

Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin

Begutachtungsrelevante Rechtsbegriffe

in der sozialmedizinischen Begutachtung

Grundlage: Sozialmedizinisches Glossar der DRV (2021, Band 81) | SGB V, VI, VII, IX, XI

SalusCon Akademie · saluscon.de

Gliederung – Begutachtungsrelevante Rechtsbegriffe nach Rechtsgebiet

0	Einleitung: Krankheit als Ausgangspunkt · ICD-10/11 · ICF
I	SGB II – Bürgergeld: Erwerbsfähigkeit, Hilfebedürftigkeit, Zumutbarkeit
II	SGB III – Arbeitsförderung: Verfügbarkeit, Nahtlosigkeitsregelung, ALG I
III	SGB V – GKV: Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Aussteuerung, Hamburger Modell
IV	SGB VI – GRV: Erwerbsminderung, Leistungsvermögen, Berufsunfähigkeit, Stufentheorie
V	SGB VII – UV: MdE, Unfallkausalität, wesentliche Bedingung, Vorerkrankung
VI	SGB IX – Rehabilitation: Behinderung, Teilhabe, GdB, Schwerbehinderung
VII	SGB XI – Pflege: Pflegebedürftigkeit, Pflegegrade, NBI
VIII	SGB XIV – Entschädigungsrecht: GdS, wesentliche Bedingung, Kann-Versorgung
IX	Dienstrecht: Eignung, Dienst(un)fähigkeit, begrenzte Dienstfähigkeit
X	Das sozialmedizinische Gutachten: Aufbau, Leistungsbild, Fehlerquellen

0

Krankheit als Ausgangspunkt

Naturwissenschaftlich · Rechtlich · ICD · ICF

Krankheit – Ausgangspunkt jeder Begutachtung

Krankheit im naturwiss. Sinn

Abweichung vom morphologischen, physiologischen oder biochemischen Normzustand – unabhängig vom jeweiligen Rechtskontext.

Diagnosesystem: ICD-10/11
(Internationale Klassifikation der Krankheiten)

Beispiel: Bandscheibenvorfall (M51.1), schwere depressive Episode (F32.2)

Krankheit im rechtlichen Sinn

Kontextabhängig – je nach Rechtssystem unterschiedlich definiert:

- SGB V: regelwidrig, körperl./seelischer Zustand → Behandlungsbedürftigkeit und/oder AU
- SGB VII: Folge eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall/BK)
- SGB XIV: Folge einer anerkannten Schädigung

⚠ Dieselbe Diagnose kann in verschiedenen Rechtssystemen unterschiedliche Rechtsfolgen haben!

ICF – Klassifikation der Funktionsfähigkeit

Ergänzt die ICD: beschreibt die funktionellen Auswirkungen auf 3 Ebenen:

- Körperfunktionen/-strukturen
- Aktivitäten (Ausführung von Aufgaben)
- Partizipation/Teilhabe (Einbezogenheit in Lebenssituationen)

zuzüglich Kontextfaktoren (Umwelt + Person).

Grundlage für Leistungsbild, GdB/GdS-Begutachtung, Reha.



I

SGB II – Bürgergeld

Grundsicherung für Arbeitsuchende

SGB II – Bürgergeld: Zentrale Begriffe

Hilfebedürftigkeit	Person kann Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen/Vermögen bestreiten. Voraussetzung für Bürgergeld. Medizinisch relevant: Erwerbsminderung kann Hilfebedürftigkeit bedingen.
Erwerbsfähigkeit (SGB II)	Fähigkeit, unter den üblichen Bedingungen des allg. Arbeitsmarkts mindestens 3 Std./Tag erwerbstätig zu sein – unabhängig von Verfügbarkeit konkreter Stellen.
Zumutbarkeit	Welche Tätigkeiten und Bedingungen dem Leistungsberechtigten zuzumuten sind. Ärztlich relevant: körperlich, geistige, seelische Einschränkungen müssen nachgewiesen werden.
Erreichbarkeit	Person muss für das Jobcenter erreichbar sein. Krankheitsbedingte Abwesenheit (z. B. stationärer Aufenthalt) kann Ausnahme rechtfertigen – ärztliches Attest erforderlich.
Bürgergeld	Seit 2023 (Nachfolger ALG II/Sozialgeld, SGB II §§ 19 ff.): Leistung für erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige hilfebedürftige Personen im Haushalt.

SGB II – Fallbeispiel: Psychische Erkrankung und Erwerbsfähigkeit

Fallkonstellation

Herr M., 45 Jahre, kaufmännischer Angestellter (zuletzt arbeitslos), bezieht Bürgergeld. Diagnose: rezidivierende depressive Störung (F33.1), aktuell mittelgradige Episode. Tagesklinik 3×/Woche. Das Jobcenter zweifelt an der Erwerbsunfähigkeit und verlangt ein ärztliches Gutachten, da keine stationäre Behandlung vorliegt. Der Versicherte gibt an, nicht arbeitsfähig zu sein.

Ist Herr M. erwerbsfähig im Sinne des SGB II (≥ 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen)?

Gutachter bewertet: Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Tagesstrukturierung, Belastbarkeit unter Alltagsbedingungen. Maßstab: NICHT die bisherige Tätigkeit (wie SGB V), sondern übliche Arbeitsbedingungen allgemein. Bei mittelgradiger Episode ggf. noch 3–6 Std. leichte Tätigkeiten möglich → teilweise erwerbsfähig.

Welche qualitativen Einschränkungen bestehen?

Kein Zeitdruck, kein Publikumsverkehr, keine Nacharbeit, keine Tätigkeit mit hoher Eigenverantwortung. Hinweis: SGB II kennt KEINE Abstufung (kein Teilbürgergeld) – die Erwerbsfähigkeitsfrage ist binär. Bei Verneinung der Erwerbsfähigkeit: Zuständigkeit wechselt zu SGB XII (Sozialhilfe) oder SGB VI (EM-Rente).

Empfiehlt sich eine Weitervermittlung?

Reha vor Bürgergeld prüfen: Psychiatrische Reha (stationär/ambulant) oder Arbeitserprobung. Jobcenter ist zu informieren über voraussichtliche Dauer der Einschränkung. Kooperation mit Rentenversicherung bei drohender dauerhafter EM.

Gutachtliche Empfehlung

GdB-Antrag anregen (Depression GdB 30–50). Ggf. paralleler EM-Rentenanspruch. Klären, ob Rehabilitationsbedarf besteht. Gutachten muss klar zwischen erwerbsfähig/nicht erwerbsfähig entscheiden – keine 'Zwischenkategorie'.

II

SGB III – Arbeitsförderung

Arbeitslosengeld I · Verfügbarkeit · Nahtlosigkeit

SGB III – Arbeitsförderung: Zentrale Begriffe

Arbeitslosigkeit	Wer keine Beschäftigung hat, eine zumutbare Beschäftigung anstrebt, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht und bei der Agentur für Arbeit gemeldet ist. Voraussetzung für ALG I.
Verfügbarkeit	Person muss arbeitsfähig, arbeitswillig und erreichbar sein. Krankheit hebt die Verfügbarkeit auf → AU statt Arbeitslosigkeit. Grenze AU/Arbeitsfähigkeit kann gutachterlich relevant sein.
Einsatzfähigkeit	Körperliche und geistige Fähigkeit, eine zumutbare Tätigkeit aufzunehmen. Bei eingeschränkter Einsatzfähigkeit durch Krankheit/Behinderung: ärztliches Gutachten durch ärztlichen Dienst der BA.
Nahtlosigkeitsregelung (§ 145 SGB III)	Wenn EM-Rentenantrag gestellt und Erwerbsminderung streitig ist: Agentur zahlt ALG I weiter ('nahtlos'), bis Rentenversicherung entschieden hat. Gutachterlich relevante Übergangsregelung.
Arbeitslosengeld I (ALG I)	Versicherungsleistung: 60 % (67 % mit Kind) des pauschalierten Nettoentgelts. Max. 12–24 Monate je nach Lebensalter und Beitragszeiten (§§ 147, 149 SGB III).

SGB III – Fallbeispiel: Nahtlosigkeit bei strittiger Erwerbsminderung

Fallkonstellation

Frau K., 52 Jahre, Krankenpflegerin (Vollzeit), nach 18 Monaten AU wegen schwerer COPD (GOLD III, FEV1 38 %) ausgesteuert (78 Wochen Krankengeld erschöpft).

Sie stellt Rentenanspruch wegen Erwerbsminderung bei der DRV. Die DRV beauftragt ein Gutachten. Zwischenzeitlich droht eine Versorgungslücke. Frau K. hat keine Privatreserven.

Die Krankenkasse fordert Frau K. auf, sich bei der Agentur für Arbeit zu melden und angibt, weiterhin nicht leistungsfähig zu sein.

⚠ Hinweis: Der ÄD der BA prüft das Leistungsvermögen eigenständig – ein laufendes Rentenverfahren löst KEINE automatische Nahtlosigkeit aus.

Wie läuft die Prüfung beim ÄD der BA ab?

Frau K. meldet sich bei der BA und gibt an, nicht leistungsfähig zu sein. Damit wird die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen nach § 145 SGB III angestoßen. Der ÄD der BA beurteilt das Leistungsvermögen bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig von der späteren DRV-Entscheidung.

Was entscheidet der ÄD der BA konkret?

Nur wenn der ÄD ein aufgehobenes Leistungsvermögen (< 3 Std./Tag) über voraussichtlich > 6 Monate feststellt, wird Nahtlosigkeitsgeld nach § 145 SGB III gewährt.

Bei 3–< 6 Std.: ALG I, aber anteilig (Frau K. arbeitete Vollzeit → Kürzung).

Bei < 6 Monaten Leistungsunfähigkeit: keine Leistung (wird daher kaum so eingeschätzt).

Welches Leistungsvermögen ist hier gutachterlich anzunehmen?

Bei COPD GOLD III (FEV1 38 %, Belastungsdyspnoe, O₂-Abfall unter Belastung) ist ein Leistungsvermögen von < 3 Std./Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt medizinisch plausibel → Nahtlosigkeitsregelung greift.
Qualitativ: keine Staubexposition, kein Außeneinsatz, keine Nachtschicht, kein Heben > 5 kg.

Gutachtliche Empfehlung

Reha vor Rente: Stationäre Lungenreha (DRV) beantragen. Wenn Reha nicht erfolgversprechend → befristete EM-Rente auf 3 Jahre. GdB-Antrag parallel (COPD GOLD III: GdB 50–70 möglich).

Hinweis: Der ÄD schreibt Stellungnahmen (empfehlend), keine Gutachten – die Leistungsentscheidung trifft der Verwaltungsmitarbeiter des operativen Service.

SGB III – Nahtlosigkeitskaskade: Drei Szenarien im ÄD der BA

Ausgangslage: Versicherter meldet sich bei der BA und gibt an, nicht leistungsfähig zu sein → ÄD der BA prüft das Leistungsvermögen bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Leistungsvermögen < 3 Std./Tag
über voraussichtlich >6 Monate

Leistungsvermögen 3– <6 Std./Tag
(unabhängig von der Dauer)

Leistungsvermögen < 3 Std./Tag
nur kurzzeitig (< 6 Monate)

✓ Nahtlosigkeitsgeld (§ 145 SGB III)

ⓘ ALG I – anteilig

✗ Keine Leistung

Voraussetzungen:

- Aufgehobenes Leistungsvermögen < 3 Std./Tag
- Voraussichtliche Dauer > 6 Monate
- Gleichzeitig EM- oder LTA-Antrag gestellt

Leistung:

Nahtlosigkeitsgeld in Höhe von ALG I – bis zur Entscheidung des Rentenversicherungsträgers oder bis der zeitliche Anspruch endet.

⚠ **Zeitlich begrenzt! Bei noch ausstehender RV-Entscheidung nach Anspruchsende → ggf. Bürgergeld (SGB II).**

Voraussetzungen:

- Teilschichtiges Leistungsvermögen (3–6 Std.)
- Versicherter stellt sich dem Arbeitsmarkt nur teilschichtig zur Verfügung

Leistung:

ALG I – aber anteilig berechnet, wenn vorher Vollzeitätigkeit. Kein Nahtlosigkeitsgeld, da kein aufgehobenes Leistungsvermögen.

⚠ **3–6 Std. im ÄD-Gutachten führt also NICHT zu vollem ALG I, wenn vorher Vollzeit gearbeitet wurde!**

Voraussetzungen:

- Aufgehobenes Leistungsvermögen < 3 Std./Tag
- Aber: voraussichtliche Dauer unter 6 Monate

Leistung:

Weder ALG I noch Nahtlosigkeitsgeld – da weder Verfügbarkeit noch die Voraussetzungen des § 145 SGB III erfüllt sind.

⚠ **Dieses Szenario wird vom ÄD in der Praxis so gut wie nie eingeschätzt, da es den Versicherten ohne jede Leistung lässt.**

→ Frau K. (COPD GOLD III, LV < 3 Std.) bei laufendem DRV-Verfahren

→ Versicherter kann noch halbtags arbeiten → muss sich dem Arbeitsmarkt stellen

→ Selten angewandt; Versicherter fiel ins Bürgergeld (SGB II)



Wichtig:

Der ÄD der BA schreibt sozialmedizinische Stellungnahmen (empfehlend, kein Gutachten). Die Leistungsentscheidung trifft der Verwaltungsmitarbeiter. Ein laufendes DRV-Rentenverfahren löst KEINE automatische Nahtlosigkeit aus.



SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Arbeitsunfähigkeit · Krankengeld · Hamburger Modell

SGB V – GKV: Zentrale Begriffe

Arbeitsunfähigkeit (AU)	Liegt vor, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter Verschlimmerungsgefahr ausüben können. Maßgeblich: die KONKRETEN Bedingungen der bisherigen Tätigkeit.
Krankengeld	Entgeltfortzahlung durch AG für 6 Wochen (100 %). Danach Krankengeld der GKV: 70 % des Bruttoentgelts (gedeckt), max. 90 % des Netto. Pro Erkrankung max. 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren (§ 48 SGB V).
Aussteuerung	Ende des Krankengeldanspruchs nach 78 Wochen. Dann: ggf. ALG I (Nahtlosigkeit), Bürgergeld (SGB II), Rentenantrag (SGB VI) oder Reha. Häufiger Begutachtungsanlass für Rentenversicherung.
Stufenweise Wiedereingliederung ('Hamburger Modell')	§ 74 SGB V / § 28 SGB IX: Schrittweise Rückkehr in den Beruf unter Fortbestand der AU. AU bleibt bestehen → Krankengeld/Übergangsgeld läuft weiter. Nur mit Zustimmung von AG und Krankenkasse.
AU vs. Erwerbsminderung – wichtiger Unterschied	AU (SGB V): tätigkeitsbezogen, konkret, temporär. EM (SGB VI): arbeitsmarktbezogen, abstrakt, auf nicht absehbare Zeit. Gutachter muss klar zwischen beiden unterscheiden!

AU vs. Erwerbsminderung – Systematischer Vergleich

Merkmal	SGB V: Arbeitsunfähigkeit (AU)	SGB VI: Erwerbsminderung (EM)
Bezugspunkt	Konkrete, zuletzt ausgeübte Tätigkeit	Allgemeiner Arbeitsmarkt (abstrakt)
Maßstab	Individuell, beschäftigungsbezogen	Abstrakt, erwerbsbezogen
Zeitrahmen	Vorübergehend (max. 78 Wochen Krankengeld)	Auf nicht absehbare Zeit
Leistung	Krankengeld (70 % Brutto, max. 90 % Netto)	EM-Rente (§ 43 SGB VI)
Beurteilender	Behandelnder Arzt / MD	Rentenversicherungsgutachter
Abgrenzung	Kein Büroangestellter ist AU als Maurer – aber ev. arbeitsfähig im Büro	Kann irgendeine leichte Tätigkeit ≥ 3 Std.?

SGB V – Fallbeispiel: Chronische Lumbalgie und AU-Begutachtung

Fallkonstellation

Herr T., 38 Jahre, Maurer auf dem Bau. Nach Bandscheibenoperation L4/5 (Mikrodiskektomie) vor 14 Wochen weiterhin AU. Krankenkasse (MD) beauftragt Gutachten zur Prüfung der weiteren AU. Herr T. berichtet über Restschmerzen beim Heben und Bücken, ist aber mobil und führt leichte Hausarbeiten durch. Orthopädischer Befund: leichte Streckhemmung der LWS, Lasègue beidseits negativ, Kraftgrad 5/5.

Besteht AU weiterhin – bezogen auf die Tätigkeit als Maurer?

Maurer-Tätigkeit erfordert: schweres Heben (>25 kg), Bücken, Knien, Arbeiten auf Gerüsten bei Witterung. Angesichts noch eingeschränkter LWS-Funktion und Schmerzen bei Belastung: AU bzgl. Maurertätigkeit besteht fort. Gutachter bejaht AU.

Ist stufenweise Wiedereingliederung möglich?

Im Baugewerbe mit wechselnden Baustellen und körperlich schwerer Tätigkeit ist eine gestufte Wiedereingliederung schwierig umsetzbar. Besser: Funktionsaufbautraining, Rückenreha (Rentenversicherung). Alternative: Bürotätigkeit im Betrieb prüfen (Polieraufgaben, Bauleitung) – aber das ist keine AU-Entscheidung, sondern Laufbahnfrage.

Was ist gutachterlich besonders zu dokumentieren?

Konkreter Befund mit Funktionsprüfung (Schober, FBA, Kraft, Reflexe), Bildgebung (MRT-Befund), Schmerzintensität (NRS), Tagesaktivitäten. Wichtig: Widerspruch zwischen Beschwerdeschilderung und objektivem Befund kritisch bewerten und dokumentieren.

Gutachtliche Empfehlung

AU bzgl. Maurertätigkeit weiterhin bejahen. Medizinische Reha (orthopädisch, DRV) beantragen. GdB-Antrag noch nicht indiziert (Prognose offen). In 8–12 Wochen erneute Beurteilung. Wenn dauerhaft kein schweres Heben mehr möglich: berufliche Umorientierung (LTA) prüfen.

IV

SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung

Erwerbsminderung · Leistungsvermögen · Berufsunfähigkeit · Stufentheorie

SGB VI – GRV: Zentrale Begriffe (1)

Volle Erwerbsminderung	Weniger als 3 Std./Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsfähig – unabhängig vom erlernten Beruf. → Anspruch auf volle EM-Rente (§ 43 Abs. 2 SGB VI).
Teilweise Erwerbsminderung	3–<6 Std./Tag leistungsfähig. → Anspruch auf halbe EM-Rente. Ausnahme: verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt → volle EM-Rente (BSG-Rechtsprechung).
Allgemeiner Arbeitsmarkt	Abstrakte Betrachtung: Kann die Person irgendeine leichte Tätigkeit ausüben? Eine konkrete freie Stelle muss NICHT nachgewiesen werden. Verweisung auf 'Katalogfälle'.
Summierung ungewöhnlicher Einschränkungen	Häufen sich qualitative Einschränkungen (kein Heben + kein Bücken + kein Stehen + kein Sitzen >30 Min.), kann auch bei >3 Std./Tag Leistungsvermögen volle EM angenommen werden ('Summationsfall').
Verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt	Bei 3–<6 Std. Leistungsvermögen gilt der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen, wenn kein konkreter Teilzeitarbeitsplatz benannt werden kann → Rentenanspruch wie volle EM.

SGB VI – GRV: Zentrale Begriffe (2)

Leistungsvermögen – quantitativ	Stunden täglich: <3 Std. = volle EM 3–<6 Std. = teilweise EM ≥6 Std. = keine EM. Kern des Rentengutachtens – muss explizit und begründet genannt werden.
Leistungsvermögen – qualitativ (positiv)	Körperliche Arbeitsschwere (leicht/mittelschwer/schwer), Arbeitshaltung (Sitzen/Gehen/Stehen), Feinmotorik, Konzentration, Qualifikationsanforderungen.
Leistungsvermögen – qualitativ (negativ)	Einschränkungen: kein Heben >X kg, keine Nachtschicht, kein Lärm, kein Absturz, keine Außenarbeit bei Kälte/Nässe, kein Zeitdruck/Akkord, kein Publikumsverkehr.
Berufsunfähigkeit (BU)	Nur für Versicherte vor dem 2.1.1961 (§ 240 SGB VI): qualifizierter Beruf kann <6 Std. nicht ausgeübt werden UND keine zumutbare Verweisungstätigkeit möglich. Stufentheorie des BSG.
Stufentheorie (BSG) bei BU	Ungelernt → Angelernt → Facharbeiter → Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion → Angestellter. Verweisung nur auf gleichwertige oder eine Stufe niedrigere Tätigkeiten zulässig.
Übergangsgeld	Während medizinischer oder beruflicher Reha: Übergangsgeld (§ 20 SGB VI) statt Krankengeld – 68 % (75 % mit Kind) des pausch. Nettoentgelts. AU bleibt bestehen.

SGB VI – Fallbeispiel: COPD und Leistungsvermögen

Fallkonstellation

Frau P., 55 Jahre, gelernte Bankkauffrau, zuletzt Filialleitung. Diagnose: COPD GOLD III (FEV1 42 %, pO₂ 72 mmHg in Ruhe, Belastungs-Dyspnoe bei <50 W). Zudem: arterielle Hypertonie (kontrolliert), Adipositas (BMI 34). Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente. Die Patientin kann Treppen (1 Etage) mit Pausen steigen, führt leichte Hausarbeit (Kochen sitzend) durch.

Volle oder teilweise Erwerbsminderung? Zeitliches Leistungsvermögen?

Quantitativ: Trotz COPD GOLD III dürfte leichte sitzende Tätigkeit in temperierten Innenräumen noch $\geq 3-6$ Std. täglich möglich sein $\rightarrow$ zeitweise EM, nicht volle EM. CAVE: bei Belastungs-Sauerstoffsättigung <90 % ggf. Einschränkung auf <3 Std. $\rightarrow$ volle EM. Lungenfunktion, Belastungstest und Blutgase unter Belastung sind entscheidend.

Welche qualitativen Einschränkungen gelten?

Keine körperlich schwere oder mittelschwere Arbeit. Keine Exposition gegenüber Stäuben, Dämpfen, Kälte, Nässe, Zugluft. Keine Nacharbeit. Keine Tätigkeiten mit starkem Zeitdruck. Keine Treppen/Steigen. Sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Gehen bevorzugt. Verweisung auf Büro-/Kontrolltätigkeit theoretisch möglich.

Berufsunfähigkeit relevant? Verweisung zumutbar?

Frau P. ist Jg. 1970 $\rightarrow$ BU-Regelung (§ 240 SGB VI) gilt NICHT mehr. Nur EM-Rente relevant. Verweisung auf einfache Bürotätigkeit (Dateneingabe, Rezeption) grundsätzlich möglich – soziale Abstufung aus dem Filialleiter-Niveau ist im SGB VI zulässig (kein Berufsschutz).

Gutachtliche Empfehlung

Stationäre Lungenrehabilitation (DRV) beantragen – Reha vor Rente! Nach Reha: Re-Begutachtung. Wenn Reha nicht erfolgreich: befristete Rente wegen teilweiser EM auf 3 Jahre, Nachprüfung. GdB: COPD GOLD III $\rightarrow$ GdB 50 realistisch (Schwerbehindertenausweis).

v

SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung

MdE · Arbeitsunfall · Kausalität · Wesentliche Bedingung

SGB VII – GUV: Zentrale Begriffe

Arbeitsunfall / Wegeunfall	Plötzliches Ereignis von außen während versicherter Tätigkeit (§ 8 SGB VII). Wegeunfall: auf dem direkten Weg zur/von der Arbeit – Umwegrisiko beachten.
Kausalität (haftungsbegründend)	Schritt 1: War das Unfallereignis ursächlich für den Gesundheitserstschaden? Maßstab: überwiegende Wahrscheinlichkeit (>50 %). Grundlage: Theorie der wesentlichen Bedingung.
Kausalität (haftungsausfüllend)	Schritt 2: Welche dauerhaften Gesundheitsfolgen (Gesundheitsfolgeschaden) sind dem Unfall zuzurechnen? Ebenfalls Maßstab: überwiegende Wahrscheinlichkeit.
Theorie der wesentlichen Bedingung	Nicht jede Mitursache begründet Kausalität. Die Unfallursache muss im Vergleich zu Vorerkrankungen/Anlage WESENTLICH sein – auch wenn sie nicht die einzige Ursache ist.
Vorerkrankung / Schadensanlage	Hat der Unfall die Erkrankung wesentlich verursacht oder eine vorbestehende Erkrankung vorübergehend verschlimmert oder beschleunigt oder richtungsweisend verändert oder bei vorbestehender Krankheitsanlage das Krankheitsgeschehen nur ausgelöst (Gelegenheitsursache)?
MdE – Minderung der Erwerbsfähigkeit	Ausmaß des Verlustes an Erwerbsfähigkeit auf dem Gesamtarbeitsmarkt infolge des Versicherungsfalls, verglichen mit Gleichaltrigen. Unfallrente ab MdE ≥ 20 (§ 56 SGB VII).

SGB VII – Vorerkrankung und Unfall: A Schadensanlage

A Schadensanlage – Vorerkrankung war vorhanden, aber ...

A1 – Unfall ist wesentliche Bedingung der eingetretenen Erkrankung

GUV haftet vollständig ✓

Die Schadensanlage ist vorhanden, aber klinisch nicht oder kaum wirksam.

Der Unfall ist die entscheidende Ursache für die nun eingetretene Erkrankung.

- Ohne das Unfallereignis wäre die Erkrankung in dieser Form und zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten.
- Die Anlage tritt als Ursache gegenüber dem Unfall zurück.

⚠ Der Begriff 'auslösen' ist zu vermeiden – er suggeriert Kausalität, ohne die rechtliche Wertung (wesentliche Bedingung) zu vollziehen.

→ Volle MdE dem Unfall zuzuordnen.



Asymptomatische Bandscheibendegeneration + Sturz → erstmaliger Prolaps mit Radikulopathie

A2 – Unfall ist nur Gelegenheitsursache (Schadensanlage als wesentliche Ursache)

Keine GUV-Haftung für die Erkrankung ✗

Die Schadensanlage war bereits so weit fortgeschritten, dass der Ausbruch der Erkrankung nach ihrem natürlichen Verlauf ohnehin – und alsbald – eingetreten wäre.

- Der Unfall war ein beliebig austauschbarer, zufälliger Anlass.
- Jedes alltägliche Ereignis hätte dieselbe Erkrankung zu diesem Zeitpunkt hervorgerufen.
- Die Anlage ist wesentliche Bedingung – nicht das Unfallereignis.

Prüffrage: Wäre die Erkrankung ohne den Unfall in absehbarer Zeit ohnehin aufgetreten? → Wenn ja: Gelegenheitsursache.

→ Keine GUV-Haftung für die Erkrankung.



Schwere Osteoporose + Bagateltrauma → Wirbelkörperfraktur, die spontan alsbald eingetreten wäre



A1 vs. A2 ist die entscheidende Wertungsfrage: Hat der Unfall die Erkrankung wesentlich mitverursacht (A1) – oder wäre sie ohnehin alsbald eingetreten (A2)? Die Grenze erfordert gutachterliche Sachkenntnis und eine sorgfältig begründete Prognose.

SGB VII – Vorerkrankung und Unfall: B Verschlimmerung

B Verschlimmerung – bestehende Erkrankung wird durch den Unfall verschlimmert

B1 – Temporäre Verschlimmerung

Befristete GUV-Haftung ⓘ

Erkrankung kehrt nach dem Unfall wieder auf das Ausgangsniveau zurück (Heilungsbewährung).

- Kein dauerhafter, über den Vorschaden hinausgehender Residualschaden.
- Der Unfall hat den Verlauf der Erkrankung nicht geändert.

→ GUV zahlt nur für die Dauer der Verschlimmerungsphase.

→ MdE endet, sobald Ausgangsniveau wieder erreicht ist.

📌 *Vor bekannte Lumbalgie, Unfall → akuter Schub, nach 3 Monaten zurück auf Vomiveau*

B2 – Zeitliche Vorziehung

Befristete GUV-Haftung ⓘ

Fortschreitende Erkrankung – Unfall zieht die Verschlimmerung zeitlich vor.

- Die Erkrankung wäre ohnehin fortgeschritten; das Stadium wäre auch ohne Unfall erreicht worden – aber später.
- Erkrankung kehrt nicht auf Ausgangsniveau zurück.

→ GUV haftet nur für den zeitlich vorgezogenen Anteil.

→ Haftung endet beim Erreichen des 'natürlichen' Verlaufsstadiums.

📌 *Gonarthrose Grad II in Progression + Trauma → Grad III, wäre in 2 Jahren ohnehin eingetreten*

B3 – Richtungsweisende Verschlimmerung

GU V haftet dauerhaft ✔

Der Unfall ändert den Verlauf der Erkrankung dauerhaft und wesentlich.

- Die Erkrankung hätte ohne das Unfallereignis diesen Schweregrad nicht oder erst wesentlich später erreicht.
- Der Unfall hat der Erkrankung eine neue Richtung gegeben.

→ Unfall ist wesentliche Bedingung für den neuen Verlauf.

→ Volle MdE dem Unfall zuzuordnen. Vorerkrankung wirkt nicht mindernd.

📌 *Gonarthrose Grad I (stabil, 10 J.) + schweres Knie trauma → irreversible Dekompensation, OP nötig*

SGB VII – Vorerkrankung und Unfall: C Konkurrierender Vorschaden

C Konkurrierender Vorschaden

C – Konkurrierender Vorschaden
(klinisch wirksam + messwürdig)

Vorschaden-MdE abziehen ⊖

Vorerkrankung hätte bereits VOR dem Unfall eine eigenständige MdE begründet.

- Unfall und Vorerkrankung tragen unabhängig voneinander zur Gesamtfunktions-störung bei.
- Vorschaden war klinisch wirksam (Schmerzen, Behandlung, Befunde).
- Aktenmäßige Dokumentation zwingend erforderlich.

Unfallbedingte MdE =

Gesamt-MdE – Vorschaden-MdE

🚩 Gonarthrose Grad III, Vorschaden-MdE 10 % → Sturz → Gesamt-MdE 25 % → GUV-MdE 15 %

SGB VII – Fallbeispiel: Knie Trauma mit Vorschaden

Fallkonstellation

Herr B., 47 Jahre, Lagerist bei einer Spedition (BG Verkehr). Sturz vom Regalsystem aus 1,2 m Höhe → Knie Trauma rechts. MRT: Innenmeniskus-Hinterhornriss, mediale Gonarthrose Grad II (Kelgren-Lawrence). Vorbekannt: Gonarthrose rechts Grad I seit 5 Jahren (Röntgen 2019 dokumentiert). BG-Arzt stellt nach Arthroskopie MdE 20 % fest. Versicherter klagt über anhaltende Schmerzen und Instabilität, fordert MdE 30 %.

Welchen Anteil an der Kniefunktionsstörung hat der Unfall – und welchen die Vorerkrankung?

Theorie der wesentlichen Bedingung: Der Unfall (Sturz) war ursächlich für den frischen Meniskusriss (haftungsbegründend). Die vorbestehende Gonarthrose Grad I ist ein konkurrierender Vorschaden. Prüfung: Wäre ohne Unfall derselbe Zustand eingetreten? Nein – Gonarthrose Grad I verursacht keine Instabilität. → Unfall ist wesentliche Ursache des Meniskusrisses. Vorschaden-MdE (Gonarthrose Grad I vorab ~ 10 %) ist abzuziehen.

Ist ein Vorschaden-MdE-Abzug zulässig?

Im Fallbeispiel war Gonarthrose Grad I nur radiologisch sichtbar (Zufallsbefund), keine klinisch relevante Funktionseinschränkung, keine Behandlung → kein konkurrierender Vorschaden, sondern Schädensanlage! → Kein MdE-Abzug gerechtfertigt.

Wäre die Gonarthrose vor dem Unfall klinisch wirksam gewesen (Grad III, regelmäßige Behandlung, bereits MdE 10–15 %), dann wäre ein Abzug möglich – aber nur in diesem Fall.

Wie ist die MdE von 20 % zu bewerten?

MdE-Tabellen (Schönberger/Mehrtens/Valentin): Meniskektomie medial + Gonarthrose Grad II ~ 20 %. BG-Arzt lag im vertretbaren Rahmen. Forderung nach 30 % nicht nachvollziehbar, da Vorschaden zu berücksichtigen ist. Gutachter sollte Verlaufsbefunde, Gangbild, Muskelatrophie, Stabilitätsprüfung dokumentieren.

Gutachtliche Empfehlung

MdE 20 % bestätigen. Vorschaden-MdE explizit benennen. Verlaufsbegutachtung in 2 Jahren (Gonarthrose progredienz?). Rentenschwelle: MdE ≥ 20 % → Verletztenrente. Physiotherapie, Ganganalyse, ggf. Knie-TEP in Zukunft.

VI

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe

Behinderung · GdB · Schwerbehinderung · Teilhabe · ICF

SGB IX – Rehabilitation & Teilhabe: Zentrale Begriffe

Behinderung (§ 2 SGB IX)	Körperliche, geistige oder seelische Funktionsstörung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit >6 Monate vom alterstyp. Zustand abweicht und die Teilhabe am Leben einschränkt. Grundlage: ICF-Philosophie.
Grad der Behinderung (GdB)	Maß für die Auswirkung ALLER Funktionsstörungen auf die gesellschaftliche Teilhabe in ALLEN Lebensbereichen (nicht nur Erwerbsfähigkeit). Werte 10–100 in 10er-Schritten, nach VersMedV Anlage 2.
Schwerbehinderung	GdB $\geq$ 50 → Schwerbehindertenausweis, besonderer Kündigungsschutz, 5 Tage Zusatzurlaub, steuerliche Freibeträge, Merkzeichen (G, aG, H, RF, B, BL).
Teilhabe / Partizipation (ICF)	Einbezogenessein in eine Lebenssituation: Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, soziale Interaktion, Bildung/Arbeit. Wird durch Umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren beeinflusst.
Hilflosigkeit	Ständige Fremdhilfe bei einer Reihe häufig wiederkehrender Verrichtungen (An-/Auskleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc.). Grundlage für Merkzeichen H und steuerlichen Pflegepauschbetrag.

SGB IX – Fallbeispiel: Schlaganfall und Schwerbehinderung

Fallkonstellation

Frau L., 62 Jahre, Lehrerin. Ischämischer Schlaganfall links (MCA-Territorium) mit rechtsseitiger Hemiparese (Armbetonung, MRC 3/5) und Broca-Aphasie (geringe Sprachproduktion, gutes Sprachverständnis). Gehhilfe erforderlich, Einhand-ADL eingeschränkt. Antrag auf Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung) beim Versorgungsamt. 8 Monate nach Ereignis, Reha abgeschlossen.

Welcher Gesamt-GdB ist angemessen?

GdB ist NICHT additiv, sondern nach Gesamtbild. Hemiparese Armbetonung, MRC 3/5: GdB 50–70 (je nach ADL-Auswirkung). Broca-Aphasie (leicht-mittelgradig): GdB 40–50. Gesamt-GdB: 70–80 (Hemiparese dominiert, Aphasie erhöht). Bewertung nach VersMedV Anlage 2, Kap. Nervensystem + Sprache. Gutachter muss beide Funktionsstörungen separat und dann als Gesamtbild werten.

Liegen die Voraussetzungen für Merkzeichen G vor?

Merkzeichen G: Erheblich gehbehindert bei GdB ≥ 80 ODER bei bestimmten Diagnosen (Hemiplegie, Verlust beider Beine, spastische Paraparese). Hemiparese mit MRC 3/5 $\rightarrow$ Gehfähigkeit deutlich eingeschränkt $\rightarrow$ Merkzeichen G ist bei entsprechendem GdB ≥ 80 anzuerkennen. Alternativ: bei besonderer Ausprägung auch mit GdB 70.

Welche Nachteilsausgleiche ergeben sich und was ist für die Rentenfrage relevant?

Schwerbehindertenausweis (GdB ≥ 50): Zusatzurlaub, Kündigungsschutz, steuerl. Freibetrag. Merkzeichen G: Rundfunkgebühren-Befreiung, Kfz-Steuer-Ermäßigung, kostenloser ÖPNV (mit Beiblatt). Parallel: Rentenversicherung prüft EM (Unterricht als Lehrerin wohl nicht mehr möglich $\rightarrow$ Verweisung auf Beratungstätigkeiten?).

Gutachtliche Empfehlung

GdB 70–80 empfehlen, Merkzeichen G beantragen. GdS-Antrag (SGB XIV) nur wenn Schlaganfall durch Gewaltopfer oder Impfschaden verursacht – hier nicht relevant. Weiter-Reha: Ergotherapie (Arm), Logopädie (Aphasie). Berufliche Teilhabe: Stufenweise Wiedereingliederung als Lehrerin unwahrscheinlich $\rightarrow$ LTA prüfen.

VII

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit · Pflegegrade · NBI

SGB XI – Pflegeversicherung: Zentrale Begriffe

Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)	Personen, die wegen körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen Hilfe durch andere benötigen – auf nicht absehbare Zeit (voraussichtlich >6 Monate).
Pflegegrade 1–5	PG 1: geringe Beeintr. (Punkte 12,5–27). PG 2: erheblich (27–47,5). PG 3: schwer (47,5–70). PG 4: schwerste (70–90). PG 5: schwerste + besondere Anforderungen (>90). Ermittlung via NBI.
Neues Begutachtungs-Instrument (NBI)	Seit 2017: Bewertung in 6 Modulen. Kognitive/psychische Einschränkungen (Module 2+3) gleichwertig mit körperlichen (Module 1, 4). Modul 5 (Therapiebewältigung) und 6 (Alltagsleben) ergänzend.
NBI – Die 6 Module	M1: Mobilität · M2: Kognitive/kommunikative Fähigkeiten · M3: Verhaltensweisen/psych. Problemlagen · M4: Selbstversorgung · M5: Bewältigung/Umgang mit krankh. Anforderungen · M6: Gestaltung des Alltagslebens
Unterschied Pflegebedürftigkeit ≠ Hilflosigkeit (SchwbR)	Pflegebedürftigkeit (SGB XI): Hilfebedarf bei tgl. Verrichtungen über Zeitraum. Hilflosigkeit (SchwbR, Merkzeichen H): ständige Fremdhilfe bei häufig wiederholten Verrichtungen – engere Definition!

SGB XI – Fallbeispiel: Fortgeschrittene Demenz

Fallkonstellation

Herr A., 78 Jahre, wohnt mit Ehefrau (74 J., selbst herzleidend) zu Hause. Diagnose: Alzheimer-Demenz, fortgeschritten (MMSE 12/30, GDS Stadium 5). Desorientiert zu Zeit und Ort. Verlässt nachts das Haus, muss beaufsichtigt werden. Selbstversorgung (Waschen, Ankleiden, Essen) nur mit Aufforderung und Anleitung. Inkontinenz (tags). Pflegekasse beauftragt MD-Begutachtung zur Einstufung. Bisher PG 2 (vor 18 Monaten).

Welcher Pflegegrad ist jetzt angemessen?

NBI-Auswertung: M2 (kogn. Fähigkeiten): schwer beeinträchtigt (Desorientierung, kein Erkennen von Personen) → hohe Punktzahl. M3 (Verhaltensauffälligkeiten): nächtliches Umherlaufen, Schlaf-Wach-Umkehr → schwer. M4 (Selbstversorgung): Waschen, Ankleiden, Essen nur mit Hilfe → erheblich. Gesamt-NBI-Punkte schätzungsweise 70–80 → Pflegegrad 4.

Was ist bei der Begutachtung besonders zu dokumentieren?

Zeitaufwand für Pflegeleistungen dokumentieren (Überleitung aus altem System: früher Stunden, heute Punkte). NBI-Bogen Modul für Modul ausfüllen. Kognitive Funktion: MMSE, GDS, ggf. DEMTECT. Verhaltensauffälligkeiten: Frequenz und Schwere. Pflegeperson-Belastung erfassen (Erschöpfung der Ehefrau → Hinweis auf Notwendigkeit von Kurzzeitpflege!).

Welche Leistungen ergeben sich aus PG 4?

Pflegegeld (häuslich): ca. 800 €/Monat. Pflegesachleistung (amb. Dienst): bis 1.775 €/Monat. Kurzzeitpflege (Entlastung Ehefrau): bis 1.774 €/Jahr. Verhinderungspflege: bis 1.612 €/Jahr. Entlastungsbetrag: 125 €/Monat. Antrag auf Verbesserung von PG 2 auf PG 4 stellen.

Gutachtliche Empfehlung

PG 4 empfehlen. Hinweis auf Kurzzeitpflege und Tagespflege (Entlastung Ehefrau). Erwägen: stationäre Pflege mittelfristig, da häusliche Versorgung durch alleinige Ehefrau (Herzleiden!) nicht dauerhaft sicherstellbar. GdB-Antrag: Demenz GdB 50–70, ggf. Merkzeichen H.

VIII

SGB XIV – Soziales Entschädigungsrecht

Grad der Schädigungsfolgen (GdS) · Wesentliche Bedingung · Kann-Versorgung

SGB XIV – Entschädigungsrecht: Zentrale Begriffe

Grad der Schädigungsfolgen (GdS)	Ausmaß der Auswirkungen einer kausal im SER entstandenen Gesundheitsstörung auf die Teilhabe. Werte 0–100 in 10er-Schritten – wie GdB, aber NUR für anerkannte Schädigungsfolgen.
Anerkannte Schädigungsfolge	Z. B.: Verbrechensopfer (OEG), Impfschaden, Wehrdienstbeschädigung, SED-Unrecht, Kriegsopfer, Contergan. Voraussetzung: Kausalzusammenhang Schädigungsereignis → Gesundheitsschaden.
Theorie der wesentlichen Bedingung	Auch im SGB XIV gilt: Nicht jede Mitursache begründet Anspruch. Die Schädigung muss WESENTLICHE Ursache der Gesundheitsfolge sein. Vorerkrankungen können anspruchsmindernd sein.
Kann-Versorgung (§ 4 Abs. 5 SGB XIV)	Wenn Kausalzusammenhang medizinisch nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen werden kann: bei bestimmten Konstellationen (z. B. PTBS nach Trauma ohne Alternativursache) kann Versorgung trotzdem gewährt werden.
Versorgungsrente	Ab GdS (25–)30 Versorgungsrente. Berechnung nach VersMedV und Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Ab GdS 50: erhöhte Grundrente. Ab GdS 100: Schwerstbeschädigtenrente.

SGB XIV – Fallbeispiel: PTBS nach Gewalttat

Fallkonstellation

Frau W., 35 Jahre, überfallen und körperlich schwer misshandelt (Körperverletzung mit Waffe, § 224 StGB). Täter verurteilt. 8 Monate nach der Tat: Diagnose PTBS (F43.1, gesichert) von psychiatrischer Fachklinik: Intrusionen, Alpträume, Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen. Arbeitsfähig (Teilzeit, stark eingeschränkt). Antrag auf Opferentschädigung nach SGB XIV (früher OEG).

Ist die PTBS kausal auf die Schädigungshandlung zurückzuführen?

Kausalitätsprüfung: (1) Traumatisches Ereignis als Ursache? Ja – Körperverletzung mit Waffe, lebensbedrohlich. (2) Diagnose PTBS nach ICD-10 F43.1? Ja, fachärztlich gesichert, zeitliche Abfolge korrekt. (3) Alternativursachen? Keine Vorerkrankung, kein Hinweis auf andere Traumata. → Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht.

Welcher GdS ergibt sich?

PTBS-GdS nach VersMedV Anlage 2, Kap. Psychische Störungen: Leicht (mittelgradige Episode, gute Teilhabe): GdS 30–40. Mittelgradig (deutliche Alltagsbeeinträchtigung, Teilzeitarbeit): GdS 50–60. Schwer (Berufsunfähigkeit, sozialer Rückzug): GdS 70–80. Bei Frau W. (Teilzeit möglich, aber stark eingeschränkt): GdS ca. 50 → Versorgungsrente.

Wann käme eine Kann-Versorgung in Betracht?

Kann-Versorgung (§ 4 Abs. 5 SGB XIV): Wenn z. B. PTBS-Diagnose noch nicht eindeutig gesichert, aber plausibel und andere Ursachen nicht feststellbar → Versorgung kann gewährt werden. Relevant z. B. bei älteren Traumata ohne lückenlose Dokumentation.

Gutachtliche Empfehlung

GdS 50 empfehlen, Versorgungsrente beantragen. Traumatherapie (EMDR, kognitive Verarbeitungstherapie) fortführen. GdB-Antrag parallel sinnvoll (PTBS GdB 50, ggf. Schwerbehinderung). Überprüfung nach 2 Jahren (Heilungsverlauf, GdS-Anpassung).

IX

Beamten- und Dienstrecht

Eignung · Dienst(un)fähigkeit · Begrenzte Dienstfähigkeit

Dienstrecht: Zentrale Begriffe

Gesundheitliche Eignung	Voraussetzung für Einstellung/Verbeamtung: Prognose, ob der Bewerber voraussichtlich bis zum Regelruhestandsalter (67 J.) dienstfähig bleibt. Vorzeitige DU darf nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein.
Dienstfähigkeit	Beamter ist dienstfähig, wenn er seine Dienstpflichten vollständig erfüllen kann. Maßstab: NICHT allgemeiner Arbeitsmarkt, sondern das konkrete statusrechtliche Amt.
Dienstunfähigkeit (DU)	Beamter kann infolge Krankheit/Behinderung Dienstpflichten für >6 Monate nicht erfüllen und Besserung nicht zu erwarten. Folge: Ruhestand (§ 44 BBG / Landesgesetze). Kein EM-Rentenanspruch!
Begrenzte Dienstfähigkeit	Beamter kann mindestens 50 % der regelmäßigen Arbeitszeit Dienst leisten. Alternative zur Versetzung in Ruhestand (§ 45 BBG). Bezüge werden entsprechend reduziert.
Reaktivierung	Beamter, der wegen DU in Ruhestand versetzt wurde, kann reaktiviert werden, wenn DU dauerhaft weggefallen ist (§ 46 BBG). Gutachterlich relevant bei Verbesserung des Gesundheitszustands.

Dienstrecht – Fallbeispiel: Polizeibeamter nach Dienstunfall

Fallkonstellation

Polizeihauptmeister H., 41 Jahre, nach Dienstunfall (Schussverletzung linkes Bein, N. peroneus-Läsion) dauerhaft eingeschränkte Gehfähigkeit (Fußheber-Parese, Peroneuslähmung, Tropik). Gangbild deutlich verändert (Steppergang), Laufen/Rennen nicht möglich. Polizeidienstvorschrift PDV 300: Beamter im Vollzugsdienst muss dienstfähig nach definierten körperlichen Anforderungen sein. Dienstherr leitet DU-Verfahren ein.

Ist H. dienstfähig als Polizeivollzugsbeamter?

Maßstab: PDV 300 / Dienstfähigkeitsanforderungen Polizei. Polizeilicher Vollzugsdienst erfordert: Rennen, körperliche Auseinandersetzungen, Tragen von Schutzausrüstung (>15 kg). Steppergang + fehlende Sprintfähigkeit → Vollzugsdienst nicht mehr möglich. Gutachter verneint Dienstfähigkeit im statusrechtlichen Amt.

Gibt es Alternativen zur Versetzung in den Ruhestand?

Begrenzte Dienstfähigkeit (§ 45 BBG): nur wenn $\geq 50\%$ der Arbeitszeit leistbar. Im Vollzugsdienst kaum möglich. Anderweitige Verwendung (§ 44 Abs. 1 S. 3 BBG): Versetzung in einen anderen Dienstposten, der keine Vollzugsaufgaben erfordert (Kriminaldienst, Verwaltung, Sachbearbeitung) – wenn Restleistungsvermögen ausreicht und entsprechende Stellen vorhanden.

Was gilt für das Unfallruhegehalt?

Da Dienstunfall: Unfallruhegehalt (§ 36 BeamtVG) statt reguläres Ruhegehalt – in der Regel höher. Zudem: Unfallausgleich während aktiver Dienstzeit (§ 35 BeamtVG) analog zur MdE in der GUV. Gutachter muss MdE-ähnliche Bewertung für die dienstliche Schädigungsfolge vornehmen.

Gutachtliche Empfehlung

Dienstunfähigkeit im Vollzugsdienst bejahen. Anderweitige Verwendung im Innendienst prüfen (keine DU, wenn geeigneter Posten vorhanden). Unfallruhegehalt und Unfallausgleich beantragen. Reha: weitere neurophysiotherapeutische Maßnahmen (Peroneusschiene, Gangschulung) – Verbesserungspotenzial prüfen.

x

Das sozialmedizinische Gutachten

Aufbau · Leistungsbild · Häufige Fehler · Qualitätsstandards

Aufbau des sozialmedizinischen Gutachtens

1	Aktengrundlage	Vorhandene Befundberichte, ärztliche Atteste, Rentenakte, Vorgutachten, Reha-Entlassungsberichte, Röntgen/MRT-Befunde.
2	Anamnese	Eigenanamnese, Vorgeschichte, aktuelle Beschwerden, soziale Anamnese (Beruf, Familie, Freizeit), Medikation, Suchtmittel.
3	Untersuchungsbefund	Körperlicher und psychischer Befund, Vitalparameter, funktionelle Tests (FBA, Schober, Kraft, Sensibilität, Gangbild, Psychostatus).
4	Diagnosen (ICD-10)	Vollständig nach ICD-10 codiert + Zusatzkennzeichen (G/V/Z/A). Gesicherte vs. Verdachtsdiagnosen. Haupt- und Nebendiagnosen.
5	Sozialmedizinische Beurteilung	Positives und negatives Leistungsbild. Zeitliches Leistungsvermögen (<3 / 3–6 / ≥6 Std.). Kausalität (bei SGB VII/XIV). Begründung!
6	Zusammenfassung & Empfehlung	Beantwortung der konkreten Gutachterfragen. Empfehlungen zu Reha, weiterer Diagnostik, zeitliche Befristung, Nachuntersuchung.

Das Leistungsbild – Kern der gutachtlichen Beurteilung

Quantitatives Leistungsvermögen

Stunden täglich, die eine leichte Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts ausgeübt werden kann:

< 3 Std./Tag → Volle Erwerbsminderung

3–< 6 Std./Tag → Teilweise EM (ggf. verschl. TZM)

≥ 6 Std./Tag → Kein EM-Rentenanspruch

IMPORTANT: Immer explizit nennen + begründen!

Positives Leistungsbild (Ressourcen/Fähigkeiten)

- Arbeitsschwere: leicht / mittelschwer / schwer
- Arbeitshaltung: Sitzen ✓ / Gehen ✓ / Stehen ✓
- Körperliche Belastbarkeit
- Heben/Tragen: max. X kg
- Feinmotorik / Handgeschicklichkeit
- Konzentration, Umstellungsvermögen
- Ausreichende Sehfähigkeit / Hörfähigkeit
- Bildschirmarbeit möglich

Negatives Leistungsbild (Einschränkungen)

- Kein Heben/Tragen > X kg
- Keine Absturzgefahr / Starkstrom
- Keine Nacht-/Wechselschicht
- Keine Tätigkeiten unter Kälte/Nässe/Hitze
- Kein Zeitdruck / Akkordarbeit
- Kein intensiver Publikumsverkehr
- Keine Stresssituationen mit hoher EV
- Keine Außenarbeit bei Exposition
- Kein häufiges Bücken / Zwangshaltung

Häufige Fehler in der Begutachtungspraxis

❌ Diagnose ≠ Leistungsminderung

Eine Diagnose allein begründet keine EM. Es muss eine Funktionsstörung mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen vorliegen. Diagnose → Funktionsstörung → Leistungsminderung.

❌ Fehlende Quantifizierung

Das zeitliche Leistungsvermögen (<3 / 3–6 / ≥6 Std.) MUSS explizit benannt und begründet werden. Formulierungen wie 'eingeschränkt arbeitsfähig' genügen nicht.

❌ Begriffsverwechslung MdE / GdB / EM

Die drei Konzepte sind NICHT austauschbar! Unterschiedliche Rechtssysteme, Bezugspunkte, Behörden. MdE (SGB VII) ≠ GdB (SGB IX) ≠ EM-Rente (SGB VI).

❌ Keine Abgrenzung AU / EM

AU ist tätigkeitsbezogen und temporär. EM ist arbeitsmarktbezogen und auf nicht absehbare Zeit. Gutachter müssen den Auftrag kennen und den richtigen Maßstab anlegen.

❌ Fehlende ICD-Codierung

Diagnosen ohne ICD-10-Codes + Zusatzkennzeichen (G/V/Z/A) sind unvollständig. Führt zu Rückfragen, Verzögerungen und mangelhafter Begutachtungsqualität.

❌ Subjektive Beschwerden ohne Befundkorrelat

Reine Selbstaussage genügt nicht. Befunde müssen die Leistungseinschränkung objektivierbar machen. Widersprüche zwischen Beschwerden und Befund müssen thematisiert werden.

Kernsätze für die Begutachtungspraxis

- | | |
|---|--|
| 1 | Diagnose → Funktionsstörung → Leistungsminderung. Ohne diesen Dreischritt ist kein Gutachten vollständig. |
| 2 | AU (SGB V) bezieht sich auf die konkrete bisherige Tätigkeit. EM (SGB VI) bezieht sich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt – ein grundlegender Unterschied. |
| 3 | Das zeitliche Leistungsvermögen ist stets explizit anzugeben: < 3 Std., 3–<6 Std. oder ≥ 6 Std. täglich – und zu begründen. |
| 4 | MdE (SGB VII), GdB (SGB IX) und EM-Rente (SGB VI) sind nicht gleichzusetzen – verschiedene Rechtssysteme, Behörden, Maßstäbe, Leistungsfolgen. |
| 5 | Rehabilitation vor Rente (§ 9 SGB VI): Vor jeder EM-Beurteilung fragen – besteht noch Rehabilitationspotenzial? |
| 6 | In SGB VII und SGB XIV gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung – nicht die Adäquanztheorie des Zivilrechts. |
| 7 | Das Gutachten muss nachvollziehbar und begründet sein: Befund → Diagnose → Funktionsstörung → Leistungsbild → Schlussfolgerung. |

Vielen Dank – Fragen & Diskussion

SalusCon Akademie · Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin

Weiterführende Materialien:

- Sozialmedizinisches Glossar DRV, Band 81 (2021) – kostenlos unter www.deutsche-rentenversicherung.de
- Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) mit Anlage 2
- AU-Richtlinie des G-BA (2023) • SGB II, III, V, VI, VII, IX, XI, XIV – aktuelle Fassung