesyndrome als lebenslange Gesundheitsbeeinträchtigung aufgefasst. Abhängig davon kann in zwei Dritteln nach jahrelanger Anfallsfreiheit die antikonvulsive Therapie schrittweise beendet werden. Epilepsiechirurgische Massnahmen können in günstigen Fällen zur vollständigen Anfallsfreiheit führen.

### Funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit

Die Leitungsfähigkeit wird bestimmt durch Anfallsart und Anfallsfrequenz. Dies gilt ganz generell für alle Arten der therapierefraktären Epilepsien. Ein operationalisiertes Instrumentarium bieten die berufsgenossenschaftlichen Empfehlungen "BGI 585", welche auf nationale Besonderheiten angepasst werden kann.

### Schätzung des Integritätsschadens:

Die Schätzung des Integritätsschadens erfolgt gemäss Anhang 3 des UVV. Bestehen unfallbedingt zusätzliche, dauerhafte und erhebliche neuropsychologische Beeinträchtigungen und/oder Persönlichkeitsänderungen, so müssen diese in der Schätzung mitberücksichtigt werden.

### Literatur

Scheffer IE, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-21.

<https://www.ilae.org/guidelines/definition-and-classification>

Ausschuss "Arbeitsmedizin" des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), 2007. BG-Information: Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (BGI 585).

**Expertenkommission** (alphabetisch):

PD Dr. med. Andreas R. Gantenbein  
Facharzt für Neurologie  
Zertifizierter med. Gutachter SIM

Dr. med. Marc Oliver Koch  
Facharzt für Neurologie  
Zertifizierter med. Gutachter SIM

Dr. med. Andreas Mühl  
Facharzt für Neurologie

Dr. med. Holger Schmidt  
Facharzt für Neurologie  
MAS Versicherungsmedizin

Dr. med. Hans-Rudolf Stöckli  
Facharzt für Neurologie  
Zertifizierter med. Gutachter SIM

*Finale Version, 28.04.2020*