

Praxiswissen Orthopädie Unfallchirurgie

Elmar Ludolph

# Ärztliche Begutachtung in Orthopädie und Unfallchirurgie

---

# **Praxiswissen Orthopädie Unfallchirurgie**

In der Reihe Praxiswissen Orthopädie Unfallchirurgie wird das gesamte relevante Facharztwissen dieses Fachbereichs dargestellt. Dabei dient das Werk nicht nur zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung, sondern auch zum Nachschlagen in der täglichen Praxis. Jeder Band ist, soweit inhaltlich sinnvoll, konsequent nach Krankheitsentitäten gegliedert: einfach ein Schlagwort im Inhaltsverzeichnis nachschauen und sich mit dem entsprechenden Beitrag schlau machen. Die einzelnen Bände wurden aus dem von Herrn Prof. M. Engelhardt und Herrn Prof. M. Raschke herausgegebenen Springer Live Reference Orthopädie und Unfallchirurgie ausgekoppelt.

---

Elmar Ludolph

# Ärztliche Begutachtung in Orthopädie und Unfallchirurgie

mit 33 Abbildungen und 50 Tabellen

Dr. med. Elmar Ludolph  
Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie  
Sportmedizin, Sozialmedizin, Chirotherapie  
Institut für Ärztliche Begutachtung  
Düsseldorf, Deutschland

ISSN 2662-463X ISSN 2662-4648 (electronic)  
Praxiswissen Orthopädie Unfallchirurgie  
ISBN 978-3-662-68572-3 ISBN 978-3-662-68573-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68573-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2025

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber\*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor\*innen und die Herausgeber\*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor\*innen oder die Herausgeber\*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Antje Lenzen  
Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature. Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

---

## Vorwort

Dieser Band hat zum Thema die ärztliche Begutachtung. Schwergewichte der Begutachtung sind die Gesetzliche und die Private Unfallversicherung. Der Großteil ärztlicher Gutachten betrifft diese Rechtsgebiete, die in den ► [Kap. 3, „Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung“](#) und ► [5, „Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der Privaten Unfallversicherung“](#) erörtert werden. Beide Rechtsgebiete werfen wiederholt schwierige Kausalitätsfragen auf. Abzugrenzen sind mit unfallchirurgischem Sachverstand, der ausschließlich naturwissenschaftlichen Grundsätzen zu folgen hat, unfallbedingte von anlagebedingten oder krankhaften Veränderungen. Insoweit ist der Weg beider Rechtsgebiete der Gleiche. Entscheidend unterschiedlich ist jedoch die Beweisanforderung an den Kausalzusammenhang, auf die an dieser Stelle jedoch nicht einzugehen ist, weil eine verkürzte Darstellung nur Verwirrung schaffen würde. Grundsätzlich unterschiedlich ist die Zielrichtung beider Unfallversicherungen. Während die Gesetzliche Unfallversicherung die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) einschätzt, bemisst die Private Unfallversicherung die Invalidität. Dementsprechend unterschiedlich sind die

- Einschätzungsempfehlungen für die Gesetzliche Unfallversicherung und die
- Bemessungsempfehlungen für die Private Unfallversicherung.

Beiden Empfehlungen fehlt die gesetzliche Grundlage. Während die Gesetzliche Unfallversicherung auf eine über 100-jährige, durch den Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten weitgehend festgelegte Praxis zurückblickt, ist von einer herrschenden Meinung in der Privaten Unfallversicherung erst etwa ab 2009 auszugehen. Zu diesem Zeitpunkt konsentierten die beiden damals maßgeblichen Fachgesellschaften, DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) und DGOOCU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) die von Schröter/Ludolph entwickelten und vorgestellten Bemessungsempfehlungen. Von den beiden Autoren von vornherein geplant war die Anwendungskontrolle dieser Bemessungsempfehlungen und ihre Anpassung an therapeutische Fortschritte bei der Behandlung von Unfallverletzungen sowie an die Rechtsprechung. So wurden dann in einem breiten Konsens unter Einbeziehung von Österreich und der Schweiz Ende 2023 neue Bemessungsempfehlungen von der FGIMB (Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung) veröffentlicht, die in Kap. 5 abgedruckt sind. Zu den Autoren, die maßgeblich an deren Entwicklung mitgewirkt haben, darf verwiesen werden auf die ab Februar 2022 veröffentlichten „Neuen Bemessungsempfehlungen zur Invalidität“ (vier Veröffentlichungen), abzurufen im Internet

- Besonders hervorzuheben ist ► [Kap. 6, „Orthopädie und Unfallchirurgie: Das ärztliche Gutachten“](#).

Es enthält eine detaillierte, alle Rechtsgebiete betreffende, praktische Anleitung zur Erstellung eines Gutachtens, die für den Anfänger eine unverzichtbare Hilfestellung ist, an der er sich orientieren kann. Für den Fortgeschrittenen gibt sie Tipps zu allen die Begutachtung betreffenden Fragen. Die weiteren Kapitel stellen zur Abrundung weitere Rechtsgebiete vor, in denen Ärztliche Gutachten anfallen.

Düsseldorf, Deutschland  
Oktober 2025

E. Ludolph

---

# Inhaltsverzeichnis

1	Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und sozialen Entschädigungsrecht . . . . .	1
2	Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung . . . . .	19
3	Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung . . . . .	31
4	Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung . . . . .	71
5	Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung in der Privaten Unfallversicherung . . . . .	85
6	Orthopädie und Unfallchirurgie: Das ärztliche Gutachten . . . . .	121
7	Orthopädie und Unfallchirurgie: Gesetzliche Krankenversicherung . . . .	145
8	Orthopädie und Unfallchirurgie: Private Krankentagegeldversicherung . . . . .	167
9	Orthopädie und Unfallchirurgie: Private Krankenversicherung . . . . .	175
10	Orthopädie und Unfallchirurgie: Soziale und Private (Gesetzliche) Pflegeversicherung . . . . .	185
	Stichwortverzeichnis . . . . .	201



# Orthopädie und Unfallchirurgie: Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und sozialen Entschädigungsrecht

1

## Inhalt

<b>1.1</b>	<b>Gemeinsamkeiten von Sozialem Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht</b>	1
1.1.1	Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“	1
<b>1.2</b>	<b>Soziales Entschädigungsrecht</b>	7
1.2.1	SGB XIV: Das Soziale Entschädigungsrecht ab 01.01.2024	7
1.2.2	Das Bundesversorgungsgesetz (BVG)	12
<b>1.3</b>	<b>Schwerbehindertenrecht (SGB IX) (Teilhabe behinderter Menschen)</b>	13
1.3.1	Rechtsgrundlagen	13
1.3.2	Statistik	15
1.3.3	Welchen Verfahrens-, Beweis- und Kausalitätsregeln folgt das SGB IX?	15
1.3.4	Was wird ermittelt (GdB)?	16
1.3.5	Wie wird der GdB ermittelt?	16
1.3.6	Nachteilsausgleich	16

## 1.1 Gemeinsamkeiten von Sozialem Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht

Das Soziale Entschädigungsrecht (SER) und das Schwerbehindertenrecht sind Teil des Sozialrechts. Dementsprechend gelten für beide die im SGB I (Sozialgesetzbuch I) aufgestellten allgemeinen Grundsätze und das SGG (Sozialgerichtsgesetz). Zuständig für beide sind ab dem 01.01.2024 ausschließlich die Sozialgerichte. Für beide gelten die gleichen Beweisregeln, wobei die Kausalitätsgrundlagen in Bezug auf das Schwerbehindertenrecht insofern außer Betracht bleiben als dies nicht kausal, sondern final ausgerichtet ist. Es fragt also nicht nach den Ursachen einer Behinderung, sondern nur nach deren Ausmaß. Das Soziale Entschädigungsrecht kennt zudem eine ganz Reihe von Beweiserleichterungen.

Sowohl das SGB IX, das Schwerbehindertenrecht, als auch das SGB XIV und die Neuregelung des ab dem 01.01.2024 vollständig in Kraft getretenen sozialen Entschädigungsrechts lassen die Entwicklung von reinen Fürsorgeleistungen erkennen – zunächst vor allem für die Opfer beider Weltkriege – hin zu dem Bemühen, Menschen mit Behinderungen sowie traumatisierten Menschen die volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Das Soziale Entschädigungsrecht und das Schwerbehindertenrecht sind Teil des Sozialrechts. Ab dem 01.01.2024 sind ausschließlich die Sozialgerichte zuständig.

### 1.1.1 Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“

Die Grundlage für finanzielle Leistungen sind die Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) und in deren Umsetzung die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“, die ab dem 01.01.2009 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ abgelöst haben. Die Versorgungsmedizinverordnung, insbesondere die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ stellen die Regeln auf, nach denen das Ausmaß, der Grad von nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. dem SGB XIV auszugleichenden Schädigungsfolgen (GdS) sowie der Grad der Behinderung (GdB) gemäß SGB IX festzustellen sind.

Vorläufer der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ waren die „Anhaltspunkte“ (AHP), die jedoch keinen Verordnungsrang hatten. Die bis zum 01.01.2009 geltenden „Anhaltspunkte“ hatten ihren Ursprung in einer Richtlinie, die während des 1. Weltkriegs 1916 durch den wissenschaftlichen Senat bei der Kaiser-Wilhelm-Akademie, Berlin Dahlem, Vorgängerin der Max-Planck-Gesellschaft, erarbeitet wurde und ab 1920 durch das jeweils für Arbeit bzw. Soziales zuständige Ministerium herausgegeben wurde. Diese waren bis zum Inkrafttreten des „Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ (1974) vor allem auf Kriegsoffer begrenzt, galten aber auch für Angehörige des Heeres („Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen“). 1977 entstanden die „Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz“. Ab 1983 erschienen die gemeinsamen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP), die zum 01.01.2009 als Anlage zu § 2 als „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ in die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) übernommen wurden. Sie erhielten damit Verordnungsrang. Die in ihnen enthaltenen Vorgaben für einzelne Funktionseinbußen sind verbindlich, was sie zwar nicht als Verordnung, aber unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung aller Betroffenen auch schon vor dem 01.01.2009 waren (BSG, Urteil vom 18.09.2003 – B 9 SB 3/02 R: Antizipierte Sachverständigengutachten). Sie können also nicht durch Gegengutachten entkräftet werden.

Hinzuweisen ist jedoch – nur beispielhaft – auf folgende Fehlbewertungen:

- Auf chirurgisch-orthopädischem Gebiet nicht nachvollziehbar ist die Vorgabe in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ zu Teil B 18.12, die beim künstlichen Ersatz *eines* Hüftgelenks einen GdB/GdS von 10 vorsieht, was unter Berücksichtigung der mit dem künstlichen Gelenkersatz aus präventiven Gründen verbundenen Einschränkungen zu gering ist. Darüber kann man geteilter Meinung sein. Dies gilt aber nicht, soweit unrichtige Überlegungen die Bewertung bestimmen, wenn nach künstlichem Ersatz *beider* Hüftgelenke GdB/GdS verdoppelt werden. Entsprechend widersinnig ist die Vorgabe nach künstlichem Ersatz z. B. der Sprunggelenke, denn die Funktionseinbußen nach künstlichem Gelenkersatz erklären sich im Wesentlichen aus präventiven Gründen. Präventive Überlegungen führen aber nicht zu einer Verdopplung der Funktionseinbußen in Abhängigkeit davon, ob ein Hüftgelenk oder beide Hüftgelenke künstlich ersetzt

sind. Der GdB/GdS beträgt als genereller „Basis“-GdB/GdS, der sich durch individuelle Funktionseinbußen erhöhen kann, 20 – unabhängig davon, ob nur ein Hüftgelenk prothetisch ersetzt ist oder beide Hüftgelenke künstlich ersetzt sind.

- Interpretationsbedürftig ist die Vorgabe des „bestmöglichen Behandlungsergebnisses“ bei Endoprothesen (Teil B 18.12 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Was „bestmöglich“ ist, ist nicht definiert. Es handelt sich um eine Wertung, die von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Operateur zu Operateur, von Patient zu Patient und von Operationsmethode zu Operationsmethode stetigen Änderungen unterliegt. Ein derartiger unbestimmter Begriff kann nicht Teil einer Verordnung sein, die eindeutige und verbindliche Vorgaben für die Höhe des GdB/GdS geben soll und will.
- Nicht nachvollziehbar sind die Vorgaben in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ zu Teil B 18.13 für den Verlust des Arms im Unterarm und für den Verlust der ganzen Hand mit einem GdB/GdS von 50. Dieser GdB/GdS ist in beiden Fällen zu gering bzw. entspricht nicht dem Gleichbehandlungsgrundsatz. Mit einem GdB/GdS von 50 wird in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ auch der Verlust von vier Fingern einer Hand mit Einschluss des Daumens bewertet, wobei die Mittelhand erhalten ist. Diese Relation stimmt bereits nicht. Denn die erhaltene Mittelhand mit einem Finger ist nicht wertlos. Vergleicht man zudem den „Handwert“ mit dem Wert, der in den sogenannten MdE-Tabellen (MdE-Erfahrungswerte) der Gesetzlichen Unfallversicherung ausgewiesen ist (MdE 60 %), so ist dieser in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ mit einem GdB/GdS von 50 um 10 niedriger, wobei ansonsten die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ höhere Werte enthalten, was auch nachvollziehbar ist. Die Einschätzung des Verlusts des Arms im Unterarm und des Verlusts der ganzen Hand in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ mit einem GdB/GdS von 50 ist offensichtlich fehlerhaft und bedarf der Überarbeitung.
- Der Milzverlust (Teil B 16.1) ist mit einem GdB/GdS von 10 jenseits des 8. Lebensjahres angegeben. Der Organverlust ist jedoch nicht identisch mit einem Funktionsverlust. Nach Verlust der Milz bleiben in aller Regel keine Funktionseinbußen. Auch insoweit muss also nachgearbeitet werden.

Was ist bei der Erstellung ärztlicher Gutachten unter Berücksichtigung der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ zu beachten?

Eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale für das ärztliche Gutachten ist die Prüfung der eigenen Fachkompetenz (§ 407a

ZPO). Dieser Grundsatz gilt für alle Rechtsgebiete – sowohl für Gutachten nach Aktenlage als auch für Gutachten, die auf der Grundlage einer Untersuchung des Probanden erstellt werden. Ärztliche Gutachten zur Teilhabe behinderter Menschen und zur Feststellung von Merkzeichen (Schwerbehindertenrecht) werden in aller Regel nach Aktenlage erstellt. Beigezogen und ausgewertet werden also Fremdbefunde. Ist jedoch zur Feststellung des GdB/GdS – v.a. im Rahmen eines Rechtsstreits – ein Gutachten aufgrund klinischer und ggf. bildgebender, elektrophysiologischer und laborchemischer Untersuchung erforderlich, ist der GdS/GdB-Prüfablauf für den ärztlichen Gutachter wie folgt (Tab. 1.1):

1. Zu objektivieren sind die Funktionseinbußen/Gesundheitsstörungen/Behinderungen im Vollbeweis – soweit sie gegenwärtig sind und „mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate“ andauern („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2.f)).
2. Gesondert zu erfassen sind „seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen“ nur, wenn diese „außergewöhnlich“ sind („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. i)) oder „über das übliche Maß“ hinausgehen („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. j)).
3. Bei wechselnden Funktionseinbußen (z. B. chronische Osteomyelitis mit wechselnder Fistelung) ist das „durchschnittliche“ Ausmaß der Beeinträchtigung zu erfassen und festzustellen („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. f)).
4. Zu erfassen und festzustellen sind nur gegenwärtige Gesundheitsstörungen. Zukünftige Gesundheitsstörungen sind nur zu berücksichtigen bei der sogenannten Heilungsbewährung („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. h)), wobei es fraglich ist, inwieweit es sich dabei nicht doch um gegenwärtige Funktionseinbußen handelt.
5. Die individuellen gegenwärtigen und nicht nur vorübergehenden Funktionseinbußen sind den „Eckwerten“ der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ zuzuordnen. Soweit die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ für Gesundheitsstörungen Bandbreiten vorgeben (GdB/GdS 10–30 oder 30–60), sind derartige Spannen nicht hilfreich. Sie entwerfen die Feststellung auf der Grundlage der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ als antizipiertes Sachverständigengutachten. Erforderlich ist in diesen Fällen eine exaktere Vorgabe der einzelnen Funktionseinbußen durch den Ordnungsgeber. Die Einordnung der individuellen Funktionseinbußen hat in diesen Fällen durch Hilfsüberlegungen zu erfolgen.
6. Die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB)/Grad der Schädigungsfolgen (GdS) hat *ohne* Zusatz des Prozentzeichens (%) zu erfolgen, wogegen jedoch immer wieder verstoßen wird.
7. Die Feststellung hat in durch 10 teilbare Gradzahlen zu erfolgen („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. e)).
8. Bei Zusammentreffen mehrerer Behinderungen/Schädigungsfolgen (Tab. 1.1) hat zunächst die gesonderte Feststellung jedes Einzel-GdB/GdS (getrennte Feststellung bezogen auf ein Funktionssystem) zu erfolgen. Der Gesamt-GdB/GdS (Gesamtgrad der Behinderung/der Schädigungsfolgen) ist aus den Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselnden Beziehungen zueinander zu ermitteln („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 3. a)).

**Tab. 1.1** Prüfschema für den ärztlichen Gutachter zur Feststellung des GdB/GdS

<b>I. Ermittlung des Einzel-GdB/GdS</b>	
1. Sicherung (Objektivierung) der – gegenwärtigen (einschließlich der durch Heilungsbewährung bedingten), – altersuntypischen, – die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft bestimmenden Funktionsbeeinträchtigungen	Feststellung des Einzel-GdB/GdS für jedes Funktionssystem
2. Sicherung (Objektivierung durch neurologisch-psychiatrisches Gutachten) – der durch erheblich höher als zu erwartende seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen bedingten Funktionseinbußen	Feststellung des Einzel-GdB/GdS für jedes Funktionssystem
<b>II. Ermittlung des Gesamt-GdB/GdS</b>	
Sicherung der Funktionsbeeinträchtigungen, die – sich potenzieren, – sich überschneiden – sich addieren	Die Feststellung des Gesamt-GdB/GdS geht in der Regel vom höchsten Einzel-GdB/GdS aus. Dieser wird erhöht. Ein Einzel-GdB von 10 wirkt sich – mit Ausnahmen – nicht erhöhend aus.

Die Begutachtung für das Schwerbehindertenrecht und das SER ist Funktionsbegutachtung, nicht Befundbegutachtung. Maßgeblich für den Grad der Behinderung/den Grad der Schädigungsfolgen (GdB/GdS) sind die von den Befunden (krankhaften Veränderungen) ausgehenden Funktionsbeeinträchtigungen – d. h. die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Keine Behinderung sind laborchemische oder apparative Normabweichungen. Keine Behinderung sind auch ausschließlich bildgebend zur Darstellung kommende Veränderungen. Alle diese Veränderungen können ein Indiz für klinisch relevante Funktionsbeeinträchtigungen und eine dadurch bedingte Beeinträchtigung der Teilhabe sein, was aber kritisch zu hinterfragen ist. Bildgebend zur Darstellung kommende Befunde korrelieren nicht ausreichend sicher mit Funktionsbeeinträchtigungen.

Nicht aus jeder Normabweichung resultiert also eine Funktionsbeeinträchtigung und eine dadurch bedingte Beeinträchtigung der Teilhabe und damit eine Behinderung.

Keine Behinderung ist die altersphysiologische Veränderung (Teil A 2. c) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Die Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule nehmen mit zunehmendem Alter physiologisch ab. Das Gleiche gilt für das Seh- und Hörvermögen, die Geschicklichkeit, die Schnelligkeit und die kardiale und pulmonale Leistungsfähigkeit. Diese mit zunehmendem Alter einsetzenden Veränderungen führen ebenso wenig zu einer Behinderung wie dies für kindspezifische Funktionsbeeinträchtigungen gilt. Orientierungspunkt ist stets der Normalbefund (Regelbefund) in der jeweiligen Altersgruppe.

Nur objektive Funktionsbeeinträchtigungen können Grundlage des GdB/GdS sein, wobei die Mittel zur Objektivierung und der Grad der Sicherheit, mit denen Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt werden können, sich von Fachgebiet zu Fachgebiet ändern. Seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen sind nur dann als Grundlage für die Einschätzung gesondert zu erfassen, wenn diese das zu erwartende, „üblicherweise vorhandene“ Maß übersteigen (Teil A 2. i) und j) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“).

Werden subjektive Funktionsbeeinträchtigungen – seelische Begleiterscheinungen und übermäßige Schmerzen und daraus resultierende Funktionsbeeinträchtigungen – angegeben, müssen diese zunächst, gegebenenfalls auch fachpsychiatrisch, gesichert werden (Vollbeweis). Erst dann ist zu prüfen, ob sie das mit den körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen verbundene „übliche“ Maß überschreiten.

Die Höhe des GdB/GdS hängt nicht vom Ausmaß der subjektiven Klagen ab. Fehlen Indizien für eine besondere Schmerzhaftigkeit, fehlen also z. B. eine signifikante Muskelminderung, eine Minderung der Fußsohlenbeschwellung und ein signifikant herabgesetzter Kalksalzgehalt, lässt sich eine schmerzbedingte Minderbelastbarkeit einer unteren Gliedmaße nicht begründen. Das Gleiche gilt z. B. bei kräftigen Arbeitsspuren im Bereich der Hände, die mit der Angabe, der Arm könne schmerzbedingt nicht belastet werden, nicht in Übereinstimmung zu bringen sind. Wird z. B. angegeben, schmerzbedingt könne nach Amputation des Beins im Bereich des Oberschenkels keine Prothese getragen werden, können aber bei wiederholten Überprüfungen klar umschriebene Druckschmerzen nicht ausgelöst werden, ist ein prothesenfähiger Amputationsstumpf der Einschätzung zugrunde zu legen.

Seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen müssen als weitgehend subjektive Funktionseinbußen mit den objektiven korrelieren.

Gegenwärtig sind alle Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen/Behinderungen, die der Betroffene

- nicht mehr verrichten kann (Unmöglichkeit, z. B. Funktionsbeeinträchtigung durch Beinverlust),
- beschwerdebedingt nicht mehr verrichtet (Unzumutbarkeit, z. B. Funktionsbeeinträchtigung durch schmerzhafte Kniegelenksarthrose),
- aus präventiven Gründen nicht verrichten darf (Unzulässigkeit, z. B. Funktionsbeeinträchtigung durch Meidung von Menschenansammlungen infolge Infektionsrisiko des Kleinkinds nach Milzverlust oder durch Meidung hüftgelenkstrapazierender Betätigungen nach künstlichem Ersatz des Hüftgelenks).

Selbst wenn Funktionseinbußen künftig sicher zu erwarten sind, führt das mit Ausnahme von Funktionseinbußen aus präventiven Gründen (die letzte der oben genannten Alternativen) nicht zu einer Erhöhung des GdB/GdS (Teil A 2. h) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Vielmehr ist bei Eintritt der Verschlimmerung (Teil A 7. a) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“) ein entsprechender Antrag zu stellen (§ 152 SGB IX/§ 10 (1) SGB XIV). Bei wechselnden Funktionseinbußen, z. B. Hauterkrankungen, bestimmt sich der Grad der Behinderung nach der Gesundheitsstörung, die letztlich die Behinderung prägt. Welche das ist, ist nicht mit einer mathematischen Formel zu bestimmen. Es kommt darauf an, durch welche Funktionsbeeinträchtigung maßgeblich die Beeinträchtigung der „Teilnahme am Leben in der Gesellschaft“ bestimmt wird. Sind z. B. akute Schübe einer chronischen Osteomyelitis selten, so sind die mit dem akuten Schub verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen für das Ausmaß der Behinderung nicht maßgeblich (Teil A 2. f) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Auszugehen ist vom „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung.

Eine Besonderheit ist der GdB/GdS für die Zeit der sogenannten Heilungsbewährung (Teil A 2. h) und Teil A 7. b) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Diese so genannte Heilungsbewährung ist jedoch im Kern eine gegenwärtige Funktionseinbuße aus präventiven Gründen und deshalb nur vordergründig eine Besonderheit. Nach Transplantationen und nach Erkrankungen, die zu Rezidiven neigen (Tumorerkrankungen, chronische Osteomyelitis), ist bei der GdB/GdS-Ermittlung ein Zeitraum von bis zu 5 Jahren nach Abschluss der Primärbehandlung (z. B. operativer Entfernung des Tumors oder Ausräumung der osteomyelitisch veränderten knöchernen Strukturen) abzuwarten. Bis zu diesem Zeitpunkt ist der GdB/GdS wegen des Wiedererkrankungsrisikos gegenüber dem für die Folgen der Grunderkrankung zu ermittelnden GdB/GdS erhöht.

Auch wenn die krankheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen unverändert bestehen, kann nach Ablauf der Heilungsbewährung der GdB/GdS gesenkt werden (Teil A 7. b) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“).



Nach Sicherung der individuellen Funktionsbeeinträchtigung/Gesundheitsstörung/Behinderung ist der nächste Schritt deren Zuordnung zu bestimmten Nummern der „GdS-Tabelle“, Teil B der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Teil B der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ gibt tabellarisch aufgeführte Gesundheitsstörungen vor. Es sind verbindliche „Eckwerte“, aus denen mittels vergleichender Betrachtung Werte für andere Gesundheitsstörungen abgeleitet werden. Bei atypischen Fällen empfiehlt sich die Angabe mehrerer „Eckwerte“, die der individuellen Gesundheitsstörung vergleichbar sind und von denen aus der „richtige“ Wert sozusagen angepeilt wird, um so die Überlegungen des Gutachters für Dritte transparent zu machen.

Der jeweilige „Eckwert“ der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ umfasst die mit der Gesundheitsstörung regelhaft verbundenen „üblichen“ Schmerzen und seelischen Begleiterscheinungen (Teil A 2. i) und Teil A 2. j) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“).

Sehen die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ einen Spielraum für die Einschätzung des GdB/GdS vor (z. B. Teil B 18.14 „Lockerung des Knie-Band-Apparats, Versorgung mit einem Stützapparat je nach Achsenfehlstellung“ – GdB/GdS 30–50), so ist mithilfe anderer „Eckwerte“ der für die individuelle Funktionsbeeinträchtigung maßgebliche GdB/GdS einzugrenzen. Im Beispielsfall sind „Eckwerte“ einmal das in günstiger Stellung fest versteifte Kniegelenk (GdB/GdS 30) und der Verlust des Beins im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfs und der verbliebenen Gelenke (GdB 50). Diese Hilfsüberlegungen sind in das Gutachten ausdrücklich aufzunehmen, um den Vorschlag dem für die Festsetzung des GdB/GdS Verantwortlichen nachvollziehbar zu vermitteln.

Treffen mehrere Gesundheitsstörungen zusammen, ist zunächst jede Gesundheitsstörung einzeln zu bewerten und der dafür maßgebliche GdB/GdS („Einzel“-GdB/GdS) als Bewertungsfaktor festzuhalten (Teil A 3. der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Aus der Gesamtheit der Behinderungen ist dann der „Gesamt“-GdB/GdS zu bilden.

#### § 152 Abs. 3, Satz 1, SGB IX

Liegen mehrere Beeinträchtigungen 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. ◀

Bei der Ermittlung des „Gesamt“-GdB/GdS dürfen die Einzelbewertungen nicht addiert werden (Teil A 3. A der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Die Einzelbewertungen sind nur eine Bewertungsgröße. Sie sind keine Berechnungsgrundlage. Maßgebend für die Bildung des „Gesamt“-GdB/GdS sind die Auswirkungen der einzelnen Funk-

tionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit in ihrer wechselseitigen Beziehung zueinander. So kann ein „Gesamt“-GdB von 50 nur dann angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkungen der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich sind, wie dies bei dem Verlust einer Hand oder eines Beins im Unterschenkelbereich der Fall wäre.

Funktionsbeeinträchtigungen können durch Hinzutreten weiterer Funktionsbeeinträchtigungen

- in Abhängigkeit voneinander verstärkt werden (Teil A 3. d) bb) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Nach z. B. Verlust des linken Beins im Unterschenkel mit prothesenfähigem Stumpf – „Einzel“-GdB/GdS 50 – kommt es zum Verlust des Daumens sowie des Zeige- und Mittelfingers rechts – „Einzel“-GdB/GdS 30. Der „Gesamt“-GdB/GdS ist auf 90 einzuschätzen, da durch den Verlust der Finger rechts nicht nur Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Hand hinzukommen, sondern die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des linken Beins nicht mehr durch Benutzen einer Gehstütze rechts ausgeglichen werden können,
- völlig unabhängig voneinander sein (Teil A 3. d) aa) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“), z. B. bei stärker behindernder Neurose – „Einzel“-GdB/GdS 40 – kommt es zur Versteifung eines Kniegelenks – „Einzel“-GdB/GdS 30. Der „Gesamt“-GdB/GdS ist auf 70 einzuschätzen, da sich beide Funktionsbeeinträchtigungen nicht überschneiden,
- sich überschneiden (Teil A 3. d) cc) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Eine Einschränkung der Lungenfunktion mittleren Grades mit das gewöhnliche Maß übersteigender Atemnot z. B. beim Treppensteigen und Gehen von 3–4 km (Teil B 8. 3 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“) – „Einzel“-GdB 50 – fällt zusammen mit einer Versteifung des oberen und unteren linken Sprunggelenks in ungünstiger Stellung – „Einzel“-GdB 40 – ergibt einen „Gesamt“-GdB von 70, weil sich die Auswirkungen beider Funktionsbeeinträchtigungen in den „Lebensbereichen“ (Teil A 2. a „Versorgungsmedizinische Grundsätze“) Bewegung und Belastung überschneiden.

Sinnvollerweise geht man bei der Bildung des „Gesamt“-GdB von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten „Einzel“-GdB aus (Teil A 3. c der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“), um dann zu prüfen, ob die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen das Ausmaß der Behinderung noch vergrößern.

#### Beispiel

Bei einer „Einschränkung der Herzleistung“ (Teil B 9.1.1 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“) mit einer „Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leich-

ter Belastung (z. B. Spazieren gehen – 3–4 km/h, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit)“ mit einem „Einzel“-GdB von 60 erleidet der schwerbehinderte Mensch durch einen Sturz einen schweren Kniebinnenschaden rechts. Es wird ein künstliches Kniegelenk implantiert (GdB 20), dessen Funktion „bestmöglich“ ist (Teil B 18.12 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). ◀

Die Implantation des künstlichen Kniegelenks bedingt keinen Anstieg des „Gesamt“-GdB, weil die Funktionsbeeinträchtigungen des schwerbehinderten Menschen aufgrund der Herzkrankheit so ausgeprägt sind, dass weitere gegenwärtige und präventiv begründete Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund des künstlichen Kniegelenkersatzes entfallen.

#### Beispiel

Die gleichen Überlegungen gelten, wenn durch ein Unfallereignis der schwerbehinderte Mensch einen geschlossenen, stabilen Stauchungsbruch des 1. Lendenwirbelkörpers erleidet, der konservativ behandelt wird und störungsfrei zur Ausheilung kommt. Es verbleibt unfallbedingt eine herabgesetzte statische und dynamische Belastbarkeit der oberen Lendenwirbelsäule und eine etwas eingeschränkte segmentale Beweglichkeit im ehemaligen Verletzungsbereich. Vorbestehend war die operative Versteifung der Segmente L3–L5 mit noch liegendem Metall (GdB 30). ◀

Die vorbestehenden Funktionsbeeinträchtigungen überlagern die unfallbedingten Funktionsbeeinträchtigungen derart, dass eine Anhebung des „Gesamt“-GdB nicht gerechtfertigt ist.

Von wenigen Ausnahmefällen abgesehen, führen zusätzliche leichte Funktionsbeeinträchtigungen, die nur einen GdB/GdS von 10 bedingen, neben einer schweren Funktionsbeeinträchtigung nicht zu einer Steigerung des „Gesamt“-GdB/GdS. Nach Verlust einer Hand („Einzel“-GdB/GdS 50) führt eine diätpflichtige Zuckerkrankheit mit einem GdB von 10 nicht zu einer Zunahme der Gesamtfunktionseinbußen und damit nicht zu einer Erhöhung des GdB von 50. Generell gilt nach § 152 Abs. 1, Satz 6 SGB IX und nach Teil A 3. d) ee) der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“, dass – von Ausnahmen abgesehen – ein „Einzel“-GdB/GdS „wenigstens 20“ betragen muss und ein „Einzel“-GdB/GdS unter 20 folglich auch nicht zu einer Erhöhung des „Gesamt“-GdB/GdS führt. Erst ein „Einzel“-GdB/GdS von 20 hat allenfalls für den „Gesamt“-GdB/GdS Relevanz.

Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht erfolgen – zwar mit ganz erheblichen Ausnahmen – ausschließlich auf Antrag, dies wegen

des unbestimmten Personenkreises, der nach dem SGB IX, dem SGB XIV und dem BVG antragsberechtigt sein kann.

Zu ermitteln ist der GdS und der GdB grundsätzlich in Zehnerwerten („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. e)). Ein um bis zu 5 geringerer Grad der Schädigungsfolgen wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst. Zu ermitteln sind Funktionseinbußen für Vergangenheit und Gegenwart („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. h)). Zukünftige Funktionseinbußen sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie im Sinne der Prävention gegenwärtige Auswirkungen haben. Ein regelhaft funktionierendes künstliches Hüftgelenk ist mit einem GdB/GdS von mindestens 10 zu bewerten (Teil B Nr. 18.12 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“), weil der Träger eines künstlichen Gelenkersatzes, will er dessen Standzeit nicht verkürzen, raue Bewegungen/Belastungen, das Heben und/oder Tragen schwerer Lasten und Zwangshaltungen meiden muss. Der in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ vorgesehene GdS/GdB (Teil B Nr. 18.12 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“) mit 10 ist unter diesen Gesichtspunkten eher zu gering, aber verbindlich.

#### Beispiel

Ein Soldat hat durch geschützte Tätigkeit einen Unterarmbruch rechts mit Beteiligung des rechten Handgelenks erlitten. Es verbleibt eine erhebliche Bewegungseinschränkung. Durch geschützte Tätigkeit, 5 Jahre nach diesem Unfall, kommt es zu einem Verlust des linken Beins im Unterschenkel. ◀

Im Sozialen Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht werden – anders als in der Gesetzlichen Unfallversicherung – Sonderopfer, Gesundheitsstörungen aus dem geschützten Bereich, entschädigt, nicht einzelne Unfälle („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 2. und A 3.). Die im Fallbeispiel erlittenen zwei Unfälle werden als Sonderopfer aus dem geschützten Bereich zusammengefasst. Durch Bescheid festgesetzt wird nur *ein* Grad der Schädigungsfolgen (GdS). Der Grund für diesen Unterschied gegenüber der Gesetzlichen Unfallversicherung liegt darin, dass in der GUV häufig unterschiedliche Arbeitgeber/Unfallversicherungsträger betroffen sind, denen die einzelnen Gesundheitsschäden zuzurechnen sind, was bei Schädigungsfolgen entfällt, wobei sich zur Einschätzung der MdE (GUV) insoweit völlig eigenständige Regeln ergeben.

Der GdS im oben genannten Fallbeispiel ist mit mindestens 70 zu diskutieren – (20 für die Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Handgelenks, 50 für den Verlust des linken Beins im Unterschenkel; Teil B Nr. 18.13 und 18.14 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“). Zwar „dürfen“ die „Einzel-GdS“ („Versorgungsmedizinische Grundsätze“ Teil A 3. a)) grundsätzlich nicht addiert werden,

weil für den GdS die „Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit“ entscheidend sind und nicht jeder „Einzel-GdS“. Diese geben in der Regel keine ausreichende Information zur schädigungsbedingten Funktionseinbuße. Im Fallbeispiel kann jedoch der Betroffene infolge der Funktionsseinbußen im Bereich des rechten Handgelenks nur mit Erschwernis eine Gehstütze zur Entlastung des linken Beins benutzen, sodass es gerechtfertigt ist, beide Werte (GdS 20 und 50) zusammen zu ziehen.

### Übersicht

Der GdB/GdS wird auf der Grundlage der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ermittelt. Diese haben Verordnungsrang. Sie sind im Sinne der Gleichbehandlung aller behinderten Menschen für den ärztlichen Gutachter verbindlich. Der GdB/GdS ist aufgrund der gegenwärtigen objektiven Funktionsbeeinträchtigungen, die im Vollbeweis gesichert sind, zu ermitteln. Zu ermitteln ist grundsätzlich in Zehnerschritten. Der „Einzel“-GdB/GdS, der GdB/GdS für die einzelnen Funktionssysteme, ist, wenn mehrere Funktionssysteme betroffen sind, zu einem „Gesamt“-GdB/GdS zusammenzufassen unter Beachtung der Vorgaben der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Dieser drückt die Beeinträchtigung der Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gemeinschaft aus. Entscheidend sind die insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen.

Leistungen setzen grundsätzlich einen Antrag voraus.

Durch das SGB XIV ist der Rahmen für die Opferentschädigung deutlich ausgedehnt worden, insbesondere auch durch die Einbeziehung von Menschen, die Gewalt miterleben müssen (§ 14 (2) SGB XIV). Zwar wurden diese unter der Geltung des § 1 OEG von der Rechtsprechung insofern einbezogen, als eine besondere Nähe zum Opfer bestand (sog. Sekundärschäden). Dies führte aber immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten, sodass dies jetzt erweitert wurde auf Schockschäden sowie abschließend auf gesetzlich definierte Angehörige (§ 14 (2) SGB XIV). Das SGB XIV leistet Unterstützung für Menschen, die eine gesundheitliche physische oder psychische Schädigung – auch dies ist neu – durch ein „schädigendes Ereignis erlitten haben, für das die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt“ (§ 1 (1) SGB XIV). Ausgestaltet wurden die Hilfsangebote, insbesondere in Form der schnellen Hilfe. Erleichtert wurde der Beweis einer Gewalttat, um nur einige Neuerungen zu nennen.

Schädigende Ereignisse nach § 1 (1) SGB XIV sind:

1. Gewalttaten nach Kap. 2, Abschn. 2, Unterabschnitt 1 (§§ 13, 14, 15 SGB XIV),
2. Kriegsauswirkungen beider Weltkriege nach Kap. 2, Abschn. 2, Unterabschnitt 2 (§ 21 SGB XIV),
3. Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes nach Kap. 2, Abschn. 2, Unterabschnitt 3 (§ 23 SGB XIV) sowie
4. Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach Kap. 2, Abschn. 2, Unterabschnitt 4, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben (§ 24 SGB XIV).

Besonders hervorzuheben ist, dass künftig auch Opfer psychischer Gewalt (§ 13 (1) Ziffer 2 SGB XIV) – hierunter fallen vor allem Fälle von sexueller Gewalt und des sexuellen Missbrauchs – Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts erhalten können. Das Gleiche gilt nach § 14 (1) Ziff. 5 für die Opfer von erheblicher „Vernachlässigung von Kindern“ und nach Ziff. 6 für die Opfer der „Herstellung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung von Kinderpornografie nach § 184b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 des Strafgesetzbuchs.“

Anknüpfungspunkt für die Leistungen ist nicht mehr nur die Nationalität des Betroffenen, sondern auch die Örtlichkeit, von der die Gewalt ausgeht – z. B. „Inland“ (§ 13 (1) SGB XIV). Also auch Ausländer, die sich im Inland aufhalten, fallen unter das Soziale Entschädigungsrecht, was zuvor nur im Fall der Gegenseitigkeit der Fall war, wenn also auch der Heimatstaat des Ausländers eine entsprechende Regelung vorsah.

Erlassen wurde das SGB XIV bereits am 12.12.2019, auch motiviert durch die Vorfälle auf dem Weihnachtsmarkt an der Berliner Gedächtniskirche (Breitscheidplatz) am 19.12.2016. Das SGB XIV, eigentlich das 13. Sozialgesetzbuch – auf die

## 1.2 Soziales Entschädigungsrecht

### 1.2.1 SGB XIV: Das Soziale Entschädigungsrecht ab 01.01.2024

#### Rechtsgrundlagen

Ab dem 01.01.2024 löst das 14. Sozialgesetzbuch (SGB XIV) das Bundesversorgungsgesetz (BVG), dessen ursprüngliche Fassung vom 20.12.1950 stammt und das für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene der beiden Weltkriege geschaffen wurde, als Leitgesetz ab, wobei das BVG jedoch diese Funktion für Einzelgesetze zum Sozialen Entschädigungsrecht zumindest zunächst beibehalten wird. Abgelöst wird es insofern, als Ansprüche von Kriegsoffern, von Opfern einer Gewalttat, einer Schädigung durch Impfung und einer Schädigung durch den Zivildienst ab dem 01.01.2024 über das SGB XIV entschädigt werden. Aufgehoben sind ab dem 01.01.2024 das Opferentschädigungsgesetz (OEG), das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und das Zivildienstgesetz (ZDG).

Zahl 13 wurde jedoch mit Rücksicht auf die Empfindungen gewisser Kreise verzichtet –, trat jedoch überwiegend erst ab dem 01.01.2024 in Kraft, um den Bundesländern zu ermöglichen, ihre Verwaltungen auf veränderte Vorgaben einzustellen. Bereits rückwirkend zum 1. Juli 2018 sind einzelne Änderungen im BVG und OEG über höhere Waisenrenten (§ 87 SGB XIV), Überführungs- und Bestattungskosten (§ 99 SGB XIV) sowie die Gleichstellung von in- und ausländischen Gewaltopfern (§ 7 SGB XIV), in Kraft getreten. Im Einzelnen gelten folgende Regelungen/Besonderheiten:

- Gleich geblieben ist das grundsätzliche Antragserfordernis (§ 10 SGB XIV).
- Wie im gesamten Sozialrecht gilt die Relevanztheorie, die Theorie der wesentlichen Bedingung. Auch Schadensbilder psychischer Genese werden nur dann entschädigt, wenn sie wesentlich auf einem schädigenden Ereignis beruhen (§ 4 (1) SGB XIV). Zu beachten sind aber die nachfolgenden Beweiserleichterungen.
- Aus dem BVG (§ 1 (3) Satz 2 BVG) wurde übernommen die „Kannversorgung“ (§ 4 (6) SGB XIV) (→ Kausalitätstheorien).
- Es gelten grundsätzlich die für das Sozialrecht allgemein geltenden Beweisregeln. Alle Tatsachen sind im Vollbeweis zu sichern, der Kausalzusammenhang mit dem Beweismaß der Wahrscheinlichkeit (§ 4 (4) SGB XIV) aber mit erheblichen Ausnahmen
  - zum ursächlichen Zusammenhang:

#### § 4 (5) SGB XIV

„Bei psychischen Gesundheitsstörungen wird die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs im Einzelfall vermutet, wenn diejenigen medizinischen Tatsachen vorliegen, die nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft geeignet sind, einen Ursachenzusammenhang zwischen einem nach Art und Schwere geeigneten schädigenden Ereignis und der gesundheitlichen Schädigung und der Schädigungsfolge zu begründen und diese Vermutung nicht durch einen anderen Kausalverlauf widerlegt wird.“ ◀

- zu den Tatsachen:

#### § 117 SGB XIV

- (1) „Die Angaben der antragstellenden Person, die sich auf die mit der Schädigung im Zusammenhang stehenden Tatsachen beziehen, sind, wenn Beweismittel nicht vorhanden oder nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden der antragstellenden Person oder ihrer Hinterbliebenen verlorengegangen sind, der Entschei-

dung zugrunde zu legen, soweit sie nach den Umständen des Falles glaubhaft erscheinen.

- (2) Eine Tatsache erscheint glaubhaft, wenn bei mehreren ernstlich in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten das Vorliegen einer davon relativ am wahrscheinlichsten ist, weil nach Gesamtwürdigung aller Umstände besonders viel für diese Möglichkeit spricht.
  - (3) Die Verwaltungsbehörde kann von der antragstellenden Person in besonderen Fällen die Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung verlangen.“ ◀
- Das SGB XIV enthält gegenüber dem BVG und dem OEG eine deutliche Aufstockung der Leistungen, die möglich wurde, weil durch einen natürlichen Wegfall der Weltkriegsgeneration die Leistungen insgesamt geringer werden.
  - Der Gewaltbegriff ist erweitert um die psychische Gewalt (§ 13 (1) Nr. 2 SGB XIV), jedoch erst ab dem 01.01.2024 und nur bei „schwerwiegendem Verhalten“. Um Auslegungsschwierigkeiten insofern zu vermeiden, finden sich in § 13 (2) SGB XIV Regelbeispiele aus dem Strafgesetzbuch, die zwar selbst damit als „schwerwiegend“ festgeschrieben sind, deren Strafraumen jedoch von drei Monaten bis zu 5 Jahren geht, sodass fraglich ist, inwiefern diese Beispiele eine Auslegungshilfe sein werden.
  - Als Konsequenz des Anschlags vom 19.12.2016 wurden Anschlagsoffer infolge von Taten mit einem Kraftfahrzeug, die bisher von Ansprüchen nach dem OEG ausgenommen waren (§ 1 (11) OEG) – ihnen stehen Ansprüche nach dem PflVG (Gesetz über die Pflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter) bzw. ähnlich lautenden Gesetzen anderer Staaten zu – ausdrücklich in den Schutzbereich des SGB XIV einbezogen (§ 18 SGB XIV), was insofern richtig ist, als diese Gesetze nicht dem Schutzzgedanken des SGB XIV entsprechen.
  - Leistungen der „schnellen Hilfe“ (§§ 29–40 SGB XIV), insbesondere die Traumaambulanzen und die Unterstützung Betroffener durch ein Fallmanagement, erweitern maßgeblich das Hilfsangebot, insbesondere auf psychotherapeutischem Gebiet, um eine Chronifizierung des Leidens zu verhindern oder zu mildern. Dieses Hilfsangebot ist ergänzt durch Verfahrensvereinfachungen (§§ 115, 116 SGB XIV).
  - Ausdrücklich gesetzlich festgehalten ist der Wegfall von Leistungen, wenn der Geschädigte seinerseits eine Ursache für den Schaden gesetzt hat oder wenn er während des Naziregimes gegen die Grundsätze von Rechtsstaatlichkeit und/oder Menschlichkeit verstoßen hat (§§ 16, 17, 19, 20 und 22). Geht es um Fälle häuslicher Gewalt, ist nicht unproblematisch die Regelung des § 16 (2) SGB XIV – „Leistungen sind so zu erbringen, dass sie nicht der Person



wirtschaftlich zugutekommen, die das schädigende Ereignis verursacht hat“ – in Verbindung mit § 17 (2) SGB XIV – „Leistungen können ganz oder teilweise versagt werden, wenn Geschädigte es unterlassen haben, das ihnen Mögliche und Zumutbare zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Verfolgung der Täterin oder des Täters beizutragen.“ Die Regelung verstößt in diesen Fällen ausdrücklich gegen Art. 18 (4) der Istanbul-Konvention (Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt) vom 11.05.2011. Danach dürfen Leistungen nach einer Gewalttat nicht davon abhängen, dass an der Aufklärung der Tat mitgewirkt wird. Da es sich bei § 17 (2) SGB XIV jedoch nur um eine „Kann“-Vorschrift handelt, ist bei der Umsetzung des Gesetzes in Fällen häuslicher Gewalt besondere Sorgfalt angebracht.

- Sachlich zuständig für die Durchführung des SGB XIV sind die nach Landesrecht zuständigen Behörden (§ 112 SGB XIV).
- Die prozessuale Zuständigkeit liegt ab dem 01.01.2024 allein bei der Sozialgerichtsbarkeit (Änderung des § 51 (1) Nr. 6 SGG mit Geltung ab dem 01.01.2024). Ab 01.01.2024 ist die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte für die Kriegsopferfürsorge entfallen.

Das SGB XIV hat gegenüber dem BVG zu einer erheblichen Ausweitung der Leistungen geführt, wobei insbesondere zu nennen sind: die Einbeziehung von psychischen Reaktionen, von Schockschäden (sog. Sekundärschäden), von Taten mit Kraftfahrzeugen, Leistungen der schnellen Hilfe und Beweiserleichterungen.

### Die „Kannversorgung“

Im Sozialen Entschädigungsrecht gilt – wie im gesamten Sozialrecht – die Kausaltheorie der wesentlichen Bedingung. Eine wesentliche Besonderheit, die das Soziale Entschädigungsrecht vom gesamten Sozialrecht unterscheidet, ist jedoch die „Kannversorgung“, die vom BVG (§ 1 (3) Satz 2 BVG) übernommen wurde (§ 4 (6) SGB XIV).

#### § 4 (6) SGB XIV

Wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache der Gesundheitsstörung in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt werden. ◀

Die Einzelheiten sind geregelt in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ (C4).

#### C4. Kann-Versorgung

- 4.1 Im Sozialen Entschädigungsrecht muss anhand des Sachverhalts in jedem Einzelfall stets zuerst geprüft werden, ob nach Nummer 3.4 der ursächliche Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann. Lässt sich dabei die Frage des ursächlichen Zusammenhangs bereits in ihrer Gesamtheit bejahen oder verneinen, ist die entsprechende Prüfung abgeschlossen und eine Kann-Versorgung kommt nicht in Betracht.
- 4.2 Lässt sich die Frage des ursächlichen Zusammenhangs im Sinne von Nummer 3.4 nicht bejahen oder verneinen, kann in Ausnahmefällen eine Gesundheitsstörung im Sinne der Kann-Versorgung als Schädigungsfolge anerkannt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache der festgestellten Gesundheitsstörung in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht.
- 4.3 Eine Kann-Versorgung kommt nur dann in Betracht, wenn die einer Gesundheitsstörung zugrunde liegende Ursache (Ätiologie) nicht durch den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gesichert ist und wenn fundierte wissenschaftliche Arbeitshypothesen einen ursächlichen Zusammenhang begründen. Eine von dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft abweichende subjektive Auffassung eines einzelnen Wissenschaftlers oder einer einzelnen Wissenschaftlerin ist nicht mit Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft gleichzusetzen.
- 4.4 Eine Kann-Versorgung rechtfertigen nicht:
  - a) Zweifel über den Zeitpunkt der Entstehung der Gesundheitsstörung,
  - b) mangelnde diagnostische Klärung,
  - c) unzureichende Sachverhaltsaufklärung oder
  - d) sonstige Ungewissheiten im Sachverhalt.
- 4.5 Ist die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nur für einen Teil einer Gesundheitsstörung gegeben, so ist zu prüfen, ob für den verbleibenden Teil der Gesundheitsstörung die Voraussetzungen für eine Kann-Versorgung vorliegen. ◀

#### Beispiel

Ein 1955 aus russischer Kriegsgefangenschaft entlassener Soldat, die er nach den Entbehrungen des 2. Weltkrieges und noch größeren Entbehrungen durch die 10 Jahre lange

Kriegsgefangenschaft, Schwerstarbeit leistend, überstanden hat, erkrankt nach seiner Rückkehr an Multipler Sklerose. Zur Diskussion steht der Zusammenhang der Multiplen Sklerose mit der geschützten Tätigkeit (Kriegsdienst und Kriegsgefangenschaft). ◀

Ausgehend von der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung ist ein Kausalzusammenhang zwischen der geschützten Tätigkeit und der Multiplen Sklerose nicht wahrscheinlich. Die Ursachen der Multiplen Sklerose sind bisher nicht bekannt. Es gibt eine Reihe voneinander abweichender Erklärungsversuche. Gesichert ist, dass es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems handelt. Als mögliche Ursachen werden drei Gruppen diskutiert:

- Umweltfaktoren: Klimatische Faktoren, Ernährung, Mangel an Vitamin D
- Schadensanlagen: Genetische Veranlagung, wobei es sich nicht um eine Erbkrankheit handelt, verminderte Abwehrkräfte des Organismus, eine chronisch zerebrospinale venöse Insuffizienz
- Andere Belastungen: Psychische Belastung, Schwangerschaft, Unfälle, Infektionen, für die es Anhaltspunkte gibt, wobei ein konkreter Erreger jedoch nicht nachgewiesen werden kann, Nikotinabusus.

Eine Krankheit, bei der so unterschiedliche Ursachen zur Diskussion stehen, kann nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einer konkreten Ursache zugeordnet werden. Nach der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung ist also ein Ursachenzusammenhang der Multiplen Sklerose mit der geschützten Tätigkeit nicht zu begründen.

Das vermehrte Auftreten nach Kriegsdienst und Kriegsgefangenschaft legte es jedoch nahe, dass deren Einflüsse – seien es die negativen Umweltfaktoren oder die damit verbundenen psychischen Belastungen, beides verstärkt durch eine gewisse genetische Veranlagung – eine wesentliche Ursache für die Erkrankung waren/sind. Im Rahmen des Härteausgleichs wurde deshalb 1964 die so genannte „Kannversorgung“ (§ 1 (3) Satz 2 BVG) kodifiziert (§ 4 (6) SGB XIV). Voraussetzung für die „Kannversorgung“ („Versorgungsmedizinische Grundsätze“, Teil C 4.) sind:

1. Der Gesundheitsschaden ist im Vollbeweis gesichert.
2. Der als ursächlich zu diskutierende geschützte Bereich ist im Vollbeweis gesichert.
3. Über die Ursachen des Gesundheitsschadens besteht keine durch Forschung und Erfahrung gesicherte herrschende Meinung.
4. Der Ursachenzusammenhang im konkret zu begutachtenden Einzelfall steht mit einer der anerkannten wissenschaftlichen Arbeitshypothesen zur Ursache (Ätiologie)

und Krankheitsentstehung (Pathogenese) in Übereinstimmung. Einzelmeinungen reichen demgegenüber jedoch nicht aus.

Der Ursachenzusammenhang ist im Beispielsfall anzuerkennen, wobei das Landessozialgericht Baden-Württemberg (Urteil vom 19.12.2013 – L 6 VS 2041/13) folgenden Tenor hat:

„Das erhöhte Risiko, an einer multiplen Sklerose zu erkranken, ist nach einer neueren Studie vom 29.09.2013 in erster Linie durch genetische Faktoren erhöht. Der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand bestätigt somit die in den AHP wiedergegebene Lehrmeinung (Nr. 64 AHP 2008).

Für die Anerkennung im Wege der Kann-Versorgung muss bei einer multiplen Sklerose die Erkrankung in einem zeitlichen Anschluss an eine unter extremen Lebensbedingungen verlaufende Kriegsgefangenschaft aufgetreten sein.“

#### Beispiel

Der Kläger, zu diesem Zeitpunkt 2 Jahre alt, wurde ausweislich der Eintragungen im Impfbuch u. a. am 08.10.2002 gegen Masern, Mumps und Röteln sowie am 04.05.2001, 05.07.2001 und 08.07.2002 gegen Hämophilus Influenza b (Hib) geimpft. Diese Impfungen erfolgten unstreitig aufgrund einer öffentlichen Empfehlung. Am 31.01.2003 wurde beim Kläger ein Diabetes mellitus Typ I diagnostiziert (Urteil Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2008 – L 6 (7) VJ 15/07). ◀

Ein vom Kläger nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) benannter Sachverständiger gab eine Zahl von Fällen an, in denen nach einer Impfung eine Zuckerkrankheit gesichert wurde. Dieser Sachverständige ging von einem Zusammenhang von Zuckerkrankheit und Impfung aus.

Gemäß § 60 Abs. 1 i. V. m. § 61 S. 1 des am 01.01.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetzes (IfSG), das zum 01.01.2024 durch das SGB XIV (§ 14) ersetzt ist, erhält derjenige, der u. a. durch eine Schutzimpfung, die von einer zuständigen Landesbehörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurde, einen Impfschaden erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieses Impfschadens auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG). Beim Kläger fehlte die hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass die Impfungen für die gesundheitliche Schädigung (Zuckerkrankheit) ursächlich waren (Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung).

Die darauffolgende Frage, ob die Voraussetzungen, unter denen eine „Kannversorgung“ angenommen werden kann, vorlagen, musste ebenfalls verneint werden. Nicht ausreichend ist, dass ein ursächlicher Zusammenhang nur deshalb nicht als wahrscheinlich angenommen werden kann, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizi-

nischen Wissenschaft Ungewissheit besteht. Eine „Kannversorgung“ ist nur dann zu prüfen, wenn über die Ätiologie und Pathogenese des als Schädigungsfolge geltend gemachten Leidens keine durch Forschung und Erfahrung genügend gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Auffassung herrscht (Teil C 4. „Versorgungsmedizinische Grundsätze“) und entsprechend die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen für die Entstehung oder den Verlauf des Leidens nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann. In diesen Fällen ist die „Kannversorgung“ zu gewähren, wenn ein ursächlicher Einfluss des geltend gemachten schädigenden Tatbestands in den wissenschaftlichen Arbeits-hypothesen als theoretisch begründet in Erwägung gezogen wird. Dabei reicht die Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht aus. Vielmehr muss es wenigstens eine wissenschaftliche Lehrmeinung geben, die die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs vertritt. Lehrmeinung ist jedoch nicht identisch mit Einzelmeinung.

Im Beispielsfall spricht für die Meinung des nach § 109 SGG benannten Sachverständigen in einigen Fällen ein zeitlicher Zusammenhang. Im Übrigen fehlt aber jede experimentelle oder wissenschaftliche Begründung für die von ihm vertretene These. Ein Anspruch im Rahmen einer „Kannversorgung“ kommt (abgesehen von der fehlenden Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales) nicht in Betracht.

Die in § 1 (3) BVG vorgesehene Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde bis zum 07.11.2016 erteilt in Form von „Richtlinien“, zuletzt vom 12.12.1996. Ab dem 07.11.2016 bedarf jedoch die Zustimmung einer Einzelfallentscheidung. Einmal ist die Zahl der Anerkennungen im Rahmen der Kannversorgung zurückgegangen. Zum anderen sind die in den Richtlinien vom 12.12.1996 vertretenen medizinischen Lehrmeinungen nicht mehr aktuell.

Die Anerkennung einer Erkrankung als Folge der geschützten Tätigkeit im Rahmen der „Kannversorgung“ bedarf, um eine einheitliche Praxis zu gewährleisten, der Zustimmung des zuständigen Bundesministeriums, die seit dem 07.11.2016 in jedem Einzelfall einzuholen ist.

Liegen die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Gesundheitsschadens im Rahmen der „Kannversorgung“ vor, handelt es sich nicht um eine Ermessensentscheidung. Vielmehr ist der Zusammenhang mit geschützter Tätigkeit zu bejahen.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (Teil C 4.) sehen zudem die Anwendung der Kausalitätstheorie der „Kannversorgung“ auch für den Kausalzusammenhang zwischen einer „zu Recht“ anerkannten Schädigungsfolge und einem „neuen Leiden“ (Teil C 4. e. „Versorgungsmedizinische

Grundsätze“) und für die „Verschlimmerung eines schädigungsunabhängigen Leidens“ durch eine „zu Recht“ anerkannte Schädigungsfolge vor (Teil C 4.e „Versorgungsmedizinische Grundsätze“).

#### Beispiel

Bei einem 40-Jährigen ist ein Folgezustand nach Herzinfarkt infolge geschützter Tätigkeit im Rahmen der „Kannversorgung“ anerkannt. Schädigungsunabhängig leidet der 40-Jährige an Lungenfunktionsstörungen. Diese werden durch das Fortschreiten der „zu Recht“ als Schädigungsfolge anerkannten Herzerkrankung verschlimmert. Die Verschlimmerung der Lungenfunktionsstörungen ist eine Schädigungsfolge. ◀

### Welche besonderen Leistungen sieht das SGB XIV vor?

Neu sind insbesondere Leistungen der „schnellen Hilfe“ (Kap. 4, §§ 29–40 SGB XIV). Wenn es der staatlichen Gemeinschaft trotz aller Anstrengungen zur Verbrechungsverhütung nicht gelingt, Gewalttaten zu verhindern, so sollen zumindest wirksame Hilfen für die Opfer dieser Straftaten zur Verfügung gestellt werden. Bei der Versorgung der Opfer von Gewalttaten stehen die teilweise sehr schweren psychischen Traumatisierungen oft im Vordergrund. Die Erfahrung zeigt, dass die Betroffenen durch die Folgen der erlittenen Gewalttaten oft so eingeschränkt sind, dass ihre Kraft nicht ausreicht, um sich selbst Hilfe zu suchen. Das ist der Grundgedanke, auf dem die „schnellen Hilfen“ beruhen.

Die Leistungen der „schnellen Hilfe“ unterteilen sich in „Leistungen des Fallmanagements und Leistungen in einer Traumaambulanz“ (§ 29 SGB XIV).

#### § 30 (4) SGB XIV

Geschädigte sollen ein Fallmanagement erhalten, wenn

1. das schädigende Ereignis eine Straftat gegen das Leben oder gegen die sexuelle Selbstbestimmung war oder
2. sie bei Eintritt des schädigenden Ereignisses minderjährig waren. ◀

Das Fallmanagement hat das Ziel, den Betroffenen durch den Verwaltungsschlingel zu begleiten, ihm die möglichen Wege aufzuzeigen und ihm zu seinen Rechten zu verhelfen.

#### § 31 (1) SGB XIV

- 1) In einer Traumaambulanz wird psychotherapeutische Intervention erbracht, um den Eintritt einer psychischen Gesundheitsstörung oder deren Chronifizierung zu verhindern. ◀

Traumaambulanzen sind Anlaufstellen für die Akutversorgung von Opfern traumatisierender Ereignisse, insbesondere Opfern von Gewalt- und Sexualstraftaten. Sie integrieren, in unterschiedlichem Maße, die medizinische und psychotherapeutische Akutversorgung.

Das Besondere sind vor allem die Beweiserleichterungen, unter denen die „schnelle Hilfe“ in Anspruch genommen werden kann.

#### § 115 SGB XIV

- (1) Leistungen der Schnellen Hilfen werden in der Regel im Erleichterten Verfahren erbracht.
- (2) Im Erleichterten Verfahren genügt es, wenn eine summarische Prüfung ergibt, dass die antragstellende Person nach dem Recht der Sozialen Entschädigung anspruchsberechtigt sein kann. Dabei ist der im Antrag dargelegte Sachverhalt als wahr zu unterstellen, wenn nicht dessen Unrichtigkeit offensichtlich ist.
- (3) Im Erleichterten Verfahren wird weder eine Feststellung über die Richtigkeit oder Unrichtigkeit des von der antragstellenden Person vorgetragenen Sachverhaltes noch über das Bestehen oder Nichtbestehen weiterer, über die Schnellen Hilfen hinausgehende Ansprüche getroffen. ◀

Entscheidend ist, dass Angaben des Betroffenen als wahr unterstellt werden, es sei denn, sie sind offensichtlich unrichtig. Dies ist aber begrenzt auf Leistungen der „schnellen Hilfe“.

#### Wie werden Schädigungsfolgen bewertet?

Die Geschädigten haben Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe (Kap. 6; §§ 62–70 SGB XIV), die sich weitgehend am SGB IX (Schwerbehindertenrecht) orientieren. Sie haben Anspruch auf Entschädigungszahlungen (Kap. 9; §§ 83–84 SGB XIV). Maßgeblich sind für die Ermittlung von Gesundheitsstörungen des Geschädigten die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Diese werden jedoch der Steigerung der Entschädigungsleistungen nicht entsprechend dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) zugrunde gelegt, die Steigerung erfolgt also nicht in 10er-Schritten, sondern in 20er-Schritten (30, 50, 70), wobei zu einem Grad der Schädigungsfolgen von 90 und 100 dann wieder zu den 10er-Schritten zurückgekehrt wird.

#### § 83 SGB XIV

- (1) Geschädigte erhalten eine monatliche Entschädigungszahlung von
  1. 400 € bei einem Grad der Schädigungsfolgen von 30 und 40,
  2. 800 € bei einem Grad der Schädigungsfolgen von 50 und 60,

3. 1200 € bei einem Grad der Schädigungsfolgen von 70 und 80,
4. 1600 € bei einem Grad der Schädigungsfolgen von 90,
5. 2000 € bei einem Grad der Schädigungsfolgen von 100. ◀

Die Hinterbliebenenversorgung bei schädigungsbedingt Verstorbenen ist deutlich erhöht (§ 85 SGB XIV). Leistungen an Hinterbliebene nicht schädigungsbedingt Verstorbener sind entfallen. Der Zugang zu vorhandenen Leistungen ist vereinfacht. Die Leistungen sind insgesamt aufgestockt und erweitert.

Für Kinder gilt nicht mehr Teil A 2 c der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“: „GdB und GdS setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten“. Vielmehr ist nach § 5 (1) Satz 6 SGB XIV „der Grad der Schädigungsfolgen nach dem Grad zu bemessen, der sich bei Erwachsenen mit gleicher Gesundheitsstörung ergibt, soweit damit keine Schlechterstellung der Kinder und Jugendlichen verbunden ist.“

Die Geldleistungen werden zu monatlichen Entschädigungsleistungen zusammengefasst und deutlich erhöht. Sie sind nicht pfändbar und nicht auf andere Sozialleistungen anrechenbar (§§ 9, 28 SGB XIV).

#### 1.2.2 Das Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Bis zum 01.01.2024 gab es in Deutschland kein einheitlich geregeltes Soziales Entschädigungsrecht, wobei das SGB XIV ab diesem Zeitpunkt nur das OEG, das ZDG und das IfSG umfasst. Das BVG bleibt also Leitgesetz für folgende Gesetze (Tab. 1.2):

Das BVG hat seine Grundlage im SGB I, das die Regeln für die soziale Sicherheit in Deutschland aufstellt.

#### § 5 SGB I

- (1) Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht, hat ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und angemessene wirtschaftliche Versorgung.
- (2) Ein Recht auf angemessene wirtschaftliche Versorgung haben auch die Hinterbliebenen eines Beschädigten. ◀



**Tab. 1.2** Einzelgesetze zum Sozialen Entschädigungsrecht (SER)

Gesetz	Kürzel	Inhalt
Soldatenversorgungsgesetz	SVG	Versorgung von Soldaten der Bundeswehr und ihrer Hinterbliebenen (bis 31.12.2024)
Häftlingshilfegesetz	HHG	Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der BRD in Gewahrsam genommen werden
Bundesentschädigungsgesetz	BEG	Entschädigung von Opfern des Nationalsozialismus
Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz	VwRehaG	Entschädigung von Betroffenen von rechtswidrigen Verwaltungsentscheidungen der ehemaligen DDR
Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz	StrRehaG	Entschädigung von Betroffenen rechtswidriger Verfolgungsmaßnahmen der ehemaligen DDR
SED-Unrechtsbereinigungsgesetz	SED-UnBerG	Entschädigung politisch Verfolgter in der ehemaligen DDR

Voraussetzung für Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht sind also **Sonderopfer** – „ein besonderes Opfer“ – zum Wohle der Allgemeinheit bzw. Aufopferungsansprüche im weitesten Sinn, die eine Gesundheitsstörung zur Folge haben.

Das Soziale Entschädigungsrecht ist in zahlreichen Einzelgesetzen geregelt (Tab. 1.1), die jedoch im Wesentlichen auf das Bundesversorgungsgesetz (BVG) verweisen.

Das BVG war bis zum 01.01.2024 die wichtigste gesetzliche Grundlage des Sozialen Entschädigungsrechts. Das BVG bestimmt im Wesentlichen den Leistungsumfang der tabellarisch (Tab. 1.1) aufgeführten Gesetze des Sozialen Entschädigungsrechts auch über den 01.01.2024 hinaus.

Zu den geschützten Tätigkeiten, durch die ein Anspruch auf Versorgung entstehen kann, finden sich in den §§ 2 bis 8a) BVG nähere Erläuterungen.

Die Leistungen, die das BVG vorsieht sind im Einzelnen in § 9 BVG aufgeführt, die jedoch nur auszugsweise nachfolgend aufgeführt werden:

- Rente (erhalten Beschädigte ab einem GdS von 30, wobei ein bis zu 5 geringerer Grad der Schädigungsfolgen „vom höheren Zehnergrad mit umfasst“ wird (§ 30 (1) BVG), also ab einem GdS von 25)
- Ausgleichsrente (erhalten Schwerbeschädigte – GdS ab 50 –, die an der Ausübung der ihnen zumutbaren Erwerbstätigkeit beschränkt oder gehindert sind (§ 32 BVG))
- Berufsschadensausgleich (erhalten Beschädigte, deren Einkommen aus gegenwärtiger oder früherer Tätigkeit gemindert ist (§ 30 (3) bis (16) BVG))
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 26 und 26a BVG)
- Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung (§§ 10–24 BVG)
- Orthopädische Versorgung (§ 13 BVG)
- Pflegezulage (§ 35 BVG)
- Hinterbliebenenversorgung (§§ 38–52 BVG)

## 1.3 Schwerbehindertenrecht (SGB IX) (Teilhabe behinderter Menschen)

### 1.3.1 Rechtsgrundlagen

Am 01. Juli 2001 ist das SGB IX (Neuntes Sozialgesetzbuch) in Kraft getreten. Grundlegend geändert wurde es zum 01.01.2018 durch das Bundesteilhabegesetz. Die letzte Änderung, datiert vom 20.12.2022 mit Wirkung zum 01.01.2025. Das SGB IX ist in drei Teile gegliedert:

- Teil 1 (§§ 1 bis 89) Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen
- Teil 2 (§§ 90 bis 150) Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)
- Teil 3 (§§ 151 bis 241) Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)

Der nachfolgende Beitrag befasst sich ausschließlich mit dem 3. Teil des SGB IX.

Bis zum 01.07.2001 standen im Vordergrund (SchwbG): Die **Fürsorge** für behinderte Menschen und deren Versorgung. Das am 26.08.1986 in Kraft getretene Schwerbehindertengesetz formulierte Pflichten der Umwelt dem „Schwerbehinderten“ gegenüber, nicht jedoch dessen Rechte.

Ab dem 01.07.2001 stehen im Vordergrund (SGB IX): Die **Rechte** behinderter Menschen auf selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und auf Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen. Den Menschen mit Behinderungen soll ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Sie haben auf Solidarität als Teil universeller Bürgerrechte einen Rechtsanspruch.