

Das ärztliche Gutachten
für die
gesetzliche Rentenversicherung

Hinweise zur Begutachtung

1. überarbeitete Fassung

September 2001

**Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten,
Bundeskknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse
im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger**



Hinweise zur 1. überarbeiteten Fassung 09/2001:

Der VDR hat im Juni 2000 in den DRV-Schriften, Band 21 „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung“ herausgegeben. Die hierin dargestellten Anforderungen an den Begutachtungsprozess beziehen sich ausschließlich auf die zum damaligen Zeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen.

Nach der ab 01.01.2001 gültigen neuen Rechtslage im Recht der Erwerbsminderungsrenten sind bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rahmen des Leistungsfeststellungsverfahrens bei Anträgen auf medizinische Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Neuerungen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich zum einen auf den zeitlichen Umfang der Leistungsfähigkeit („Zeitschiene“) und zum anderen auf die Frage, ob das Leistungsvermögen auf Zeit oder auf Dauer gemindert ist. Die „Hinweise zur Begutachtung“ wurden in dieser überarbeiteten Fassung diesen Rechtsänderungen entsprechend angepasst.

Die wesentlichen Änderungen beziehen sich hierbei auf Kapitel 2 „Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung“. Weiterhin gelten die der neuen Rechtslage angeglichenen, von den Verbandsmitgliedern beschlossenen, aktualisierten Gutachtenformulare zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (Kapitel 4.2) und die für die sozialmedizinische Begutachtung wesentlichen geänderten Paragraphen (im Anhang). Die mit den gesetzlichen Änderungen verbundenen, speziellen Anforderungen an den Begutachtungsprozess wurden in den übrigen Kapiteln jeweils berücksichtigt

Weiterhin trat am 01.07.2001 das neu kodifizierte Sozialgesetzbuch (SGB) IX in Kraft. Hierdurch ergaben sich einige Änderungen zu Rechtsvorschriften und Begrifflichkeiten im Rehabilitationsrecht. Auch diese sind in der vorliegenden aktualisierten Fassung der Begutachtungshinweise entsprechend berücksichtigt.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einführung	4
2. Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung	4
2.1 Leistungen zur Teilhabe	4
2.2 Rente wegen Erwerbsminderung	12
3. Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters	16
4. Das ärztliche Gutachten	21
4.1 Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung	21
4.2 Formularsatz	28
4.3 Dokumentationsanleitung	32
5. Definitionen ausgewählter sozialmedizinischer Begriffe (Glossar)	46
6. Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung	55
7. Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens	58
Anhang	61
- Auswahl von Paragraphen des Sozialgesetzbuches (SGB)	61
- Literatur	70
- Stichwortverzeichnis	72
- Kurzerläuterungen für die Dokumentationsanleitung	80

1. Einführung

Das sozialmedizinische Gutachten ist eine wesentliche Grundlage zur Entscheidung der Rentenversicherungsträger über eine Gewährung von Leistungen zur Teilhabe und von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die vorliegenden Hinweise zur Begutachtung sollen dazu beitragen, eine größere Transparenz und Vergleichbarkeit der sozialmedizinischen Gutachten zu erreichen.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verwenden ärztliche Gutachten im Entscheidungsprozess von Leistungen zur Teilhabe und Renten wegen Erwerbsminderung; dabei wird das Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ zugrunde gelegt. Die Hinweise zur Begutachtung informieren über Gliederung und Anforderungsprofil sozialmedizinischer Gutachten. Sie enthalten ein Glossar mit Definitionen häufig benutzter Begriffe zur Beschreibung des Leistungsvermögens. Dieses bietet eine Grundlage für die einheitliche Verwendung der ausgewählten sozialmedizinischen Begriffe.

In den Hinweisen zur Begutachtung werden Rechtsbestimmungen der Sozialgesetzgebung für die Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erläutert. Weiterhin werden Aufgaben und Stellung des Gutachters dargestellt, damit er seiner Aufgabe als medizinischer Sachverständiger in der Rentenversicherung gerecht werden kann.

Die vorliegenden Hinweise zur Begutachtung können nicht das erforderliche sozialmedizinische Wissen vermitteln, das zur gutachterlichen Bewertung der Krankheitsfolgen vom Arzt beherrscht werden muss. Hierzu wird u.a. auf die Fachliteratur, insbesondere auf das Buch „Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (vgl. Literatur (25)) und auf die Fortbildungsveranstaltungen der sozialmedizinischen Akademien und anderer Institutionen verwiesen.

Das einheitliche Gutachten und diese Hinweise zur Begutachtung dienen der Standardisierung und unterstützen die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung.

2. Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung

2.1 Leistungen zur Teilhabe

Durch das am 01.07.2001 in Kraft getretene SGB IX ergeben sich im SGB VI begriffliche Anpassungen durch die geänderten Rechtsvorschriften für den Bereich der Rehabilitation. So werden insbesondere die bisherigen medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen unter dem Überbegriff „Leistungen zur Teilhabe“ zusammengefasst. Im einzelnen sind

¹Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1980 mit der ICDH („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“) ein Modell der Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen entwickelt, das eine heute allgemein anerkannte Grundlage für ein umfassendes Verständnis des Rehabilitationsprozesses darstellt. Es unterscheidet grundsätzlich zwischen der Ebene der Schädigung (Impairment), der Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und der Beeinträchtigungen (Handicaps). Der im deutschen Sprachgebrauch übliche Begriff der Behinderung wird als Überbegriff für alle drei Dimensionen gesehen (siehe auch S.36 f.). Die Vollversammlung der WHO hat im Mai 2001 die ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“) als Nachfolgerin der ICDH verabschiedet.

dies nun Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen. Im Gesetz findet sich das bisher als „Reha vor Rente“ bekannte Prinzip in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI begrifflich entsprechend modifiziert: „Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind“. Dies bedeutet jedoch nicht, dass vor jeder Frühberentung wegen Erwerbsminderung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben ohne Prüfung von Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose durchzuführen ist.

Das Prinzip des Vorrangs von Leistungen zur Teilhabe vor Rentenleistungen wird in erster Linie verwirklicht durch die Etablierung eines Rehabilitationssystems, wie es mit Einrichtungen zur stationären sowie ambulanten medizinischen Rehabilitation und einem differenzierten Angebot zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geschaffen wurde. Der weit überwiegende Anteil aller Anträge auf Leistungen zur Teilhabe wird von Versicherten gestellt, die noch nicht an einer Rente wegen Erwerbsminderung interessiert sind. Mit Leistungen zur Teilhabe wollen und sollen sie eine vorzeitige Berentung vermeiden.

Andererseits muss auch bei jedem Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung die Frage geprüft und beantwortet werden, ob durch Leistungen zur Teilhabe eine Frühberentung verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden kann. Wird diese Frage bejaht, ist der Rentenversicherungsträger gehalten, dem Versicherten entsprechende Leistungen anzubieten.

Versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

Das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung knüpft die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe an die Erfüllung versicherungsrechtlicher und persönlicher Voraussetzungen.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die erforderlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in § 11 SGB VI aufgeführt.

Für die weitaus meisten Fallgestaltungen in der medizinischen Rehabilitation gilt, dass der Versicherte in den zurückliegenden zwei Jahren zumindest sechs Monate versicherungspflichtig tätig gewesen ist und entsprechende Beiträge erbracht hat.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen 15 Jahre mit Beitragszeiten (Pflicht- oder freiwillige Beiträge) oder Ersatzzeiten (= bestimmte beitragsfreie Zeiten vor 1992, z.B. politische Haft in der früheren DDR) belegt sein, bei kürzeren Beitragszeiten besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit. Angerechnet werden auch Zeiten auf Grund einer Gutschrift durch Versorgungsausgleich nach Ehescheidung.

Als eine wichtige Ausnahmeregelung gilt, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger auch in deren Verantwortungsbereich fallen, § 11 Abs. 2 a SGB VI. So sind sie bei dieser Fallkonstellation auch für die Leistungen zur Teilhabe im Einzelfall wesentlich jüngerer Versicherte zuständig, weil für diese Versicherten die Regel „6 aus 24 Monaten“ gilt.

Weitere - in der Praxis seltenere - Tatbestände des Erfüllens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, sind dem § 11 SGB VI zu entnehmen.

Persönliche Voraussetzungen

Gemäß § 10 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen voraussichtlich

- a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
- b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
- c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Diese letzte Gruppe teilweise erwerbsgeminderter Versicherter ist neu in das Gesetz aufgenommen worden. Die Regelung bewirkt, dass Leistungen zur Teilhabe auch dann erbracht werden können, wenn hierdurch der bisherige, gegebenenfalls zu einem Teilzeitarbeitsplatz umgestellte Arbeitsplatz erhalten werden kann. Vor Leistungen zur Ausbildung und Weiterbildung sollen vorrangig Eingliederungshilfen geleistet werden.

Die erforderlichen Leistungsvoraussetzungen sind in den 1998 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) neugefassten „Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rehabilitationsleistungen und zur Mitwirkung der Versicherten“ näher definiert. Unter Berücksichtigung der durch das SGB IX geänderten Begrifflichkeiten werden die in § 10 SGB VI genannten Rechtsbegriffe wie folgt ausgelegt:

Krankheit: Regelwidriger geistiger, körperlicher oder seelischer Zustand

Behinderung: Gesundheitliche Schäden oder Normabweichungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art, die zu einer Einschränkung oder dem Verlust von Fähigkeiten führen, die Voraussetzung für eine normale Lebensführung sind.

Erwerbsfähigkeit: Fähigkeit eines Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.

Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit: Durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ist innerhalb von drei Jahren mit einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (s.u.) zu rechnen.

Minderung der Erwerbsfähigkeit: Infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen entstandene erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.

Wesentliche Besserung: Nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben. Eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit liegt nicht vor, wenn

- nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder
- Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für Behinderte.

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit: Die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wird dauerhaft behoben.

Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung: Durch die Leistung zur Teilhabe kann eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten verhindert werden. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an.

Voraussichtlich: Der angestrebte Erfolg wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten.

Die Auslegungsgrundsätze sollen zur Klärung der Grundbegriffe der Leistungen zur Teilhabe dienen, jedoch keine Festschreibung bewirken. Für die Verwaltungspraxis der jeweils regional zuständigen Rentenversicherungsträger gilt daher sowohl für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine entsprechend angepasste Anwendung dieser Grundsätze.

In den „Auslegungsgrundsätzen“ werden auch die Aufgaben des sozialmedizinischen Sachverständigen präzisiert. Das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung sowie deren aktuelle oder zu erwartende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben sind Gegenstand ärztlicher/sozialmedizinischer Feststellungen und Beurteilungen unter Berücksichtigung aller hierbei im Einzelfall relevanten Aspekte. Die Entscheidung, ob eine erhebliche Gefährdung oder bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und auch die sonstigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, trifft auf der Grundlage der ärztlichen Angaben die Verwaltung.

Zentraler Begriff sowohl im Rehabilitationsrecht als auch bei den Renten wegen Erwerbsminderung ist die Erwerbsfähigkeit. Die Erwerbsfähigkeit ist ein Rechtsbegriff und Ausgangspunkt wesentlicher Leistungsansprüche im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine durch Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit kann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben auslösen, eine verminderte Erwerbsfähigkeit Ansprüche auf eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit begründen.

Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten ist für den Rentenversicherungsträger von Bedeutung, wie sich aus sozialmedizinischer Sicht die Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben darstellt. Dies ist die noch aktivierbare Restleistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der vorhandenen Behinderungen und sozusagen das medizinische Element des noch andere Teilmerkmale enthaltenden Rechtsbegriffs der Erwerbsfähigkeit.

Die Aufgabe des sozialmedizinischen Gutachters besteht darin, ein konkretes Fähigkeitsprofil des Versicherten darzulegen. Daneben zu prüfen, inwieweit die Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder

ergänzende Leistungen) unter den Voraussetzungen der §§ 9 ff. SGB VI erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Sozialmedizinische Zugangsvoraussetzungen

Aus medizinischer Sicht müssen bei dem Versicherten **Rehabilitationsbedürftigkeit**, **Rehabilitationsfähigkeit** und eine **positive Reha-Erfolgsprognose** gegeben sein.

Die **Rehabilitationsbedürftigkeit** im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist. Ob im Einzelfall Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung aller wesentlichen sozialmedizinischen Faktoren, wie z.B.:

- Funktionseinschränkungen
- Fähigkeitsstörungen
- Risikokonstellation
- Kombination von Gesundheitsstörungen/Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Bisherige Therapie
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen
- Hoher Schulungsbedarf
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung.

Der Versicherte muss auch rehabilitationsfähig sein. Der Begriff der **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf eine geeignete somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden als Voraussetzung für die Teilnahme an einer in Aussicht genommenen Rehabilitation. Er muss in der Lage sein, das Angebot aktiver und passiver therapeutischer Leistungen wahrnehmen zu können. Grundsätzlich gilt, dass der Versicherte mit öffentlichen Verkehrsmitteln allein reisefähig sein soll. Er muss sich innerhalb der Rehabilitationseinrichtung selbst versorgen können, er darf also nicht pflegebedürftig sein. Dabei gilt es natürlich, Besonderheiten indikationsbezogen angemessen zu berücksichtigen.

Das Gesetz fordert im § 10 SGB VI eine **positive Reha-Erfolgsprognose**. Die Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, letztendlich die Vermeidung oder zumindest das Hinausschieben der Berentung wegen Erwerbsminderung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden können: „Rehabilitation vor Rente“. Dies bedeutet, dass funktionelle Beeinträchtigungen, die einem rehabilitativen Behandlungsansatz gar nicht zugänglich oder so gravierend sind, dass das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung nicht erreicht werden kann, eine Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung ausschließen.

Beispiel:

Der traumatische Verlust eines Auges bei einem 35-jährigen Flugkapitän bringt eine gravierende funktionelle Einschränkung mit sich. Die Versorgung mit einer Prothese erfolgt aus kosmetischen Gründen. Medizinische rehabilitative Behandlungsansätze zur Kompensation oder Behebung des Funktionsverlustes gibt es nicht. Zu prüfen wären Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, weil die Fähigkeit zum räumlichen Sehen unabdingbar für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit war.

Soweit Rehabilitationsziele anderer Träger der medizinischen Rehabilitation noch erreichbar sind, vor allem die der Krankenversicherung, ergibt sich deren Zuständigkeit aus den für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften.

Beispiel:

Der Schlaganfall, der bei einem 55jährigen Versicherten zu einem schweren hirnorganischem Psychosyndrom und einer halbseitigen Parese führt, hat sich nur geringfügig therapeutisch beeinflussen lassen. Er hat gravierende funktionelle Einschränkungen zur Folge und hebt das Leistungsvermögen im Erwerbsleben dauerhaft auf. Das Rehabilitationsziel der gesetzlichen Rentenversicherung kann nicht mehr erreicht werden.

In diesem Fall würde ein Antrag des Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom Rentenversicherungsträger in einen Antrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung „umgedeutet“ werden, § 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI.

Eine Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel der Vermeidung des Pflegerisikos oder Besserung des Gesundheitszustandes kann durchaus indiziert sein.

Die Motivation des Versicherten, das Angebot einer Leistung zur Teilhabe für sich annehmen zu können, beeinflusst die Prognose erheblich. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe im Rentenanspruchsverfahren muss begleitet sein von der expliziten Bereitschaft und erkennbaren Motivation des Versicherten, an einer Leistung zur Teilhabe konstruktiv mitzuwirken.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der Arzt insoweit an der Prüfung der Erfolgsprognose beteiligt, als er über die Belastbarkeit des Versicherten im Hinblick auf die in Aussicht genommene Leistung und auch den gegebenenfalls in Aussicht genommenen Beruf entscheidet.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in stationärer sowie ambulanter Form erbracht. Die Leistungen umfassen alle insofern erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, mit Heilmitteln sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln.

Nach den gesetzlichen Vorschriften sollen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich für längstens drei Wochen erbracht werden. Eine längere Behandlungsdauer ist jedoch möglich, soweit diese erforderlich ist, um das angestrebte Rehabilitationsziel zu erreichen. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation neurologischer, psychischer und insbesondere von Abhängigkeitserkrankungen ist von vorn herein eine längere Dauer vorgesehen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind (§ 12 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Nachsorgeleistungen

Zur Sicherung und Stabilisierung des Ergebnisses der Leistung zur Teilhabe ermöglicht das SGB VI Nachsorgeleistungen. Dabei kann es sich um ergänzende Leistungen auf der Grundlage von § 28 SGB VI handeln, z. B. in Form des dort genannten Rehabilitationssports in Gruppen unter ärztlicher Betreuung. Es kann sich auch um Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben handeln, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 31 Abs. 1 Ziffer 1, zum Beispiel die ambulante Nachsorge

nach vorangegangener Entwöhnungsbehandlung. Nachsorgeleistungen können auch als integraler Bestandteil der bewilligten Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI eingeordnet werden. Die weit gefassten gesetzlichen Bestimmungen erlauben unterschiedliche konzeptionelle Ausgestaltungen. Die Bedeutung der Nachsorgeleistungen nimmt vor dem Hintergrund einer verstärkten Vernetzung des gegliederten Gesundheitssystems zu.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI)

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 bis 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für Behinderte (WfB) nach § 40 SGB IX.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen beispielsweise:

- innerbetriebliche Umsetzungen
- Arbeitsplatzbeschaffungen, ggf. mit befristeten Lohnkostenzuschüssen
- behindertengerechte Arbeitsplatzumrüstungen und -ausrüstungen
- Anlernmaßnahmen mit teilweiser Lohnkostenübernahme
- Auffrischungs- oder Weiterbildungskurse bzw. Weiterbildungslehrgänge
- Zuschüsse zum Kauf von Kraftfahrzeugen oder deren geeignete Umrüstung für Versicherte, die behinderungsbedingt nicht in der Lage sind, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, um den Arbeitsplatz zu erreichen
- Ausbildungs- bzw. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen in einem Berufsförderungswerk, einer sonstigen Bildungseinrichtung (z.B. Berufsfachschule) oder einem Betrieb
- Maßnahmen im Eingangsverfahren bzw. Arbeitstrainingsbereich einer Werkstatt für Behinderte.

Die Sachaufklärung bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist nicht selten über die rein medizinische Begutachtung oder den Reha-Entlassungsbericht hinaus um weitere Ermittlungen im Hinblick auf die Kenntnisse und Fähigkeiten sowie Neigungen des Versicherten zu ergänzen. Dies kann z.B. in Form einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung in einem Berufsförderungswerk durchgeführt werden. Die hier veranlasste Diagnostik, unter anderem unter Rückgriff auf psychologische Testverfahren, ergänzt durch berufspraktische Belastungserprobungen, erlaubt eine fundierte Aussage über die Leistungsfähigkeit und die gegebenenfalls in Frage kommenden Formen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Von wesentlicher Bedeutung für die Erfolgsprognose einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die schulische und berufliche Qualifikation des Versicherten und die Qualität der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie die Motivation für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Beispiel:

Die 55jährige Reinigungskraft mit fortgeschrittener Polyarthrose der Fingergelenke kann wegen dieser qualitativen Einschränkung ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben. Eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens ergibt sich hieraus nicht. Bei einer Prüfung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben scheidet im Hinblick auf die fehlende schulische Qualifikation und die fehlende berufliche Ausbildung eine qualifizierende Umschulungsmaßnahme aus. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird sich auf andere Formen beschränken müssen.

Die Kenntnis der vielfältigen Angebote von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von einem sozialmedizinischen Gutachter nicht erwartet. Wesentlich ist allerdings das Wissen, dass die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung gehört und dass die Frage der Indikation auch bei Anträgen auf andere Leistungen zu prüfen ist.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört es nicht zu den Aufgaben des Gutachters, konkrete Maßnahmen zu empfehlen. Hierfür fehlen ihm in aller Regel die erforderlichen Fachkenntnisse. Allerdings muss er sich im Einzelfall zur Belastbarkeit einer in Aussicht genommenen Leistung aus medizinischer Sicht äußern und auch zu der Frage, ob medizinische Bedenken gegen die in Aussicht genommene spätere Tätigkeit bestehen.

Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 125 SGB III

Die Krankenkasse kann arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist bis zu dem Tag, an dem die Antragstellung nachgeholt wird (§ 51 SGB V).

Von der Krankenversicherung wird im Wesentlichen bei zwei Fallgestaltungen nach § 51 SGB V vorgegangen:

Im ersten Fall besteht bei in der Regel schon länger anhaltendem Krankenstand die Möglichkeit, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verkürzt werden kann.

Beispiel:

Bei einer 47jährigen Friseurin mit einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von jetzt vier Monaten mit einem therapeutisch schwer zugänglichen Schulter-Arm-Syndrom sind die Möglichkeiten der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung ausgeschöpft, ohne dass die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden konnte. Das in der medizinischen Rehabilitation vorhandene breite Spektrum verfügbarer Behandlungsformen ermöglicht die gezielte Kombination unterschiedlicher Therapien in erforderlich hoher Dichte, so dass erwartet werden kann, dass sich der Krankenstand durch medizinische Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung verkürzen lässt.

Bei der zweiten Fallkonstellation muss geprüft werden, ob bereits ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen vorliegt, so dass daraus für den Versicherten ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung resultieren könnte.

Beispiel:

Bei einem 57jährigen technischen Angestellten besteht seit Jahren eine chronische Emphysebronchitis. Seit dem Auftreten einer respiratorischen Globalinsuffizienz ist der Versicherte körperlich nicht mehr belastbar und somit ist die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aufgehoben. Bei diesem klinischen Bild können auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit nicht mehr herstellen. Der Antrag eines Versicherten ist in diesem Fall in einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung „umzudeuten“, § 116 Abs. 2 SGB VI.

Hinzuweisen ist darauf, dass der Antrag nach § 51 SGB V auch auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gerichtet sein kann. Dies kann dann der Fall sein, wenn der Versicherte zwar bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf Dauer arbeitsunfähig ist, sein Leistungsvermögen aber im Übrigen quantitativ nicht eingeschränkt ist. Den vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Rahmen des § 51 SGB V zu erstellenden Gutachten sollten derartige Konstellationen zu entnehmen sein.

Offt ist eine zusätzliche Begutachtung durch die gesetzliche Rentenversicherung entbehrlich. Soweit gleichwohl eine weitere Sachaufklärung für erforderlich gehalten wird, hat der Gutachter im Verfahren nach § 51 SGB V daher die Leistungsfähigkeit des Versicherten sowohl unter dem Aspekt von Leistungen zur medizinische Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen als auch unter dem eines ggf. aufgehobenen Leistungsvermögens mit der Folge der Berentung wegen Erwerbsminderung.

Das Vorgehen nach § 51 SGB V setzt Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts voraus.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt nach den „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien“ (21) vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.

Bei Versicherten, die zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit arbeitslos sind, ist Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit nicht die vor der Arbeitslosigkeit ausgeübte Erwerbstätigkeit, sondern der Tätigkeitsbereich, der für die Vermittlung des Arbeitslosen in Betracht kommt. Einen an die letzte Tätigkeit anknüpfenden „Berufsschutz“ gibt es für den Arbeitslosen nicht. Im ersten halben Jahr zieht das SGB III noch Grenzen, wenn das erzielbare Arbeitsentgelt unzumutbar niedriger ist als das letzte Arbeitsentgelt. Danach gelten Beschäftigungen nur dann als unzumutbar, wenn das daraus erzielbare Nettoeinkommen unter Berücksichtigung der mit der Beschäftigung zusammenhängenden Aufwendungen niedriger ist als das Arbeitslosengeld.

Nicht selten wird ein Arbeitsverhältnis während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit durch Kündigung beendet. In diesen Fällen stellt sich die Frage, ob sich die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf das - nicht mehr bestehende – letzte Arbeitsverhältnis bezieht oder auf den Tätigkeitsbereich, der für die Vermittlung des Arbeitslosen in Betracht kommt. Dabei ist es denkbar, dass aus ärztlicher Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, für den in Betracht kommenden Vermittlungsbereich aber ein hinreichendes Leistungsvermögen besteht.

Eine dem § 51 SGB V ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitslosenversicherung (§ 125 Abs. 2 SGB III). Hier kann das Arbeitsamt einen Versicherten, dessen Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate aufgehoben sein wird, auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommt der Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht sein Anspruch auf Arbeitslosengeld ab Ablauf der Frist bis zum Tage der (späteren) Antragstellung.

2.2 Rente wegen Erwerbsminderung

Das Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist zum 1.1.2001 neu geordnet worden. Es gibt im Wesentlichen drei für die sozialmedizinische Praxis bedeutsame Renten:

- die Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 SGB VI)
- die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI)
- die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)

Die Renten wegen Erwerbsminderung werden grundsätzlich befristet, also auf Zeit geleistet. Eine unbefristete Leistung kommt nur dann in Betracht, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Renten wegen Erwerbsminderung muss die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren mit Beitragszeiten oder gleichgestellten Zeiten erfüllt sein. Außerdem muss der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre (36 Monate) Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit nachweisen.

Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI)

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Auf die Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechtes kommt es nicht an.

Voll erwerbsgemindert kann auch derjenige sein, der eine selbständige Tätigkeit ausübt, wenn aus medizinischer Sicht das Leistungsvermögen im Erwerbsleben auf unter 3 Stunden täglich eingeschränkt ist.

Maßstab für die Erwerbsminderung sind die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Darunter ist der gesamte Arbeitsmarkt zu verstehen, auf dem ein Angebot an und eine Nachfrage nach jeder nur denkbaren Tätigkeit besteht. Dies gilt auch und vor allem für solche Arbeiten, die keine berufliche Qualifikation voraussetzen und - wenn überhaupt - nur eine kurze Einarbeitung erfordern.

Es gibt Arbeitsplätze, die nicht dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzuordnen sind. Hierzu zählen z.B. die Arbeitsplätze in den Werkstätten für Behinderte und in den Blindenwerkstätten. Nach der Rechtsprechung ist bei bestimmten Arbeitsplätzen nicht generell davon auszugehen, dass es für sie einen offenen Arbeitsmarkt gibt. Hierzu zählen z.B. „Schonarbeitsplätze“, die regelmäßig leistungsgeminderten Angehörigen des eigenen Betriebes vorbehalten sind, sowie Tätigkeiten, die als Einstiegsstelle für Berufsfremde nicht zur Verfügung stehen, und Arbeitsplätze, die besonders selten sind. Für Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar sind, sondern nur auf derartige besondere Arbeitsplätze, kann von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden.

Das Recht der Erwerbsminderung nennt drei Stufen des quantitativen (zeitlichen) Leistungsvermögens, an die sich jeweils unterschiedliche rechtliche Konsequenzen knüpfen:

- bei einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich liegt eine volle Erwerbsminderung vor,
- bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich liegt eine teilweise Erwerbsminderung vor,

- bei einem Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich und mehr liegt keine Erwerbsminderung vor.

Bei einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich erhält der Versicherte eine volle Erwerbsminderungsrente, wenn auch alle sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich ist zu unterscheiden, ob der Versicherte auf einem Teilzeitarbeitsplatz tätig oder ob er arbeitslos ist.

Ist der Versicherte auf einem Teilzeitarbeitsplatz tätig und hat er nach ärztlicher Leistungseinschätzung nur noch ein Leistungsvermögen, das auf 3 bis unter 6 Stunden täglich begrenzt ist, so hat er einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Diese Rente ist halb so hoch wie die volle Erwerbsminderungsrente.

Ist der Versicherte arbeitslos, gilt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelte „konkrete Betrachtungsweise“ fort, wonach für die gesetzliche Rentenversicherung die Verpflichtung besteht, eine volle Erwerbsminderungsrente auch dann zu leisten, wenn dem Versicherten ein diesem quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz nicht nachgewiesen werden kann. Daher kann der Versicherte bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich und verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine auf längstens drei Jahre befristete volle Erwerbsminderungsrente erhalten. Die Befristung kann wiederholt werden. Die Prüfung und Entscheidung, ob in diesen Fällen eine arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrente zu leisten ist, obliegt der Verwaltung.

Bei einem Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich und mehr erhält der Versicherte keine Erwerbsminderungsrente, es sei denn, es ist eine der folgenden von der Rechtsprechung entwickelten Ausnahmen gegeben:

Danach kann eine Erwerbsminderung auch bei bestimmten qualitativen Leistungseinschränkungen vorliegen, selbst wenn das Leistungsvermögen quantitativ nicht begrenzt ist. Dies kommt z.B. in Betracht bei Einschränkungen der Wegefähigkeit sowie bei der Notwendigkeit, zusätzliche „betriebsunübliche“ Arbeitspausen einlegen zu müssen. Dieser medizinisch zu begründende Pausenbedarf muss den Rahmen bestehender Pausenregeln in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen überschreiten. Auch das Vorliegen einer „Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen“ bzw. einer „schweren spezifischen Leistungsbehinderung“ kann zur Anerkennung von Erwerbsminderung führen.

Ob besondere zusätzliche Leistungseinschränkungen zu einem Rentenanspruch führen, ist stets vom konkreten Einzelfall abhängig. Dabei erfolgt die Bewertung der ärztlicherseits abgegebenen Leistungseinschätzung verwaltungsseitig mit der Frage, ob überhaupt eine Tätigkeit existiert, die von dem Versicherten ausgeübt werden kann, ob also eine Erwerbstätigkeit „unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ möglich ist. Es ist es daher von wesentlicher Bedeutung, dass die angegebenen qualitativen Leistungseinschränkungen sich zwingend aus den bestehenden Krankheiten und Behinderungen ergeben. Die Angabe qualitativer Leistungseinschränkungen ohne direkten Bezug auf entsprechende Krankheiten oder Behinderungen kann sonst zu einer sachlich nicht begründeten Entscheidung führen.

Das auf der Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung festgestellte Leistungsvermögen ist auch dann maßgebend, wenn der Versicherte darüber hinausgehend weiterhin erwerbstätig ist und unmittelbar auf Kosten der Gesundheit arbeitet. Auf Kosten der Gesundheit wird eine Tätigkeit dann ausgeübt, wenn mit dieser Tätigkeit eine unmittelbare und konkrete Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten verbunden ist. Dies dürfte in der

Praxis selten gegeben sein und muss medizinisch sehr sorgfältig und nachvollziehbar begründet werden. Die gesetzlich festgelegten Hinzuverdienstgrenzen schließen einen Missbrauch aus.

Es ist ferner darauf zu achten, ob der Versicherte tatsächlich noch vollschichtig erwerbstätig ist oder ob der Arbeitgeber eine nur noch zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit akzeptiert und den Versicherten „vergönungsweise“ nominell vollschichtig beschäftigt. In diesem Fall gilt die ärztlich festgestellte quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit den entsprechenden sozialrechtlichen Folgen. Allerdings gelten auch hier die einschränkenden Hinzuverdienstgrenzen, welche den Zahlbetrag der Rente begrenzen.

Die tatsächliche Berufsausübung hat allerdings nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) einen hohen Beweiswert. Arbeitet der Versicherte nicht unmittelbar auf Kosten der Gesundheit und ist er auch nicht „vergönungsweise“ tätig, kann u.U. das Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung verneint werden, selbst wenn ein ärztliches Gutachten ein aufgehobenes Leistungsvermögen angibt.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)

In einer modifizierten Form bleibt die bisherige Rente wegen Berufsunfähigkeit in Wahrung des Vertrauensschutzes für Versicherte erhalten, die vor dem 2.1.1961 geboren sind.

Berufsunfähig sind Versicherte, deren Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen so gemindert ist, dass sie weder in ihrem bisherigen Beruf noch in einem anderen zumutbaren Verweisungsberuf 6 Stunden täglich und mehr arbeiten können, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes aber mindestens 6 Stunden täglich einsetzbar sind. Im Unterschied zur Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ist bei dieser Rentenart also noch ein verwertbares Restleistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden. Auch hier gelten Hinzuverdienstgrenzen.

Bei der Prüfung des Leistungsvermögens ist von den Anforderungen des bisherigen (Haupt-) Berufs auszugehen, weil es für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit entscheidend ist, ob für den Versicherten ein „Berufsschutz“ besteht. Versicherte genießen insofern Berufsschutz, als sie im Rahmen der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen auf diese Rentenart nur auf solche Tätigkeiten verwiesen werden dürfen, die ihren Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechen, die sie weder geistig noch körperlich überfordern (objektive Zumutbarkeit) und die darüber hinaus nicht mit einem unzumutbaren sozialen Abstieg verbunden sind (subjektive Zumutbarkeit). Die Verweisungsmöglichkeiten hängen von der qualitativen Bewertung des bisherigen Berufes ab. Wer auf eine sozial zumutbare Beschäftigung verwiesen werden kann, die ihn weder geistig noch körperlich überfordert, ist nicht berufsunfähig. Grundsätzlich hat der Versicherte einen Wechsel der Berufsgruppe und einen gewissen sozialen Abstieg hinzunehmen.

Zur Beurteilung der verschiedenen beruflichen Tätigkeiten dient bei Arbeitern das von der Rechtsprechung entwickelte sogenannte Mehrstufenschema für die Verweisbarkeit, in dem gleichwertige Berufstätigkeiten in Berufsgruppen zusammengefasst und hierarchisch geordnet sind. Unterschieden wird zwischen dem Vorarbeiter mit Vorgesetztenfunktion oder dem besonders qualifizierten Facharbeiter, dem Facharbeiter, dem angelernten Arbeiter mit einer Ausbildung zwischen drei Monaten und zwei Jahren sowie dem ungelerten Arbeiter mit einer Ausbildung bis zu drei Monaten. Dabei wird nach der Rechtsprechung in der dritten Stufe noch zwischen Anlernberufen des oberen und des unteren Bereiches differenziert. Da der berufliche Abstieg um eine Stufe noch zumutbar ist, können angelernte Arbeiter des unteren Bereiches und ungelerte Arbeiter keinen Berufsschutz beanspruchen.

Für Angestellte sind entscheidende Kriterien für die Einordnung in das Mehrstufenschema die tarifliche Einstufung des Berufes sowie die Ausbildung.

Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI)

Anspruch auf Rente für Bergleute haben u.a. Versicherte, die im Bergbau vermindert berufsfähig sind (§ 45 Abs. 1 Nr. 1 Abs. 2 SGB VI). Verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau liegt vor, wenn weder die bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung noch eine andere, wirtschaftlich im Wesentlichen gleichwertige knappschaftliche Beschäftigung, die von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgeübt wird, wegen Krankheit oder Behinderung nicht mehr ausgeübt werden kann.

Rente auf Zeit (§ 102 SGB VI)

Renten wegen Erwerbsminderung werden befristet, also auf Zeit geleistet, es sei denn, eine rentenrelevante Besserung ist unwahrscheinlich. Dann wird die Rente unbefristet geleistet. Eine rentenrelevante Besserung ist unwahrscheinlich, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Verlaufes nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, durch die sich eine rentenrelevante Steigerung der qualitativen und/oder quantitativen Leistungsfähigkeit ergeben würde. Dies wird zum Beispiel für progrediente Verläufen chronisch-entzündlicher Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates gelten. Denkbare operative Interventionen wie rekonstruktive Eingriffe an Gefäßen oder Gelenken machen dagegen eine Besserung wahrscheinlich. Gleiches kann bei psychischen Erkrankungen gelten, vor allem, wenn das klinische Bild reaktiv bedingt ist oder die Möglichkeiten einer intensiven Therapie bisher nicht ausgeschöpft sind. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn und kann wiederholt werden.

Zeitrenten können - für den Zeitraum bis zum Abschluss einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben - bewilligt werden, wenn eine bestehende Erwerbsminderung durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich zu beheben ist.

Nach einer Gesamtdauer der vorangegangenen Befristungen von neun Jahren ist davon auszugehen, dass nunmehr eine Besserung unwahrscheinlich ist. Die Rente ist dann auf Dauer zu zahlen.

Ungeachtet der ärztlichen Beurteilung, ob eine dauernde oder vorübergehende Erwerbsminderung vorliegt, wird die Rente stets auf Zeit geleistet, wenn – bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich – der Anspruch auch von der Arbeitsmarktlage abhängig ist.

3. Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters

Bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Rente wegen Erwerbsminderung sind die medizinischen Voraussetzungen zu prüfen. Der Rentenversicherungsträger muss den Sachverhalt von Amts wegen ermitteln, dabei können verschiedene Beweismittel eingesetzt werden. Die Aussagen des medizinischen Sachverständigen und das ärztliche Gutachten zählen zu diesen Beweismitteln. Diese ermöglichen der Verwaltung die Entscheidung über die beantragte Sozialleistung.

Funktion des ärztlichen Sachverständigen

Der ärztliche Gutachter ist in seiner gutachterlichen Tätigkeit eigenverantwortlich und inhaltlich nicht an Weisungen gebunden. Dieser Grundsatz ist in den ärztlichen Berufsordnungen niedergelegt und findet sich auch z.B. im § 275 Abs. 5 SGB V. Diese letzte Bestimmung gilt primär zwar nur für die Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, es kann aber gesagt werden, dass hier ein für alle Ärzte gültiges Prinzip seinen Niederschlag gefunden hat. Nach den Berufsordnungen hat der Arzt das Gutachten mit der notwendigen Sorgfalt und nach bestem Wissen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstellen. Sollten im Einzelfall noch Fragen offen sein, sind diese durch Rücksprache mit der zuständigen Abteilung des Auftraggebers zu klären.

Der Gutachter muss gute fachliche Kenntnisse besitzen und ein aufmerksamer Zuhörer und Beobachter sein. Dem zu Begutachtenden soll er das Gefühl vermitteln können, dass er ihm vorurteilsfrei gegenübersteht. Er sollte berücksichtigen, dass der Versicherte nach § 25 SGB X das Recht auf Akteneinsicht hat und damit auch das Gutachten lesen kann. Die Person herabwürdigende Äußerungen wecken Zweifel an der Objektivität und dürfen im Gutachten nicht enthalten sein.

Pflichten des Gutachters im Verwaltungsverfahren

Die auch für die Sozialgerichte entsprechend §§ 407, 407a der Zivilprozessordnung (ZPO) definierten Pflichten eines Sachverständigen sind auch für die ärztliche Begutachtung im Verwaltungsverfahren von Bedeutung. Danach muss der Sachverständige unverzüglich prüfen, ob die eigene Fachkompetenz für die Erfüllung des Gutachtauftrages ausreicht. Er darf einen persönlich gebundenen Auftrag nicht ohne Zustimmung des Versicherungsträgers weiterleiten und hat die Akten und Unterlagen vollständig mit dem fertiggestellten Gutachten zurückzugeben.

Ein sozialmedizinisches Gutachten muss nach Feststellung des Bundessozialgerichtes alle medizinischen Aussagen enthalten, die für die Entscheidung über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Rente wegen Erwerbsminderung ausschlaggebend sind. Dabei hat der Gutachter stets darauf zu achten, dass er weder seine medizinische Fachkompetenz noch den Rahmen des Gutachtauftrages überschreitet. Der Gutachter soll zwar Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen haben, als medizinischer Sachverständiger hat er sich jedoch allein auf medizinische Aussagen zu beschränken. Die Feststellung einer Erwerbsminderung ist Aufgabe des Rentenversicherungsträgers.

Das medizinische Gutachten der Rentenversicherung beinhaltet als eine typische ärztliche Aufgabe des medizinischen Gutachters die Ermittlung und Feststellung medizinischer Fakten aufgrund von Vorbefunden, klinischer, laborchemischer oder apparativer Diagnostik und die Wertung dieser Befunde bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Gutachterliche Aussagen zum Leistungsbild in einem bestimmten Beruf setzen eine ausführliche Befragung des zu Begutachtenden voraus. Der Gutachter muss das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hinsichtlich körperlicher Schwere, Körperhaltung, Arbeitsorganisation und ggf. weiterer wesentlicher, vor allem mentaler Anforderungen erfragen. Nur dann kann sich der Gutachter ein Bild über die körperlichen und psychischen Leistungsanforderungen der jeweiligen Tätigkeit machen und einen Abgleich zwischen Fähigkeitsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil der Tätigkeit herstellen. Dies ist die Voraussetzung einer begründeten und nachvollziehbaren Einschätzung darüber, inwieweit der Versicherte diese Tätigkeit noch ausüben kann. In jedem Fall ist ein genaues positives und negatives Leistungsbild aufzuzeigen. Auch die für die Leistungen zur Teilhabe wesentliche Frage, ob eine Minderung oder zumindest eine erhebliche Gefährdung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben vorliegt, kann unter diesen Voraussetzungen beantwortet werden. Wenn eigene Fachkompetenz und Ermittlungsergebnisse für die Aussagen nicht

ausreichen, sollte der Gutachter dies offen darlegen. Falls notwendig, kann er eine gezielte weitere Sachaufklärung anregen.

Ablehnung eines Gutachtauftrages

Der Arzt erstellt sein Gutachten auf der Grundlage eines Auftrages. Er soll diesen ablehnen, wenn seine fachliche Kompetenzen überschritten werden oder berufliche Überlastung eine zeitgerechte Erstellung eines Gutachtens verhindern. Gleiches gilt, wenn der zu Untersuchende ein Patient des Gutachters ist, dies in den zurückliegenden zwei Jahren war oder wenn er mit ihm verwandt oder verschwägert ist. Darüber hinaus wird es im Einzelfall Konstellationen geben, in denen die Bedingungen einer objektiven Untersuchung aufgrund einer Befangenheit nicht gewährleistet sind. Auch in diesen Fällen sollte die Begutachtung nicht durchgeführt und der Begutachtungsauftrag zurückgegeben werden.

Ärztliche Schweigepflicht

Auch für den ärztlichen Gutachter gilt die Schweigepflicht. Der Schutz der Privatsphäre ist eine in den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes (GG) geschützter Bereich. Die Schweigepflicht wird in den Berufsordnungen formuliert und der Verstoß ist nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB) ein Straftatbestand. Für die gutachterliche Tätigkeit ist der Arzt aufgrund der entsprechenden Erklärung des Versicherten in den Antragsformularen der Rentenversicherungsträger von der Schweigepflicht teilentbunden. Im weiteren wird hierzu auf die einschlägige Literatur verwiesen.

Haftung

Wird dem zu Begutachtenden im Zusammenhang mit der durchgeführten Untersuchung ein gesundheitlicher Schaden zugefügt, so ist hierfür der Sozialleistungsträger nach Artikel 34 GG und nach § 839 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), schadensersatzpflichtig. Dies ergibt sich aus der öffentlich-rechtlichen Natur des Vertrages zwischen Gutachter und Versicherungsträger. Bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz kann der Sozialleistungsträger den Gutachter in Regress nehmen.

Ein vorsätzlich unrichtig erstelltes Gutachten stellt einen Straftatbestand dar, vgl. § 278 StGB: Ärzte oder andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass sich der medizinische Sachverständige bei der Erstellung des Gutachtens innerhalb gesetzlicher Regeln bewegt, die eine korrekte Aussage gewährleisten sollen. Damit wird das öffentliche Interesse deutlich, eine im Einzelfall unter Umständen ganz erhebliche Sozialleistung nur dann zu bewilligen, wenn alle Voraussetzungen einer objektiven Aufklärung des Sachverhaltes eingehalten worden sind. Nicht das Wünschenswerte, sondern das objektiv Gegebene muss den Gutachter leiten. Der Einsatz von medizinischem Wissen und ärztlicher Verantwortung in diesem Sinn wird dann am ehesten zu einer Verwaltungsentscheidung führen, die den Interessen des Versicherten und denen der Versichertengemeinschaft gerecht wird.

Wirtschaftlichkeit

Unter Beachtung von Kriterien zur Wirtschaftlichkeit ist eine gezielte Stufendiagnostik einzusetzen. Diese orientiert sich am Einzelfall. Vorhandene medizinische Unterlagen lassen häufig den Umfang eines Funktionsdefizites bereits ausreichend erkennen. Unnötige Doppeluntersuchungen sowie Routineprogramme sind deshalb abzulehnen. Kostenintensive Laboruntersuchungen und Methoden der Radiologie und Nuklearmedizin können in der Regel nur nach Rücksprache mit dem Auftraggeber bewilligt werden.

Mitwirkung des Leistungsberechtigten

Ein Versicherter, der gegenüber dem Versicherungsträger einen Leistungsanspruch geltend macht, unterliegt bestimmten Mitwirkungspflichten, soweit dies die Aufklärung von Anspruchsvoraussetzungen betrifft (§§ 60 bis 67 SGB I).

Für die sozialmedizinische Begutachtung gilt § 62 SGB I:

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I festgelegt. Nach § 65 Abs. 1 SGB I besteht eine Mitwirkungspflicht nur insoweit, als ihre Erfüllung in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht. Der Versicherte braucht auch dann nicht mitzuwirken, wenn ihm dies aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

Nach § 65 Abs. 2 SGB I können Behandlungen und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, vom Versicherten abgelehnt werden.

In jedem Fall dürfen nur die für die konkrete Fragestellung der Begutachtung notwendigen Untersuchungen durchgeführt werden. Bei mehreren hierbei in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden ist die für den Betroffenen mit der geringsten Belastung verbundene zu wählen. Die Grenzen der Mitwirkungspflicht sind in jedem Einzelfall zu prüfen.

Nach der Rechtsprechung mitwirkungspflichtig im Einzelfall sind die klassischen Methoden ärztlicher Untersuchung wie Palpation, Auskultation, Messung der groben Kraft, des Bewegungsumfanges der Gelenke, Prüfung der Reflexe, der Sinnesorgane, Messung des Blutdruckes sowie Durchführung psychologischer Testverfahren.

Als mitwirkungspflichtige diagnostische Untersuchungsverfahren gelten z.B. die venöse Blutabnahme, EKG, Röntgenuntersuchungen einschließlich Computertomographie, Kernspintomographie, Ergometrie, Lungenfunktionstest, EEG und EMG, Dopplersonographie und Echokardiographie.

Als nicht ohne weiteres mitwirkungspflichtige Untersuchungsmethoden gelten die endoskopischen Untersuchungen, Punktionen von Gelenken und Körperhöhlen sowie alle Methoden, die mit dem Einbringen diagnostischer Substanzen wie Röntgenkontrastmitteln verbunden sind. Testungen auf

HIV benötigen immer eine gesonderte Einwilligung des Versicherten. In aller Regel genügen hier jedoch die neueren, vom Hausarzt erhobenen Befunde.

Aus forensischen Gründen muss der Gutachter auch bei den mitwirkungspflichtigen Maßnahmen den zu Begutachtenden stets über Sinn und Zweck der diagnostischen Maßnahme aufklären und seine Einwilligung einholen. Gelingt es ihm nicht, den Versicherten zu überzeugen, und wird die abgelehnte diagnostische Maßnahme für unabdingbar zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gehalten, ist dies in der Epikrise zu vermerken.

Die Indikation zu diagnostischen Maßnahmen, die nicht mitwirkungspflichtig sind, soll mit großer Zurückhaltung gestellt werden, selbst wenn der Versicherte die Einwilligung dazu erteilen würde. Der sozialmedizinische Gutachter ist nicht der behandelnde Arzt des Versicherten. Die umfassende diagnostische Abklärung einschließlich aller möglichen invasiven Maßnahmen gehört nicht in seinen Aufgabenbereich. Der klinische Untersuchungsbefund in Verbindung mit den Daten, die bereits erhoben wurden und beigezogen werden konnten und denen, die bei den mitwirkungspflichtigen Untersuchungen ermittelt werden können, erlauben in aller Regel eine fundierte Aussage über die bestehenden Funktionsdefizite.

Der Gesetzgeber fordert vom Versicherten auch eine Mitwirkung bei der Vorbereitung und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn dadurch eine Besserung des Gesundheitszustandes herbeigeführt oder zumindest eine Verschlechterung verhindert werden kann (§ 63 SGB I). Auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben soll der Versicherte mitwirken, wenn die Erwerbsfähigkeit auf Dauer gefördert oder erhalten werden kann (§ 64 SGB I). Der sozialmedizinische Gutachter muss eine derartige Konstellation in seinem Gutachten festhalten. Soweit solche Erwägungen im Rentenfeststellungsverfahren erfolgen, ist die Motivation des Versicherten sorgfältig darzulegen.

Kommt der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen für die Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 SGB I). Kann der Sachverhalt also aufgrund der mangelnden Mitwirkung nicht aufgeklärt werden, kann die beantragte Leistung versagt werden. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen der §§ 63 und 64 SGB I vorliegen (§ 66 Abs. 2 SGB I). Gegenstand eines Widerspruchsverfahrens und Sozialrechtsstreites ist dann die Frage, ob vom Versicherten die Mitwirkung zu Recht abgelehnt wurde.

4. Das ärztliche Gutachten

4.1 Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung

Inhalt:

Einleitung

4.1.1 Anamnese

4.1.1.1 Anamnese medizinischer Daten

4.1.1.1.1 Familienanamnese

4.1.1.1.2 Eigenanamnese

4.1.1.1.3 Jetzige Beschwerden

4.1.1.1.4 Therapie

4.1.1.1.5 Behandelnde Ärzte

4.1.1.2 Biographische Anamnese (bei psychiatrischen Gutachten)

4.1.1.3 Arbeits- und Sozialanamnese

4.1.1.3.1 Berufs- und Arbeitsanamnese

4.1.1.3.2 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

4.1.1.3.3 Familiäre Situation

4.1.2 Untersuchungsbefunde

4.1.2.1 Klinische Untersuchungsbefunde

4.1.2.2 Medizinisch-technische Untersuchungen

4.1.3 Diagnosen

4.1.4 Epikrise

4.1.5 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

4.1.5.1 Individuelles positives und negatives Leistungsbild

4.1.5.2 Letzte berufliche Tätigkeit

4.1.5.3 Leistungsfall

4.1.5.4 Zeitliche Befristung der Rente wegen Erwerbsminderung (Zeitrente)

Einleitung

Das sozialmedizinische Gutachten ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für den Rentenversicherungsträger bei der Frage, ob neben den versicherungsrechtlichen auch die persönlichen Voraussetzungen zur Gewährung der beantragten Sozialleistungen erfüllt sind.

Der **Gutachter** ist nicht behandelnder Arzt, der die Anliegen der Antragsteller unterstützt, vielmehr erfüllt er die **Funktion des objektiven und neutralen Sachverständigen**.

Der Gutachter muss einfühlsam, ein guter Zuhörer, aber auch Beobachter sein. Er sollte auch in schwierigen Begutachtungssituationen den Versicherten das Gefühl vermitteln, dass sie auf eine vorurteilsfreie Beurteilung vertrauen können. Er muss vermeiden, dass die Versicherten durch sein persönliches Verhalten während der Gutachtenerstellung Anlass haben könnten, das Ergebnis der Begutachtung in Zweifel zu ziehen.

Bei der **Feststellung der Erwerbsminderung** handelt es sich um eine **juristische Festlegung**. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Fragen nach der beruflichen Verweisbarkeit und das Fehlen eines sogenannten Teilzeitarbeitsplatzes müssen juristisch mit berücksichtigt werden. Ein **Gutachter sollte sich als medizinischer Sachverständiger ausschließlich auf medizinische Angaben beschränken**.

An die **inhaltliche Gesamtdarstellung** und die **formale Gestaltung des Gutachtens** werden folgende Anforderungen gestellt:

Das Gesamtgutachten muss folgerichtig und schlüssig sein im Hinblick auf die Verknüpfung von

- Anamnese und Befund
- Anamnese, Befund und Diagnosen
- Anamnese, Befund, Diagnosen und Epikrise
- Anamnese, Befund, Diagnosen, Epikrise und sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung.

Das Gutachten muss übersichtlich aufgebaut, die Ausdrucksweise klar und auch für Nicht-Mediziner verständlich sein. Stereotype Formulierungen dienen nicht einer individuellen Gutachtengestaltung, dies gilt insbesondere bei unkritischer Verwendung von Textbausteinen. Klarheit in der Sprache, Schrift und Layout erhöhen zudem die Akzeptanz.

4.1.1 Anamnese

Die Anamnese zählt zu den wichtigsten Bestandteilen des Gutachtens. Schon bei der Anamneseerhebung sollte die Fragestellung des Auftraggebers berücksichtigt werden. Bei sozialmedizinischen Gutachten bedeutet dies, dass auch eine Sozial- und Arbeitsanamnese vorhanden sein muss.

Der Gutachter hat Anspruch darauf, dass ihm medizinische Unterlagen, d.h. Ergebnisse ambulanter Behandlungen, Entlassungsberichte aus Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern sowie Berichte anderer Sozialleistungsträger vor der Erstellung des Gutachtens übermittelt werden. In diese muss er vor der Gutachtenerstellung Einsicht nehmen. Einige Unterlagen wird der Arzt vom Versicherten erst am Tage der Begutachtung erhalten. Auch über deren Inhalt sollte er sich ausreichend informieren. Damit wird ihm ermöglicht,

- dem zu Begutachtenden nicht als Fremder zu begegnen
- eine Disposition über die gutachterlichen Ermittlungen zu treffen

- bereits vorliegende medizinische/sozialmedizinische Untersuchungsergebnisse in die Begutachtung einzubeziehen.

Die Anamnese sollte sich gliedern in

4.1.1.1 Anamnese medizinischer Daten

4.1.1.1.1 Familienanamnese

Nur wesentliche Angaben zur familiären Belastung, z.B. Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Lungenerkrankungen, psychische und bösartige Erkrankungen, sind erforderlich.

4.1.1.1.2 Eigenanamnese

Aufzuführen sind Kinderkrankheiten mit Folgeschäden, schwere Akuterkrankungen, Beginn und Verlauf chronischer Erkrankungen, zeitliche Angaben von Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen, Unfälle einschließlich Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle.

Allergische Dispositionen (z.B. Arbeitsplatzumgebung, Tierhaltung) sind zu erwähnen, ebenso Angaben zu Risikofaktoren, Gebrauch von Genussmitteln (Alltagsdrogen) und Suchtstoffen.

Bei Frauen Angabe der gynäkologischen Anamnese.

Angaben zu: Appetit, Durst, Speisunverträglichkeit, Gewichtsverhalten, Stuhlgang, Nykturie, Husten, Auswurf, Schlaf.

4.1.1.1.3 Jetzige Beschwerden

Die Beschwerdeschilderung des Patienten muss dokumentiert werden. Die Beschwerden sind ihren Symptomkomplexen zugeordnet, also strukturiert, aufzuzeichnen (z.B. retrosternales Druckgefühl bei gleichzeitigem Schmerz in den Kiefergelenken und im linken Arm).

Wichtig sind der Beschwerdeverlauf und dessen Folgen für Beruf und Alltagsleben.

Fragen durch den Gutachter sollten erfolgen

- nach typischen Symptomen im Hinblick auf spezielle Erkrankungen und differentialdiagnostische Erwägungen
- bei vermeintlichen Widersprüchen zwischen vorliegenden medizinischen Unterlagen und Angaben des Versicherten
- ggf. zum subjektiven Krankheitsverständnis.

4.1.1.1.4 Therapie

Dauer-/Bedarfsmedikation, seit welcher Zeit, in welcher Dosis, mit welchem Erfolg/Misserfolg, Nebenwirkungen von Therapien; evtl. Hinweis auf weitere Therapien, deren Art und Häufigkeit/Dosierung.

4.1.1.1.5 Behandelnde Ärzte

Angabe behandelnder Ärzte, deren Fachrichtung und Anschrift.

4.1.1.2 Biographische Anamnese (bei psychiatrischen Gutachten)

Diese sollte die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des Patienten enthalten, Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung, der sozialen Herkunft, des späteren Lebensweges im Hinblick auf Familie, Partnerschaft und Beruf, so dass Zusammenhänge von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn, -art und -verlauf zu erkennen sind.

4.1.1.3 Arbeits- und Sozialanamnese

Aus ihr sollten vor allem die sozialen und beruflichen Belastungen zu entnehmen sein.

4.1.1.3.1 Berufs- und Arbeitsanamnese

Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsschicksal: Gründe für evtl. Berufswechsel, Umschulung, jetzige Tätigkeit mit Beschreibung des Arbeitsplatzes und der -atmosphäre, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, Weg zur Arbeitsstelle.
Derzeit arbeitslos, arbeitsunfähig seit wann und warum.

4.1.1.3.2 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

Angabe, warum und ggf. durch wen Aufforderung zur Antragstellung erfolgte. Bisherige Gewährung von Sozialleistungen (evtl. auch im Herkunftsland): z.B. medizinische/berufliche Rehabilitation, Rente, Krankengeld, Versorgungsamt (GdB), Renten der Berufsgenossenschaft (MdE), Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe.
Frühere und aktuelle weitere Anträge auf Sozialleistungen (u.a. auf Leistungen zur Rehabilitation, Rente, ggf. Rechtsmittelverfahren).

4.1.1.3.3 Familiäre Situation

Angaben zur familiären Situation und deren Belastungen sowie zum Freizeitverhalten sollten gemacht werden, wenn sie für die Feststellung der Leistungsfähigkeit oder eine Rehabilitationsmaßnahme von Bedeutung sind.

4.1.2 Untersuchungsbefunde

Die klinische Untersuchung muss die Informationen aus der Anamneseerhebung und Auswertung früher erstellter Befunde und sonstiger Unterlagen berücksichtigen. Grundlage der gutachterlichen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist die Beschreibung der Funktionen.

Funktionseinschränkungen müssen präzise beschrieben werden, möglichst mit Maßangaben, zumal zwischen morphologischem Befund (z.B. Röntgenbild der Wirbelsäule) und Funktion nicht zwangsläufig eine Korrelation bestehen muss. Die medizinisch-technische Zusatzdiagnostik sollte der Objektivierung von Funktionseinbußen dienen.

4.1.2.1 Klinischer Untersuchungsbefund

Der Versicherte muss vollständig untersucht und das Untersuchungsergebnis in seiner Gesamtheit dokumentiert und übersichtlich gegliedert werden. Eine Beschränkung lediglich auf einzelne Körperregionen ist unzureichend. Auch bei Fachgutachten wird ein orientierender klinischer Gesamtstatus mit Angabe von zumindest Größe und Gewicht, Blutdruck und Pulsfrequenz erwartet. Dies ist besonders wichtig, wenn fachgebietsbezogene Symptome/Befunde (z.B.

Sehstörungen oder Tinnitus) an einen Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z.B. arterielle Hypertonie) denken lassen. Außerdem sollten klinische Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (z.B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Zyanose oder Ikterus).

Messbare Untersuchungsbefunde sollten unter Angabe ihrer Messgröße (z. B. Neutral-0-Methode, vergleichende Umfangsmessungen in cm u. a. m.), ggf. mit Einbeziehung von Messblättern, aufgezeigt werden.

Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend. Normalbefunde sind aufzuführen, insbesondere wenn

- entsprechende Beschwerden vorgetragen werden
- pathologische Vorbefunde vorliegen
- das Krankheitsbild korrelierende pathologische Befunde erwarten lässt (z.B. Lymphogranulomatose, bei der Milzgröße und Lymphknotenstatus unauffällig sind)
- die Untersuchung im symptomfreien Intervall einer typischerweise in Schüben bzw. klinisch sehr wechselhaft (mit Exazerbationen) verlaufenden Krankheit (z.B. Asthma bronchiale, chronische Polyarthrit) erfolgt.

Eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane ist erforderlich.

Eine neurologische Untersuchung ist - vor allem wenn sie nicht durch einen Nervenarzt erfolgt - in ihrem Umfang aufzuzeigen (z.B. Angabe, ob die Sensomotorik geprüft wurde).

Beschreibungen des Bewegungsablaufes (z.B. Stand, Gang, Sitzen, beim Aus- und Ankleiden, Aufrichten von der Untersuchungsfläche) sind weitere wichtige Informationen, auf die hingewiesen werden sollte.

Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet müssen psychische Auffälligkeiten beachtet und mitgeteilt werden. Vor allem bei einer Diskrepanz zwischen „Befund“ und „Befindlichkeit“ müssen mögliche Zusammenhänge mit psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankungen in die differentialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

4.1.2.2 Medizinisch-technische Untersuchungen

Medizinisch-technische Diagnostik ist gezielt einzusetzen und sollte sich individuell nach dem Krankheitsbild richten.

Sie ist nicht erforderlich, wenn

- aus mitgereichten medizinischen Unterlagen der Umfang der Funktionsdefizite bereits erkennbar ist
- die Beurteilung der Leistungsfähigkeit schon durch den klinischen Befund erfolgen kann
- keinerlei Hinweise auf eine organbezogene Leistungseinschränkung bestehen.

Die Diagnostik muss angemessen und zumutbar sein; ein Routineprogramm ist abzulehnen. Die Wirtschaftlichkeit muss beachtet werden.

Entsprechend der Röntgenverordnung sind bereits erstellte Röntgenbilder beizuziehen. Röntgenaufnahmen, die in ein anderes Fachgebiet gehören, sind grundsätzlich nicht zu erstellen.

Ist in den verschiedenen Fachgebieten eine funktionsanalytische Stufendiagnostik erforderlich, wird auf die Fachliteratur verwiesen (vgl. Literatur (25)).

4.1.3 Diagnosen

Diagnosen sind stets gesondert aufzulisten, möglichst als Funktionsdiagnosen. Dies geschieht im freien Text unter Punkt 3 der Gliederung und die ersten drei sozialmedizinisch relevanten Diagnosen sind zusätzlich im Formular anzugeben (Schlussblatt Teil 2).

Sie sind

- nach dem Schweregrad (ggf. mit Klassifikation und/oder Stadieneinteilung) ihrer funktionellen Einschränkungen zu ordnen
- als Funktionsdiagnosen anzugeben (z.B. medikamentös eingestellter Diabetes mellitus Typ 2 ohne wesentliche Folgeschäden).

Sozialmedizinisch relevante chronische Erkrankungen, die zur Zeit erscheinungsfrei sind, sollten so mit ihrer Diagnose beschrieben werden.

Das Aufzeigen funktionell bedeutungsloser Diagnosen ist nicht erforderlich (z.B. Cholezystektomie 1988). Die Formulierung „Zustand nach“ ist wenig aussagekräftig. Sie enthält keine Information über zwischenzeitliche Abheilung oder fortbestehende Funktionseinbußen.

Die Diagnosen werden nach der jeweils gültigen ICD verschlüsselt.

4.1.4 Epikrise

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen (ihrer Lokalisation, ihres Schweregrades) und der damit verbundenen klinischen Auswirkungen. Die Epikrise ist damit die Grundlage für die folgende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Krankheiten ohne Bedeutung für diese Beurteilung sollten als solche benannt werden.

Jeweils auf den Einzelfall bezogen sollte die Epikrise enthalten:

- den Verlauf jeder relevanten Erkrankung unter kritischer Würdigung der Anamnese, der erhobenen Befunde, der bisherigen Therapie und noch denkbarer therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten
- die Diskussion wichtiger Vorbefunde (Krankenhaus- und Rehabilitations-Entlassungsberichte, mitgereichte Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Sozialleistungsträger) und ggf. differentialdiagnostische Überlegungen
- Darstellung von Widersprüchen, wenn medizinische Aussagen in Berichten und Attesten sich gutachterlich nicht bestätigen lassen oder erhobene Befunde durch Beobachtungen außerhalb des Untersuchungsvorganges in Frage zu stellen sind
- Aussagen zur Dauer und Frequenz der Schübe bei schubweisem Krankheitsverlauf und derzeit symptomarmem Bild
- prognostische Aussagen zum weiteren Verlauf, ggf. unter Einbeziehung von Rehabilitationsanregungen

- Hinweise auf besondere Probleme bei der Begutachtung (z.B. Sprachschwierigkeiten, auffällige Verhaltensweisen)
- ggf. die Anregung weiterer Begutachtungen mit Begründung.

4.1.5 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung beschreibt das Fähigkeitsprofil des Versicherten und setzt es in Beziehung zu den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Dies geschieht in freier Form unter Punkt 5 der Gliederung und darüber hinaus in standardisierter Form auf dem entsprechenden Bogen des Gutachtenformularsatzes (Schlussblatt Teil 1 und 2), wobei auf Übereinstimmung zu achten ist.

4.1.5.1 Individuelles positives und negatives Leistungsbild

Es sind die Fähigkeiten zu beschreiben, über die der Versicherte unter Berücksichtigung der festgestellten Funktionseinbußen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, die Arbeitshaltung und die Arbeitsorganisation noch verfügt (positives Leistungsbild) und welche krankheitsbedingt nicht mehr bestehen (negatives Leistungsbild).

Die positiven wie negativen Leistungsmerkmale müssen sich aus den in der Epikrise erörterten Gesundheitsstörungen herleiten lassen. Damit ergeben sich die qualitativen Leistungseinschränkungen aus dem Krankheitsbild anhand von funktionellen Einschränkungen. Diese Einschränkungen können sich beziehen z.B. auf die geistige/psychische Belastbarkeit, Sinnesorgane, Bewegungs- und Haltungsapparat oder Gefährdungs- und Belastungsfaktoren.

Zusätzlich zur qualitativen Leistungsbeurteilung ist eine Aussage zum quantitativen Leistungsvermögen erforderlich. Qualitative Leistungseinschränkungen haben eine unterschiedliche Bedeutung für das quantitative Leistungsvermögen. Ein großer Teil der qualitativen Leistungseinschränkungen bleibt für das quantitative Leistungsvermögen ohne Bedeutung. Qualitative Leistungseinschränkungen können aber auch so gravierend sein, dass sie das quantitative Leistungsvermögen aufheben. Solange wesentliche Funktionseinschränkungen kompensiert werden können, muss keine relevante Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens vorliegen.

Teilzeitbeschäftigte Versicherte sind so zu beurteilen, als wenn sie in einem vollschichtigen Arbeitsverhältnis stünden. Bei einer selbst gewählten Teilzeittätigkeit kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass auch nur eine der jeweiligen Arbeitszeit entsprechende Leistungsfähigkeit besteht. Eine zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht gleichzusetzen mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen.

Bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kann nicht berücksichtigt werden

- die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt
- die bestehende Arbeitslosigkeit
- die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit
- das Lebensalter des Versicherten
- eine „Doppelbelastung“, z.B. die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
- die Anerkennung eines GdB (Versorgungsamt) oder eine MdE (Berufsgenossenschaft) diesen Begriffen liegen andere Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien zugrunde.

Die qualitative und quantitative Leistungsbeurteilung setzt eine abwägende Einschätzung voraus, welche sich aus dem klinischen Gesamtbild ergeben und nachvollziehbar begründet sein muss. Dies gilt vor allem für die Merkmale, die eine Rente wegen Erwerbsminderung zur Folge haben können (z.B. quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen, fehlende Wegefähigkeit, betriebsunüblicher Pausenbedarf).

4.1.5.2 Letzte berufliche Tätigkeit

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ergibt ein Fähigkeitsbild des Versicherten, das mit den Anforderungen der letzten beruflichen Tätigkeit in Beziehung zu setzen ist. Maßgeblich ist die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit (siehe 4.1.2.3.1). Besondere Fragestellungen des Auftraggebers sind zu beachten.

4.1.5.3 Leistungsfall

Der Beginn einer leistungsrelevanten Einschränkung im Erwerbsleben soll möglichst exakt festgelegt werden, z.B.

- auf ein akutes Ereignis (Herzinfarkt, Apoplex, Unfall)
- auf eine akute Verschlechterung des Krankheitsbildes.

Hilfsweise ist zurückzugreifen z.B.

- auf den Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit, wenn das Ausmaß der jetzigen Erkrankung bereits zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hat
- auf das Datum der Berufs-/Arbeitsaufgabe aus Krankheitsgründen
- auf das Datum des Renten- oder Rehabilitationsantrages.

4.1.5.4 Zeitliche Befristung der Rente wegen Erwerbsminderung (Zeitrente, vgl. § 102 Abs. 2 SGB VI)

Renten wegen Erwerbsminderung basieren auf der gutachterlichen Begründung und werden befristet, also auf Zeit geleistet, es sei denn, eine rentenrelevante Besserung ist unwahrscheinlich. Dann wird die Rente unbefristet gezahlt. Eine rentenrelevante Besserung ist unwahrscheinlich, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Verlaufes nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, durch die sich eine rentenrelevante Steigerung der qualitativen und/oder quantitativen Leistungsfähigkeit ergeben würde. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn und kann wiederholt werden.

4.2 Formularsatz

Versicherungsnummer:
| | | | | | | | | | | |

| | |



**Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft,
Bahnversicherungsanstalt und Seekasse
im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger**

**ÄRZTLICHES GUTACHTEN
FÜR DIE GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG**

Angaben zum Begutachtungsanlass (Zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Antrag nach § 51 SGB V | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag nach § 125 SGB III | |

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum:

Anschrift:

Die Angaben zur Person wurden überprüft

durch: Personalausweis/Reisepass Sonstiges _____

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

- ja Seit wann? _____ Aufgrund welcher Erkrankungen?
 nein

Behandelnde Ärzte/Fachrichtung:

Gutachterin/Gutachter:

(Stempel)

Tag der Untersuchung:

Uhrzeit:

Das Gutachten ist entsprechend „Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung“ abzufassen, d.h.

1. Anamnese
2. Untersuchungsbefunde
3. Diagnosen

4. Epikrise
5. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Versicherungsnummer:
 | | | | | | | | | |

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

A. Letzte berufliche Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit	
Beurteilung des zeitlichen Umfanges, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann:	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

B. Positives und negatives Leistungsbild (allgemeiner Arbeitsmarkt) Zutreffendes ankreuzen (X), Mehrfachnennungen möglich

1. **Positives Leistungsbild** Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

Körperliche Arbeitsschwere schwere Arbeiten mittelschwere leichte bis mittelschwere leichte

Arbeitshaltung im Stehen im Gehen im Sitzen

ständig über- zeit- | ständig über- zeit- | ständig über- zeit-
 wiegend wiegend weise wiegend weise wiegend wiegend weise

Arbeitsorganisation

Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht

Keine wesentlichen Einschränkungen

2. **Negatives Leistungsbild**
 Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziff. 3 beschrieben werden):

geistig/psychische Belastbarkeit
 (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge).

Sinnesorgane
 (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen).

Bewegungs-/Haltungsapparat
 (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen).

Gefährdungs- und Belastungsfaktoren
 (Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten).

3. **Beschreibung des Leistungsbildes** (insbesondere der unter Ziffer 2 genannten Einschränkungen).

4. Beurteilung des zeitlichen Umfanges, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann:	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
--	---

↻ Bitte alle Blätter ausfüllen und jeweils mit Seitenzahl und Versicherungsnummer kennzeichnen! ↻

4.3 Dokumentationsanleitung

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung wird auf einem für alle Versicherungsträger einheitlichen Formularsatz niedergelegt. Dieser Formularsatz umfasst das Deckblatt sowie die Schlussblätter 1 und 2. Das Gutachten selbst ist entsprechend „Gliederung und Anforderungsprofil des sozialmedizinischen Gutachtens für die Rentenversicherungsträger“ in freier Form abzufassen. Die einzelnen Seiten sind durchzunummerieren und jeweils mit Namen und Versicherungsnummer zu kennzeichnen.

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die **Versicherungsnummer** ist das persönliche Merkmal, unter dem der Versicherungsträger alle relevanten Daten eines Versicherten speichert.

Sie setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen. Die ersten beiden Ziffern - die sog. Bereichszahl - kennzeichnet den Versicherungsträger, der das Versicherungskonto als erster eingerichtet hat. Dann folgt das Geburtsdatum des Versicherten und anschließend der erste Buchstabe des Geburtsnamens. Es schließt sich eine zweistellige Seriennummer an, 00 bis 49 für männliche und 50 bis 99 für weibliche Versicherte. Die einstellige Prüfziffer am Ende wird aus den vorhandenen Ziffern errechnet und stellt einen Kontrollmechanismus zur Überprüfung der Richtigkeit der Versicherungsnummer dar. Die Versicherungsnummer wird beim ersten Kontakt eines Versicherten mit dem Rentenversicherungsträger vergeben, nachdem zuvor ausgeschlossen worden ist, dass diese Nummer bereits verwendet wird. Sie begleitet den Versicherten, auch wenn er den Versicherungsträger wechselt.

--

Ggf. wird von der auftraggebenden Stelle hier das **Fachgebiet** des Gutachtens angegeben.

Im folgenden Feld wird der **Begutachtungsanlass** gekennzeichnet:

Angaben zum Begutachtungsanlass (Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung
<input type="checkbox"/> Antrag nach § 51 SGB V	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Antrag nach § 125 SGB III	

Dies soll vom auftraggebenden Versicherungsträger vorgenommen werden. Bei parallelen Anträgen des Versicherten auf verschiedene Leistungen können dabei auch mehrere Antragsarten angegeben werden, zu denen sich der Gutachter dann auch jeweils epikritisch äußern muss. Die inhaltliche Darstellung dieser einzelnen Leistungsarten findet sich in den entsprechenden Kapiteln dieser Begutachtungshinweise, die wesentlichen Gesetzestexte sind im Anhang wiedergegeben.

Die Überprüfung der **Angaben zur Person** muss erfolgen und dokumentiert werden:

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum
Anschrift:
Die Angaben zur Person wurden überprüft durch <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepass <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Im folgenden Feld ist anzugeben, ob zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung **Arbeitsunfähigkeit** besteht.

Besteht Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja Seit wann? _____ Aufgrund welcher Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, ist das Datum zu nennen und auch der Grund. Bei längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit kann der Grund wechseln: z.B. „zuerst wegen eines Bandscheibenvorfalles, jetzt wegen der Herzkrankheit“. Dies ist dann stichwortartig auch festzuhalten.

Im folgenden Feld sind die **behandelnden Ärzte** einschließlich ihrer Fachrichtungen anzugeben.

Behandelnde Ärzte/Fachrichtung:

Dabei sind vorrangig die Ärzte aufzuführen, die regelmäßig aufgesucht werden. Der Gutachter muss abwägen, welche Ärzte zu nennen sind. Die Angabe der behandelnden Ärzte soll es dem Versicherungsträger erleichtern, im Einzelfall im Rahmen weiterer Ermittlungen auf diese zurückzugreifen.

Im Anschluss an das Blatt 1 wird der nicht standardisierte und frei formulierte Teil des Gutachtens dokumentiert. Dieser Teil des Gutachtens ist entsprechend „**Gliederung und Anforderungsprofil des sozialmedizinischen Gutachtens für den Rentenversicherungsträger**“ abzufassen, d.h.

1. Anamnese
2. Untersuchungsbefunde
3. Diagnosen
4. Epikrise
5. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Die ersten drei sozialmedizinisch relevanten Diagnosen werden zusätzlich im Formular auf Schlussblatt Teil 2 angegeben, die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung auf Schlussblatt Teil 1 und Teil 2.

Möglicherweise bedeutet eine derartige Vorgabe für den begutachtenden Arzt eine Umstellung seiner bisherigen Darstellungsform. Die Erfahrungen mit strukturierten Berichten zeigen jedoch, dass sie als

eine Erleichterung der Aufgabe angesehen werden. Im Anforderungsprofil zu den einzelnen Gliederungspunkten (siehe Seite 21 ff.) werden Unterpunkte angegeben, die aber nicht schematisch abgehandelt werden müssen. Die Berichterstattung orientiert sich immer am konkreten Einzelfall und soll diejenigen Fakten wiedergeben, die von sozialmedizinischer Bedeutung sind.

Im folgenden werden weitere Hinweise und Anleitungen zur Dokumentation gegeben:

Bei der Abfassung des Gutachtens ist zu bedenken, dass der Versicherte ein Recht auf Akteneinsicht hat. Hinweise hierzu finden Sie im Kapitel „Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters“ (s. S. 16 f.).

4.3.1 Anamnese

Siehe auch 4.1.1, Seite 22 f. (Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens).

4.3.2 Untersuchungsbefunde

Siehe auch 4.1.2, Seite 24 ff. (Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens).

4.3.2.1 Klinischer Untersuchungsbefund (siehe auch 4.1.2.1)

Ein orientierender Gesamtstatus (siehe Kurzerläuterungen im Anhang, Ziffer 3) als Ergebnis einer vollständigen Untersuchung wird erwartet. Dies bezieht sich auch auf die Erhebung eines psychischen Befundes, der durchaus kurz gefasst sein kann. In der Epikrise sollte auf diesen Befund Bezug genommen werden insbesondere dann, wenn psychische Auffälligkeiten eine psychiatrische Begutachtung begründen könnten (siehe „Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung“, Kapitel 6). Darüber hinaus wird den fachärztlichen Befunden ein besonderes Gewicht zugemessen.

4.3.2.2 Medizinisch-technische Untersuchungen (siehe auch 4.1.2.2)

Im Gutachten müssen die jeweiligen Untersuchungsbedingungen und der Untersuchungsablauf vermerkt werden (z.B.: RR-Messung rechts/links, im Sitzen/Liegen, Ergometrie im Sitzen/Liegen; auch bei sonographischen Gelenkuntersuchungen ist die Untersuchungsposition von Bedeutung).

4.3.3 Diagnosen

Es wird auf den Text „Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung“ verwiesen. Die **Diagnosen** sind im Gutachten unter Punkt 4.1.3 **im freien Text und die ersten drei sozialmedizinisch relevanten Diagnosen zusätzlich im Formular (Schlussblatt Teil 2)** aufzuführen. Sie sind sowohl als Funktionsdiagnosen zu formulieren als auch in verschlüsselter Form nach ICD-10 einschließlich Diagnosenzusatz und Diagnosensicherheit anzugeben, wie im weiteren Text ausgeführt.

Da die Krankheitsfolgen das Leistungsvermögen bestimmen, ist es sinnvoll, die wesentliche Krankheitsmanifestation als Funktionsdiagnose zu formulieren. Die Funktionsdiagnose wird aus der medizinischen Diagnose abgeleitet durch die Beschreibung der zugehörigen Funktionsstörungen. Dabei ist auf eine auch für Nicht-Mediziner verständliche Formulierung zu achten.

Beispiel:

Posttraumatische Hüftkopfnekrose rechts, operativ versteift (unfallbedingter Gewebsuntergang des re. Hüftkopfes, operativ versteift)
Diabetes mellitus Typ 2, medikamentös kompensiert (medikamentös gut eingestellte Zuckerkrankheit)
Allergisches Asthma bronchiale mit schwerer obstruktiver Ventilationsstörung (Allergisches Bronchialasthma mit schwerer Funktionsstörung)

Der häufig verwendete Zusatz „**Zustand nach**“ ist in vielen Fällen wenig aussagekräftig. Der oft genannte „Z.n. Bandscheibenoperation“ bezeichnet die durchgeführte Therapie und lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Lokalisation des Krankheitsgeschehens und dessen Folgen zu. Informativer ist: „**Nucleotomie L3/L4 März 97 mit belastungsabhängigen Schmerzen**“. Besser als „Z.n. Ablatio mammae re.“ ist „**Mamma-Ca. re.**“, Ablatio mit Axillarevision u. Radiatio 1992, seither **Rezidivfreiheit**“.

Zurückliegende Erkrankungen, Unfälle oder operative Eingriffe ohne gesundheitliche Folgen (z.B. Cholezystektomie oder Appendektomie), werden nicht hier, sondern im Rahmen der Anamnese dokumentiert.

Nicht immer ist es möglich und notwendig, eine Erkrankung mit letzter Sicherheit im Rahmen der Begutachtung ursächlich aufzuklären. Im Fall der **Verdachtsdiagnose** sollte versucht werden, die Symptomatik präzise zu benennen und mit dem Hinweis auf die vermutlich zugrundeliegende Erkrankung zu versehen: anstelle von „V.a. chronische Polyarthrit“ besser „**Rezidivierende schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Fingergelenke bei V.a. beginnende seronegative chronische Polyarthrit**“.

Diagnosenschlüssel

Die Verschlüsselung der medizinischen Diagnose ist nach dem „**Einheitlichen Diagnosenschlüssel der Rentenversicherung**“ vorzunehmen, der auf der Basis der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ erstellt und in seiner 10. Revision (ICD-10) zum 01.01.2000 umgesetzt wurde. Er wurde von der BfA herausgegeben und ist bei den Rentenversicherungsträgern erhältlich. Er enthält vollständig die Kapitel I bis XIX der „Dreistelligen allgemeinen Systematik der ICD“, ergänzt durch sozialmedizinisch notwendige Differenzierungen und Spezifizierungen auf vier- und fünfstelliger Ebene. Einige vier- und fünfstellige Codes wurden für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung eingefügt, d.h. diese Codes sind nicht in der Original-ICD enthalten. Alle Ergänzungen wurden im Rahmen der vorgegebenen Klassifikationslogik der amtlichen ICD vorgenommen, so dass das Verzeichnis ICD-kompatibel ist.

Diagnosenzusatz

Der Zusatz ermöglicht die Codierung häufig vorkommender klinischer Erscheinungsformen, die mit dem Diagnosenschlüssel nicht wiedergegeben werden können.

- 0 = kein Zusatz
- 1 = z.Z. erscheinungsfrei
- 2 = akuter Schub/Rezidiv
- 3 = chronisch progredient
- 4 = Zust. nach
- 5 = Zust. nach Op.
- 6 = Zust. nach Amputation von Extremität(en)
Zust. nach Transplantation
- 7 = Endoprothese/Herzschrittmacher/Bypass
- 8 = Dialyse/Gefäßdilatation/Thrombektomie

<u>Beispiele:</u>	Diagnosenschlüssel					-zusatz	-sicherheit
Koronare Drei-Gefäßkrankung, vierfacher AC-Bypass 1999	I	2	5	1	3	7	(siehe unten)
Intervertebrale Discopathie (Nucleotomie L4/5 März 1997) mit belastungsabhängigen Schmerzen	M	5	1			5	(siehe unten)

Diagnosensicherheit

Hier ist zu verschlüsseln, ob die Diagnose gesichert ist oder ob es sich um den Verdacht auf eine Erkrankung handelt.

0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose

<u>Beispiel:</u>	Diagnosenschlüssel					-zusatz	-sicherheit
Rezidivierende schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Fingergelenke bei v.a. chronische Polyarthritis	M	0	6	0		0	1

Rangfolge

Die Rangfolge der Diagnosen orientiert sich an ihrer Bedeutung für die Leistungsfähigkeit. Die wichtigste sozialmedizinische Diagnose ist immer diejenige, deren Folgen die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben am stärksten beeinträchtigen,

zum Beispiel:

1. Posttraumatische Hüftkopfnekrose rechts, operativ versteift (unfallbedingter Gewebsuntergang des rechten Hüftkopfes, operativ versteift)
2. Koronare Herzerkrankung ohne Minderung der Herzleistung (Herzkranzgefäßkrankung ohne Minderung der Herzleistung)

aber:

1. Herzinsuffizienz NYHA III aufgrund einer koronaren Herzerkrankung (Ausgeprägte Herzleistungsschwäche durch Herzkranzgefäßkrankung)
2. Posttraumatische Hüftkopfnekrose rechts, operativ versteift (unfallbedingter Gewebsuntergang des rechten Hüftkopfes, operativ versteift)

Es wird für die sozialmedizinische Begutachtung als Ausgangspunkt für Sozialleistungen von großer Bedeutung sein, eine differenzierte Bewertung der individuellen Probleme vorzunehmen im Rahmen des Krankheitsfolgemodells der WHO, der „Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen - ICDH“ und ihrer Weiterentwicklung² (vgl. auch S. 4).

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) und dauernden Folgen einer Akuterkrankung (z.B. Beinverkürzung nach Trümmerbruch Oberschenkel/Unterschenkel) sind gutachterlich die funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen (Disabilities) bei Aktivitäten

² Die als ICDH-1 eingeführte Fassung liegt auch als deutsches Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen von Erkrankungen vor, der eine einheitliche Übersetzung der Grundterminologie der englischsprachigen Fassung der WHO zugrunde liegt (ICDH, 1995; übersetzt von R.-G. Matthesius, Berlin; Ullstein Mosby). Die ICDH-1 wurde revidiert und als ICDH-2 weiterentwickelt. Im Mai 2001 hat die Vollversammlung der WHO die ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“) als Nachfolgerin der ICDH verabschiedet. Das bio-psycho-soziale Modell, das der ICDH zugrunde lag, wurde mit der ICF erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst. Trotzdem ist es möglich, die Begriffe der ICDH-1 unter Berücksichtigung des erweiterten Rahmens und der Präzisierungen der ICDH-2, respektive der ICF, weiter zu verwenden.

des Individuums und die soziale Beeinträchtigung und Integrationsstörung (Handicap) über die organbezogenen Diagnosen/Schädigungen (Impairments) hinaus abzubilden (s. auch Erläuterungen unter „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, S. 9 f.).

4.3.4 Epikrise

Siehe auch 4.1.4, Seite 26 f. (Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens).

Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung orientieren sich am Krankheitsfolgenmodell der WHO. Das Modell unterscheidet drei Ebenen: die Ebene der gesundheitlichen Schädigung (Impairment), die hieraus folgende Ebene der Fähigkeitsstörung (Disability) und die sich hieraus ergebende Ebene der Beeinträchtigung (Handicap). Konkret angewandt auf das ärztliche Gutachten in der gesetzlichen Rentenversicherung bedeutet dies die Darstellung des klinischen Bildes - die Ebene der gesundheitlichen Schädigung - in der Epikrise. Es folgt in der zweiten Ebene die Beschreibung der sich hieraus ergebenden funktionellen Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben in Form des qualitativen und quantitativen Leistungsbildes. Der dritten Ebene ist das Ergebnis zuzuordnen - die durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigte Leistungsfähigkeit als Handicap am Arbeitsmarkt.

Gegenstand der Epikrise ist also das aktuelle klinische Bild, soweit als möglich objektiviert durch entsprechende Untersuchungsbefunde. Wichtig ist die korrekte Einordnung des Krankheitsstadiums einschließlich seiner konservativen und interventionellen/operativen Behandlungsmöglichkeiten.

Beispiel:

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit kann anfangs völlig symptomlos sein und ist auf dieser Stufe zwar nicht klinisch, wohl aber sozialmedizinisch von eher untergeordneter Bedeutung. Sie führt im weiteren Verlauf zu zunehmenden Beschwerden, im Stadium Fontaine IV zu Gewebeschäden. Abhängig vom klinischen Stadium wird der Versicherte von entsprechenden Beschwerden berichten, einer zunehmend eingeschränkten Gehstrecke oder einem praktisch aufgehobenen Gehvermögen. Diese Angaben sind zu überprüfen, einschließlich der bisherigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen darzustellen und mit der sozialmedizinischen Fragestellung in Beziehung zu setzen. Prognostische Erwägungen unter Berücksichtigung operativer und auch rehabilitativer Verbesserungsmöglichkeiten sind zu diskutieren.

Dieses methodische Vorgehen gilt für alle medizinischen Fachgebiete. Auch auf dem psychiatrischen Gebiet ist der klinische Verlauf sowie der aktuelle psychopathologische Befund mit seinen Auswirkungen darzulegen.

4.3.5 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Siehe auch 4.1.5, Seite 27 f. (Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens).

In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wird das Fähigkeitsbild niedergelegt, wie es sich aus den bei dem Versicherten bestehenden Krankheiten/Krankheitsfolgen ergibt. Alle funktionellen Einschränkungen sollten auf eine in der Epikrise genannte Krankheit bzw. Störung zurückgeführt werden können. Die Angabe von Einschränkungen ohne diesen Bezug ist nicht zulässig. Es ist sorgfältig zu prüfen, welche Einschränkungen tatsächlich bestehen. Die vermeintlich „wohlwollende“, sachlich aber nicht begründete Vergabe zahlreicher qualitativer Leistungseinschränkungen kann die Einsetzbarkeit eines Versicherten einschränken.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung muss immer Angaben zum positiven Leistungsbild enthalten, also insbesondere zur zumutbaren körperlichen Arbeitsschwere, zur Arbeitshaltung und zur Arbeitsorganisation. Angaben zum negativen Leistungsbild sind nur erforderlich, soweit Einschränkungen hinsichtlich geistiger/psychischer Belastbarkeit, Sinnesorgane, Bewegungs-/Haltungsapparat und Gefährdungs- und Belastungsfaktoren bestehen.

Die qualitativen Leistungseinschränkungen haben eine unterschiedliche Bedeutung für die quantitative Leistungsfähigkeit. Ein großer Teil beeinflusst sie gar nicht, einige schließen bestimmte Tätigkeiten aus, ohne die quantitative Leistungsfähigkeit im übrigen zu tangieren, andere sind so gravierend, dass Arbeit von wirtschaftlichem Wert gar nicht mehr oder nur noch zeitlich eingeschränkt zumutbar ist.

Beispiele:

- Eine ausgeprägte respiratorische Insuffizienz bei chronischer Emphysebronchitis erlaubt auch leichte körperliche Arbeit nicht mehr. Mit dem Wegfall dieses Leistungsmerkmals ist auch kein quantitatives Leistungsvermögen mehr gegeben.
- Eine gravierende Beeinträchtigung des Antriebes, eine Störung des Zeitgitters bei hirnorganischem Psychosyndrom schließen eine Erwerbstätigkeit aus, ein quantitatives Leistungsvermögen besteht nicht mehr.

In der Leistungsbeurteilung muss deutlich dargelegt werden, welche qualitative Leistungseinschränkung diese Auswirkung auf das quantitative Leistungsvermögen hat.

Es sind qualitative Leistungseinschränkungen denkbar, die auf ein in der Regel schwereres Krankheitsbild zurückzuführen sind und sich erst nach und nach im Verlauf eines Arbeitstages realisieren. Im Einzelfall kann hieraus eine Einschränkung auch des quantitativen Leistungsvermögens resultieren. Die Gründe für eine zeitliche Begrenzung des Leistungsvermögens sind darzulegen.

Die weiterhin zu beachtenden Fallgruppen, die für eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nicht berücksichtigt werden können, sind dem Kapitel 4.1.5.1 zu entnehmen.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wird auf den Formularen „Schlussblatt Teil 1 und Teil 2“ dokumentiert.

Letzte berufliche Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit	
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann:	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

Maßgeblich ist die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit. Besondere Hinweise und Fragestellungen des Auftraggebers sind zu beachten.

Angegeben wird eine tätigkeitsbezogene Berufsbezeichnung, die Hinweise auf die Arbeitsbedingungen gibt. Ein Maurer kann z.B. auf einer Großbaustelle oder als Betriebshandwerker mit Reparaturen kleineren Ausmaßes beschäftigt sein. Allgemeine Berufsbezeichnungen sollen daher um Angaben zur konkreten Tätigkeit oder zu besonderen Arbeitsplatzbedingungen ergänzt werden.

Merke:

Es wird immer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Ausnahme von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) angegeben, auch dann, wenn

- z.Zt. keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, wie von Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern, Hausfrauen
- der Versicherte eine Rentenleistung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhält
- die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit dem erlernten Beruf nicht übereinstimmt.

Positives und negatives Leistungsbild

Die Erstellung des positiven und negativen Leistungsbildes ist wichtig für die verwaltungsseitige Prüfung einer möglichen Verweisbarkeit innerhalb des erlernten Berufes oder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Es handelt sich hierbei um ein abstraktes Tätigkeitsbild. Es sind die Fähigkeiten zu beschreiben, über die der Versicherte unter Berücksichtigung der festgestellten Funktionseinbußen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, die Arbeitshaltung und die Arbeitsorganisation noch verfügt (positives Leistungsbild) und welche krankheitsbedingt nicht mehr bestehen (negatives Leistungsbild).

Zusätzlich zu dieser qualitativen Beurteilung ist ein **quantitatives (zeitliches) Leistungsvermögen** anzugeben.

Teilzeitbeschäftigte Versicherte sind so zu beurteilen, als wenn sie in einem vollschichtigen Arbeitsverhältnis stünden. Bei einer selbst gewählten Verkürzung der Arbeitszeit bzw. bei einer selbst gewählten Teilzeittätigkeit kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass auch eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens besteht. Eine zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit ist nicht gleichzusetzen mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen.

Bei der **sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung** kann nicht berücksichtigt werden:

- die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt
- die bestehende Arbeitslosigkeit
- die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit
- das Lebensalter des Versicherten
- eine „Doppelbelastung“, z.B. die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
- die Gewährung eines GdB (Versorgungsamt) oder eine MdE (Berufsgenossenschaft)
diesen Begriffen liegen andere Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien zugrunde.

1. Positives Leistungsbild		Folgende Arbeiten können verrichtet werden:						
Körperliche Arbeitsschwere		<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte			
Arbeitshaltung		im Stehen		im Gehen		im Sitzen		
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeit- weise	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeit- weise	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeit- weise
Arbeitsorganisation		<input type="checkbox"/> Tagesschicht		<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht		<input type="checkbox"/> Nachtschicht		
<input type="checkbox"/> Keine wesentlichen Einschränkungen								

Die **Definitionen** zur Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation sind im „**Glossar**“ enthalten.

Mindestens eine Körperhaltung muss „überwiegend“ möglich sein. Dabei bedeutet die Angabe „überwiegend“ (51 - 90% der Arbeitszeit) nicht, dass es möglich sein muss, diese Körperhaltung durchgehend 51% der Arbeitszeit einzuhalten, sondern lediglich, dass z.B. im Rahmen eines 8-Stunden-Tages insgesamt mehr als 4 Stunden die als „überwiegend“ angekreuzte Körperhaltung eingenommen werden kann, unterbrochen von Zeiten, in denen eine andere Körperhaltung, die ebenfalls „überwiegend“ oder „zeitweise“ möglich ist, eingenommen wird.

Merke:

Das positive Leistungsbild bezieht sich nicht auf die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern beschreibt unabhängig davon die zumutbaren Leistungsmerkmale der körperlichen Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation. Wenn keine wesentlichen Einschränkungen bestehen, ist das Leistungsbild abschließend beschrieben.

2. Negatives Leistungsbild
Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziff. 3 beschrieben werden):

- geistig/psychische Belastbarkeit**
(Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge).
- Sinnesorgane**
Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.
- Bewegungs-/Haltungsapparat**
(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen).
- Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**
(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten).

Angekreuzt werden der Bereich oder die Bereiche, denen funktionelle Beeinträchtigungen zuzuordnen sind. Dabei schließen leichte oder auch mittelschwere Arbeiten (REFA Grad I und II) bestimmte Beanspruchungen aus. Diese sind daher nicht zusätzlich anzuführen. Beispielsweise ist das Heben und Tragen mittelschwerer Lasten (10 bis 15 kg) in der Kategorie „leichte Arbeiten“ bereits ausgeschlossen, wenn es häufiger als gelegentlich erforderlich ist. Ist auch das nicht zumutbar, muss bei der Beschreibung des negativen Leistungsbildes gesondert darauf hingewiesen werden.

3. **Beschreibung des Leistungsbildes** (insbesondere der unter Ziffer 2 genannten Einschränkungen).

Unter Punkt 3. „**Beschreibung des Leistungsbildes**“ sollte die in den Kategorien angegebenen Leistungseinschränkungen differenziert beschrieben werden. Begriffsdefinitionen finden sich im „Glossar“. Darüber hinaus werden häufig folgende Begriffe verwendet, die an dieser Stelle dargelegt werden:

Sehvermögen:

Bei höhergradigen Sehstörungen - insbesondere wenn keine Adaptation oder Kompensation eintreten konnte - ist eine augenärztliche Untersuchung dann erforderlich, wenn keine entsprechenden Vorbefunde vorliegen und das Leiden für das Leistungsvermögen entscheidend ist. Durch persönliche Hilfsmittel und/oder Ausstattung des Arbeitsplatzes mit besonderen Einrichtungen im Rahmen berufsfördernder Leistungen können u.U. Einschränkungen des räumlichen Sehens, Blendempfindlichkeit und Farbsehstörungen ausgeglichen werden.

Bildschirmtätigkeit:

Ein eingeschränktes Sehvermögen schließt nicht grundsätzlich eine Bildschirmtätigkeit am Arbeitsplatz aus. Eine entsprechende Arbeitsplatzgestaltung (z.B. geeignete Lichtverhältnisse, Abdunkeln des Monitors und blendfreie Aufstellung des Arbeitsgerätes) kann im Rahmen berufsfördernder Leistungen angeregt werden.

Akkord:

Die Angabe von Akkordarbeit ist nicht zwangsläufig mit einer vermehrten Stressbelastung für den Arbeitnehmer gleichzusetzen. Im Gegensatz zum Zeitlohnsystem (Dauer der Arbeitszeit entscheidend für die Entlohnung) kann beim Leistungssystem individuell Einfluss auf die Höhe des Verdienstes genommen werden. Diese Akkordarbeit kann in Stückakkord und Zeitakkord unterschieden werden. Beim Stückakkord wird für eine bestimmte Anzahl erarbeiteter Einheiten ein Geldbetrag festgesetzt. Aus betrieblichen und aus qualitativen Gründen wird dieses Entlohnungssystem weitgehend verlassen. Im Zeitakkord wird zunächst eine Normalleistung (REFA-System) bestimmt, die von einem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach entsprechender Einarbeitungszeit ohne Gesundheitsschäden auf Dauer ausgeführt werden kann. Durch Unterschreiten oder Überschreiten dieser Normalleistung kann individuell die Höhe des Verdienste variiert werden. Ein Akkordentlohnungssystem muss also nicht mit einer hohen persönlichen oder permanenten Belastung verbunden sein. Dies ist bei einer evtl. gutachterlichen Angabe als qualitatives Merkmal zu beachten.

Verletzungsgefahr:

Die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften reduzieren Verletzungsgefahren auf ein Minimalmaß. Sie haben Verordnungscharakter und müssen eingehalten werden. Da innerhalb eines Berufes die Risiken bei bestimmten Tätigkeiten sehr unterschiedlich sein können, sind zur Beurteilung konkrete Faktoren des jeweiligen Arbeitsplatzes zu berücksichtigen. Eine gute medikamentöse Einstellung, ein gutes Umgehenkönnen mit einer Erkrankung und/oder die Anpassung der Arbeitsbedingungen schließen im individuellen Fall häufig eine erhöhte Verletzungsgefahr aus. Die ganz konkrete Art der Gefährdung ist durch qualitative Einschränkungen im Einzelfall zu benennen. Weiterhin ist die Unterscheidung in „Eigengefährdung“ und „Fremdgefährdung“ zu berücksichtigen.

Beispiele:

Forstarbeiter-Tätigkeit unter Marcumar nicht möglich, die Bürotätigkeit im Forstamt dagegen ist möglich.

Maschinentätigkeit bei einem gut eingestelltem Epileptiker mit langer Anfallsfreiheit, mit Aura-Erlebnissen etc., stellt nahezu keine Einschränkung wegen einer Verletzungsgefahr dar. Für den Personenbeförderungsverkehr dagegen ist diese Diagnose ein Ausschlussgrund.

Adaptation:

Bei länger andauernden Behinderungen oder Funktionsdefiziten kann eine physiologische Adaptation an das Defizit oder eine Kompensation der verloren gegangenen Funktion erreicht werden. Ebenfalls kann durch Adaptation an ein bestehendes Funktionsdefizit die zunächst bestehende Funktionseinbuße im täglichen Gebrauch ausgeglichen werden.

Bei der Begutachtung ist der definitiv vorhandene funktionelle Zustand zu beschreiben und zu berücksichtigen. Es ist nicht vom Defektzustand (z.B. einer Gliedmaßenamputation) auszugehen, sondern von der effektiv vorhandenen Gebrauchsfähigkeit/dem Funktionsvermögen. Durch Adaptation und Kompensation kann u.U. eine nahezu normale Leistungsfähigkeit gegeben sein.

Gebrauchsfähigkeit der Hand:

Bei vielen Funktionseinschränkungen gerade am Bewegungsapparat ist eine genaue Beschreibung und Differenzierung der verbliebenen Restfunktionen für die weiterführende Einschätzung insbesondere unter den Aspekten der medizinischen und berufsfördernden Rehabilitation erforderlich. Bei der Hand beispielsweise muss neben der Angabe der Gebrauchshand differenziert werden, ob ein Spitzgriff, eine kräftige Opposition des Daumens, ein vollständiger Faustschluss, eine entsprechende Kraftentwicklung, eine Drehfähigkeit im Handgelenk oder im Unterarm etc. im speziellen Fall vorhanden ist.

Umwelteinflüsse:

Umwelteinflüsse wie Wärme, Kälte, Lärm, Helligkeit etc. können in der Bedeutung für die Einzelperson nicht in bestimmten Grenzen definiert werden. Es handelt sich hierbei um subjektive Empfindungen, die in einem breiten Rahmen variieren können. Die Bedeutung dieser Einflussfaktoren für den zu Begutachtenden sollte - aber nur wenn sie eine entscheidende qualitative Bedeutung haben - entsprechend skizziert und bewertet werden (z.B. Kälteeinflüsse bei Durchblutungsstörungen, Lärmeinflüsse bei psychosomatischen Erkrankungen, bestimmte mechanische Schwingungen bei aseptischen Knochennekrosen).

Quantitative (zeitliche) Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben:

4. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann:	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
---	---

Es ist anzugeben, in welchem zeitlichen Umfang eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann. Die Untergliederung ergibt sich aus den unterschiedlichen rechtlichen Folgen einer quantitativen Einschränkung des Leistungsvermögens. Bei einem **Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich und mehr** erhält der Versicherte keine Erwerbsminderungsrente, es sei denn, es liegt eine der von der Rechtsprechung entwickelten gravierenden qualitativen Leistungseinschränkungen vor (siehe auch unten und auf S. 14). Hier sind insbesondere zu nennen die Einschränkung der Wegefähigkeit, zusätzliche „betriebsunübliche“ Pausen, das Vorliegen einer „Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen“ oder einer „schweren spezifischen Leistungsbehinderung“.

Bei eingeschränkter Wegefähigkeit (siehe S. 52 im Glossar) ist der Versicherte nicht mehr in der Lage, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m einschließlich kurzer Pausen zurückzulegen, wobei die unter den Gesundheitsbedingungen mögliche Verkehrsmittelbenutzung zu erläutern ist.

Betriebsunübliche Pausen sind Arbeitszeitunterbrechungen, die das im Betrieb zulässige Zeitmaß überschreiten (s. auch Arbeitspausen im „Glossar“). Dem Arzt als Gutachter ist es in der Regel nicht möglich, die vielfältigen Regelungen dazu in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen zu kennen. Deshalb ist es notwendig, **medizinisch begründet** darzulegen, in welchem Umfang aus Überzeugung des Gutachters Pausen/Arbeitsunterbrechungen nach Häufigkeit und Dauer notwendig sind. Weiterhin wird die persönliche **Bedürfniszeit/Verteilzeit** (REFA) unterschiedlich nach Berufsgruppen und Tarifverträgen sowie Betriebsvereinbarungen von mindestens 3 Minuten pro Stunde gewährt. Diese Zeiten können entweder regelmäßig oder individuell zusammen während eines Arbeitstages beansprucht werden.

Eine **Summierung** von Leistungseinschränkungen oder eine einzelne sehr schwere Leistungsbehinderung können ebenfalls dazu führen, dass nach der geltenden Rechtsprechung dem Versicherten eine **volle Erwerbsminderungsrente** zugebilligt wird. Dieses ist eine juristische Entscheidung, die ohne entsprechend ausführliche medizinische Begründung und Darstellung der qualitativen Einschränkungen in der Epikrise nicht möglich ist.

Bei einem **Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich** muss differenziert werden, ob der Versicherte eine Teilzeittätigkeit ausübt oder ob er arbeitslos ist. Im ersten Fall besteht ein Anspruch auf eine teilweise Erwerbsminderungsrente in halber Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente. Bei Arbeitslosigkeit ist der Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente von der Verschlussenheit des Teilzeitarbeitsmarktes abhängig. Ein arbeitsloser Versicherter mit einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich hat dann Anspruch auf eine auf längstens drei Jahre befristete volle Erwerbsminderungsrente, wenn ihm ein seinem Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz nicht nachgewiesen werden kann.

Bei **einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich** erhält der Versicherte eine volle Erwerbsminderungsrente.

Der zeitliche Umfang, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann, ergibt sich aus der Auswirkung aller festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen und ist in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung nachvollziehbar zu begründen (siehe S. 37 ff.).

Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Änderungen durch das Rentenreformgesetz wurde die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit in modifizierter Form ausschließlich für Versicherte aufrechterhalten, die vor dem 2.1.1961 geboren sind. Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kann dann bestehen, wenn wegen Krankheit oder Behinderung die Erwerbsfähigkeit im Hinblick auf die bisherige Tätigkeit und der zumutbaren Verweissungsberufe auf weniger als 6 Stunden täglich gesunken ist. Die Prüfung der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen ist, erfolgt unter Beachtung des Berufsschutzes (siehe § 240 SGB VI im Anhang).

Leistungsfall

Der Beginn leistungsrelevanter Einschränkung im Erwerbsleben soll möglichst exakt festgelegt werden, z.B.

- auf ein akutes Ereignis (Herzinfarkt, Apoplex, Unfall),
- auf eine akute Verschlechterung des Krankheitsbildes.

Hilfsweise ist zurückzugreifen z.B.

- auf den Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit, wenn das Ausmaß der jetzigen Erkrankung vorgelegen hat,
- auf das Datum der Berufs-/Arbeitsaufgabe aus Krankheitsgründen,
- auf das Datum des Renten- oder Rehabilitationsantrages.

5. Die getroffenen Feststellungen gelten seit _____ (Tag, Monat, Jahr):
<input type="checkbox"/> Besserung wahrscheinlich bis _____.
<input type="checkbox"/> unwahrscheinlich
(Begründung zu den Angaben in der Epikrise)

Es ist anzugeben, **seit wann** die leistungsrelevanten medizinischen Feststellungen gelten bzw. wann die Leistungseinschränkung eingetreten ist. Es sollte nach Möglichkeit ein aktuelles/akutes Ereignis genannt werden. Wenn im Verlauf einer chronischen Erkrankung ein Zeitpunkt eingetreten ist, zu dem die angegebenen Leistungseinschränkungen zum Tragen kommen, ist dieser anzugeben. Wenn festzustellen ist, dass die berufsbezogene (letzte Tätigkeit) und die allgemeine (Arbeitsmarkt) Leistungseinschränkung zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingetreten ist, sind diese Zeitpunkte getrennt anzugeben.

Die seit dem 01.01.2001 in Kraft getretenen gesetzlichen Regelungen im Rahmen des Rentenreformgesetzes betreffen auch die zeitliche Befristung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Gemäß § 102 SGB VI werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit einer Befristung für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn geleistet. Die Befristung kann wiederholt werden.

Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

Aus ärztlicher Sicht ist in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob eine Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Verlaufes nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, durch die sich eine rentenrelevante Steigerung der qualitativen und/oder quantitativen Leistungsfähigkeit ergeben würde. Dies wird zum Beispiel für progrediente Verläufe chronisch-entzündlicher Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates u.a. Erkrankungen gelten. Manche operativen Interventionen wie rekonstruktive Eingriffe an Gefäßen oder Gelenken können dagegen eine Besserung wahrscheinlich machen. Ähnliches kann bei psychischen Erkrankungen gelten, vor allem dann, wenn das klinische

Bild reaktiv bedingt ist oder die Möglichkeiten einer intensiven Therapie bisher nicht ausgeschöpft sind.

Besondere Ursachen von Gesundheitsschäden/Leistungsminderung

6. Gesundheitsschäden/Leistungsminderung (vermutlich) verursacht durch:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung
	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Fremdverschulden (z.B. Unfall, gem. Opferentschädigungsgesetz)

Hier sind dann Hinweise notwendig, wenn durch Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Fremdverschulden die Gesundheitsschäden verursacht sind. Insbesondere ist in der Epikrise darzustellen, ob diese Ereignisse allein oder in welchem Umfang sie dazu geführt haben, dass die beschriebene Leistungsminderung besteht.

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen*)

7. Werden Rehabilitationsleistungen zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Leistungsfähigkeit vorgeschlagen?	
Medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
(Begründung in der Epikrise)	

Die Rentenversicherungsträger haben die Möglichkeit, durch Leistungen zur Teilhabe (medizinische und berufliche Rehabilitation) eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden. Im Sinne des „Vorrangs der Leistungen zur Teilhabe“ wird vom Rentenversicherungsträger die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) auch bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung geprüft.

Die Rentenversicherungsträger erwarten in unterschiedlichem Umfang vom Gutachter Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose. Diese und gegebenenfalls weitere rehabilitationsspezifische Angaben sind den jeweils ergänzend vorgelegten Formularen mit entsprechenden Erläuterungen der einzelnen Rentenversicherungsträger zu entnehmen.

Weitere Angaben

8. Kann bei Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Versicherte/der Versicherte ihre/seine Angelegenheiten selbst besorgen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
--	---

Bei Verneinung dieser Frage müsste für den Betroffenen ggf. die Bestellung eines Betreuers von Amts wegen angeregt werden.

9. Wurden wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen festgestellt?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Am _____ (Datum) wurde _____ (Versicherte(r)) davon unterrichtet.	
Am _____ (Datum) wurde _____ (behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt) davon unterrichtet.	

*)In der Klammer sind jeweils die vor Einführung des SGB IX verwendeten Begriffe aufgeführt, da diese auch noch in den Formularen enthalten sind.

Sofern behandelnde Ärzte über bisher unbekannte Erkrankungen oder gravierende pathologische Befunde informiert werden, ist darauf zu achten, dass der Versicherte/Patient zuvor sein Einverständnis gegeben hat.

10. Für die Fahrt zur Untersuchung war(en) erforderlich:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a) öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| b) PKW | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| c) eine Begleitperson | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Die Beantwortung dieser Frage dient im wesentlichen dazu, dass dem Versicherten Fahrtkosten, Verdienstaussfall oder ähnliches von Seiten des Rentenversicherungsträgers erstattet werden.

(Datum des Gutachtenabschlusses)

(Stempel der Gutachterin/des Gutachters)

(Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters)

5. Definitionen ausgewählter sozialmedizinischer Begriffe (Glossar)

Vorwort

In diesem Glossar werden ausgewählte sozialmedizinische Begriffe in einer auch für Nichtmediziner verständlichen Sprache definiert, die häufig bei der Beschreibung des Leistungsvermögens in der sozialmedizinischen Begutachtung genutzt werden.

Die Anwendung der Begriffe muss immer auf der Grundlage einer ganzheitlichen sozialmedizinischen Beurteilung erfolgen. Hinweise und Erläuterungen für die Anwendung einzelner Begriffe finden sich im Kapitel 4.1 „Gliederung und Anforderungsprofil“ in diesen Begutachtungshinweisen.

Das Glossar soll dazu beitragen, dass künftig die Beurteilungen transparenter werden. Es ist somit auch ein wesentliches Element in der Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite:</u>
Körperliche Arbeitsschwere	
Leichte Arbeit	49
Leichte bis mittelschwere Arbeit	49
Mittelschwere Arbeit	49
Schwere Arbeit	49
Qualitatives Leistungsvermögen	49
Quantitatives Leistungsvermögen	50
Arbeitshaltung	
Ständig	50
Überwiegend	50
Zeitweise	50
Häufig	50
Gelegentlich	50
Arbeitsorganisation	
Taktgebundene Arbeit	51
Schichtarbeit	51
Früh-/Spätschicht	51
Nachtschicht	51
Arbeitspausen	51
Bewegungs-/Halteapparat	
Heben und Tragen	52
Zwangshaltungen	52
Wegefähigkeit	52
Gefährdungs- und Belastungsfaktoren	
Besondere Hautbelastungen	52
Lärm	52
Eigen- und Fremdgefährdung	52
Inhalatorische Belastungen	53
Kälte	53
Im Freien	53
Hitze	53
Mechanische Schwingungen	53
Akkordarbeit	54
Zeitdruck	54
Geistige/psychische Belastbarkeit	
Konzentration	54
Verantwortung	54
Aufmerksamkeit	54
Umstellungs- und Anpassungsvermögen	54

Alphabetisches Stichwortverzeichnis

Seite:

Akkordarbeit	54
Arbeitspausen	51
Aufmerksamkeit	54
Besondere Hautbelastungen	52
Eigen- und Fremdgefährdung	52
Früh-/Spätschicht	51
Gelegentlich	50
Häufig	50
Heben und Tragen	52
Hitze	53
Im Freien	53
Inhalatorische Belastungen	53
Kälte	53
Konzentration	54
Lärm	52
Leichte Arbeit	49
Leichte bis mittelschwere Arbeit	49
Mechanische Schwingungen	53
Mittelschwere Arbeit	49
Nachtschicht	51
Qualitatives Leistungsvermögen	49
Quantitatives Leistungsvermögen	50
Schichtarbeit	51
Schwere Arbeit	49
Ständig	50
Taktgebundene Arbeit	51
Überwiegend	50
Umstellungs- und Anpassungsvermögen	54
Verantwortung	54
Wegefähigkeit	52
Zeitdruck	54
Zeitweise	50
Zwangshaltungen	52

- **Leichte Arbeit**

Arbeiten, wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen. Auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung).

Z.B. Tragen von weniger als 10 kg.

Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2x pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein.

- **Leichte bis mittelschwere Arbeit**

Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50% begrenzt.

- **Mittelschwere Arbeit**

Arbeiten, wie Handhaben etwa 1 - 3 kg schwerkender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern.

Leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades, wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen.

Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2x pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein.

Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erhöhen die Arbeitsschwere um 1 Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

- **Schwere Arbeit**

Arbeiten wie Tragen von bis zu 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken.

Mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung.

- **Qualitatives Leistungsvermögen**

Zusammenfassung der positiven und negativen Leistungsmerkmale für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit

- **Quantitatives Leistungsvermögen**

Zeitlicher Umfang, in dem eine Erwerbstätigkeit täglich ausgeübt werden kann. Zulässig sind drei Angaben:

- 6 Stunden und mehr
- 3 bis unter 6 Stunden
- unter 3 Stunden

Die bisherigen Begriffe: vollschichtig (= übliche, ganztägige Arbeitszeit), halb- bis unter vollschichtig (= mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit) und unter halbschichtig (= weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit) sind rentenrechtlich nur noch für die Fallgestaltungen bedeutsam, deren Leistungseinschätzung sich aus Gründen des Vertrauensschutzes an dem bis Dezember 2000 geltenden Recht orientiert.

- **Ständig**

Mehr als 90 % der Arbeitszeit.

- **Überwiegend**

51 % bis 90 % der Arbeitszeit.

- **Zeitweise**

Ca. 10 % der Arbeitszeit.

- **Häufig**

Der Umfang (ca. 51 – 90 %) deckt sich in etwa mit demjenigen von „überwiegend“.

Der Begriff „häufig“ wird in Verbindung mit bestimmten Funktionen gebraucht, wie z.B.:

- Heben und Tragen,
- Bücken,
- Bildschirmtätigkeit.

- **Gelegentlich**

Bis zu 5 % der Arbeitszeit.

Der Begriff „gelegentlich“ wird in Verbindung mit bestimmten Funktionen gebraucht, wie z.B.:

- Heben und Tragen,
- Bücken,
- Bildschirmtätigkeit.

- **Taktgebundene Arbeit**

Arbeit, bei der das Arbeitstempo von außen vorgegeben wird und nicht individuell beeinflusst werden kann.

- **Schichtarbeit³**

Unter Schichtarbeit versteht man sowohl Arbeiten zu wechselnden Tageszeiten als auch zu immer gleichen, aber unüblichen Zeiten außerhalb der Tagesschichten. Es gibt Mehrschichtsysteme, die regelmäßige Nachtarbeit einschließen können.

- **Früh-/Spätschicht**

Zweischichtsystem mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage.

Je nach Branchen und Produktionsbedingungen gibt es viele Varianten von Organisationsformen der Schichtarbeit.

Arbeiten innerhalb eines Zeitrahmens von 6.00 Uhr bis 18.00 Uhr (Arbeitszeitgesetz) werden als „Normalschicht“ bezeichnet.

- **Nachtschicht**

Arbeiten in der Zeit von 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr, meist im Ein- oder Dreischichtsystem.

Nachtarbeit nach dem Arbeitszeitgesetz erstreckt sich von 23.00 Uhr bis 6.00 Uhr.

- **Arbeitspausen⁴**

Arbeitspausen werden im Arbeitszeitgesetz als Ruhepausen definiert. Ruhepausen sind Zeiten, in denen der Arbeitnehmer nicht zur Leistung von Arbeit herangezogen werden darf und sich auch nicht zu Arbeitsleistung bereit halten muss. Ruhepausen umfassen mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 9 Stunden täglich. Eine Aufteilung in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten ist zulässig.

Zusätzliche Arbeitspausen, die dann im Regelfall als Arbeitszeit rechnen, sind zulässig. Sie sind im Arbeitszeitgesetz nicht geregelt, sondern auf der Basis von Einzelarbeitsverträgen, Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträgen möglich.

Betriebsunübliche Pausen

Arbeitszeitunterbrechungen, die das im Betrieb übliche Zeitmaß überschreiten.

³ Vgl. Literaturverzeichnis (16)

⁴ Vgl. Literaturverzeichnis (3)

- **Heben und Tragen**

Bewegen von Lasten in vertikaler (Heben/Senken) und horizontaler (Tragen) Richtung ohne technische Hilfsmittel.

Die Einschränkung ist nach Art, Schwere, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

- **Zwangshaltungen**

Länger dauernde Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, verbunden mit statischer Muskelarbeit (z.B. Überkopfarbeit, mit Armvorhalt, Bücken, Knien).

Die zu vermeidenden Zwangshaltungen sind nach Art, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

- **Wegefähigkeit⁵**

Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Laut Bundessozialgericht muss viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m einschließlich kurzer Pausen jeweils in der Zeit von bis zu 20 Min. zu Fuß zurückgelegt werden können.

Die unter den Gesundheitsbedingungen mögliche Benutzung öffentlicher und privater Verkehrsmittel ist zu erörtern.

- **Besondere Hautbelastungen**

Tätigkeiten unter Einwirkung von Schmutz, toxischen Substanzen oder Lösungsmitteln. Tätigkeiten, die zu Hautirritationen führen, eine häufige Hautreinigung erfordern oder die im feuchten Milieu stattfinden.

- **Lärm⁶**

Lärm ist „störender Schall“, der zu Belästigungen oder Gesundheitsstörungen führt.

Zur Abschätzung des Risikos von Lärmhörschäden kann als obere noch zulässige Lärmbelastung ein äquivalenter Dauerschallpegel für den 8-Stunden-Arbeitstag von 85 dB (A) angenommen werden.

- **Eigen- und Fremdgefährdung**

Tätigkeiten mit erhöhter Unfall- bzw. Verletzungsgefahr bei bestimmten Erkrankungen, z.B. auf Leitern und Gerüsten, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen ohne geeignete Schutzvorrichtung, Tätigkeiten im Personenbeförderungsverkehr.

⁵ Vgl. Literaturverzeichnis (12)

⁶ Vgl. Literaturverzeichnis (7, 20)

Inhalatorische Belastungen

Einwirkungen von Staub, Rauch, Gasen und/oder Aerosolen. Einwirkungen von Gas, Staub, Rauch, und/oder Aerosol mit irritativer, toxischer oder allergisierender Wirkung auf die Atemwege können auch im Rahmen der gesetzlich erlaubten Arbeits- und Schadstoffkonzentration belästigend, störend oder gesundheitsschädlich sein.

- **Kälte**

Kälte ist störend niedrig empfundene oder schädigende Temperatur. An Arbeitsplätzen mit stärkerer Luftbewegung und/oder hoher Luftfeuchtigkeit wird dem Körper in erhöhtem Maße Wärme entzogen und der Kälteeffekt verstärkt. Bereits bei Temperaturen unterhalb von + 15°C kann von Kälteeinwirkung auszugehen sein.

Die Möglichkeit, Schutzkleidung zu tragen, ist bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind an „tiefkalten“ Arbeitsplätzen (ab -25°C) erforderlich.

- **Im Freien**

Ständig oder überwiegend außerhalb von temperierten Räumen oder Werkhallen; auch in ungeheizten (offenen) Hallen.

- **Hitze**

Hitze ist störend hoch empfundene oder schädigende Temperatur. Die Einwirkung hängt ab von der Dauer und Art der Wärme (insbesondere Luftfeuchtigkeit), Luftbewegung und der muskulären Belastung.

Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind für kurzzeitige Belastung ab 35° C CNET (CNET -korrigierte normale Effektiv-Temperatur) bei leichter Arbeit, 33° C CNET bei mittelschwerer Arbeit, 30° C CNET bei schwerer Arbeit vorgeschrieben. Bei Dauerbelastung liegt die Grenze bei 32° C CNET (leichte Arbeit), 30° C CNET (mittelschwere Arbeit) und 28° C CNET (schwere Arbeit).

- **Mechanische Schwingungen**

Mechanische Schwingungen können belästigend, leistungsmindernd oder gesundheitsschädlich sein. Die Belastung wird maßgeblich durch Teil- oder Ganzkörperschwingungen bedingt und kann die verschiedenen Organsysteme in unterschiedlicher Weise betreffen.

- **Akkordarbeit**

Zu unterscheiden ist zwischen Stück- und Zeitakkord sowie Einzel- und Gruppenakkord.

Stückakkord: Basislohn-Bemessungsgrundlage ist eine bestimmte Anzahl erarbeiteter Einheiten.

Zeitakkord: Basislohn-Bemessungsgrundlage sind Vorgabezeiten, die nach standardisierten Regeln erhoben werden.

Bei der sozialmedizinischen Beurteilung muss bei Einschränkungen auf die unterschiedlichen Akkordformen eingegangen werden.

- **Zeitdruck**

Im Vergleich zur Normalleistung erhöhte Anforderung von Arbeitsaufgaben.

Normalleistung ist diejenige Leistung, die von jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheitsschädigung auf Dauer in der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit erreicht werden kann.

- **Konzentration**

Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden.

- **Verantwortung⁷**

Die Anforderung, alle Arbeitsaufgaben den Vorschriften, der Sache und den beteiligten oder betroffenen Personen gemäß sorgfältig und zuverlässig ausführen zu können.

- **Aufmerksamkeit⁸**

Aufmerksamkeit beschreibt einen Zustand gerichteter Wachheit und dadurch bedingte Auffassungs- und Aktionsbereitschaft des Menschen.

- **Umstellungs- und Anpassungsvermögen**

Die Fähigkeit zum situationsgerechten Denken und Handeln bei unterschiedlichen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen im Arbeitsprozess, insbesondere bei beruflicher Neuorientierung. Die Flexibilität als Ausdruck der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten erlaubt eine erfolgreiche Einarbeitung und Aufgabenbewältigung in neue Tätigkeitsbereiche.

⁷ Vgl. Literaturverzeichnis (11)

⁸ Vgl. Literaturverzeichnis (11)

6. Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung

Bei der Erhebung des Leistungsvermögens müssen auch Aussagen zum psychomentalen Befund getroffen werden.

Die aufgeführten Begriffe dienen dazu, dem nicht-psychiatrischen Gutachter Hinweise für relevante Dimensionen bei der Beschreibung der geistig-psychischen Situation zu geben. Dazu wird der Versuch unternommen, auf einige wichtige Begriffe aus dem Ordnungssystem der Psychiatrie zurückzugreifen.

Das folgende psychologische und psychopathologische Vokabular führt die gebräuchlichsten und für die Begutachtung wichtigsten Begriffe auf.

Auf Vollständigkeit wird dabei kein Anspruch erhoben. So können z. B. Aussagen zur Intelligenz nicht ohne Rückgriff auf standardisierte Messverfahren getroffen werden. Das gleiche gilt für die verschiedenen inhaltlichen Denkstörungen, wie Wahn, Halluzination oder Ich-Störungen, da für deren Beurteilung eine umfangreiche psychiatrische Vorerfahrung erforderlich ist, wie sie im Rahmen einer psychiatrischen Fachbegutachtung vorausgesetzt werden kann.

6.1. Bereich der Orientierung

6.1.1 Zeitliche Orientierung

Wissen von Datum, Wochentag oder Jahrestag.

6.1.2 Örtliche Orientierung

Der gegenwärtige Aufenthaltsort kann benannt werden.

6.1.3 Situative Orientierung

Die gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungszusammenhang für die eigene Person erfasst.

6.1.4 Orientierung zur Person

Die aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation wird gewusst.

6.2. Bereich der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses

6.2.1 Konzentration

Konzentration wird als Fähigkeit bezeichnet, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden. Die Prüfung kann z. B. durch fortlaufende Subtraktion der Zahl 7 ausgehend von 100 durch den Probanden erfolgen.

6.2.2 Merkfähigkeit

Merkfähigkeit wird als die Fähigkeit angesehen, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. zehn Minuten zu merken. Die Prüfung kann z. B. mit drei Begriffen erfolgen, die nach einer, fünf und zehn Minuten vom Probanden nachzusprechen sind.

6.2.3 Gedächtnis

Unter Gedächtnis wird die Fähigkeit verstanden, Eindrücke längerfristig zu speichern bzw. Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen.

6.3 Bereich des formalen Denkens

Störungen des formalen Denkens zeigen sich meist in der Sprache. Als wesentliches Kriterium kann die Erschwerung des Interviews angesehen werden. Sie zeigen sich bei emotionaler Belastung im Gespräch oder längerer Gesprächsdauer.

6.3.1 Verlangsamung

Das Denken ist verlangsamt und schleppend. Es führt zu einem zähflüssigen Gesprächsverlauf.

6.3.2 Umständlichkeit

Beim Denken wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber gewahrt.

6.3.3 Einengung

Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfangs, Verhaftetsein an ein Thema, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen. Der Patient hat Mühe, auf ein anderes Thema überzugehen, kommt immer wieder auf das ursprüngliche Thema zurück, auch wenn der Untersucher versucht, andere Themenbereiche anzubieten.

6.4 Bereich der Affektivität

Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen.

6.4.1 Vitalgefühl

Gefühl von Kraft und Lebendigkeit der körperlichen und seelischen Frische. Beeinträchtigt z.B. bei Klagen über Kraftlosigkeit, Schlappeheit, Müdigkeit und körperliches Unbehagen.

6.4.2 Depressivität

Negativ getönte Befindlichkeit, Niedergedrücktheit, Niedergeschlagenheit.

6.4.3 Hoffnungslosigkeit

Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhanden gekommen, pessimistische Weltsicht, jede Veränderung wird als Verschlimmerung betrachtet.

6.4.4 Ängstlichkeit

Der Betroffene hat Angst, oft ohne angeben zu können, wovor. Die Angst kann sich steigern bis zur Panik. Angst kann sowohl aus dem Verhalten als auch aus körperlichen Symptomen geschlossen werden.

6.4.5 Reizbarkeit

Der Untersucher spürt die Bereitschaft zu aggressiv getönten Ausbrüchen beim Probanden (Gereiztheit).

6.4.6 Affektive Schwingungsfähigkeit

Fähigkeit, unterschiedliche Ereignisse mit unterschiedlichen Gefühlsstärken auszudrücken. Übereinstimmung von Gefühlen und Inhalt im Gesprächsverlauf.

6.5 Bereich des Aktivitätsniveaus und der Psychomotorik

6.5.1 Antrieb

Beschreibung von Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist, Anteilnahme, Entschlussfreude, Motivation.

7. Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens

Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind fester Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit. Für den Bereich der Begutachtung in der Sozialmedizin stellt der nachstehende Prüfbogen eine Arbeitshilfe sowohl für den ausführenden Gutachter als auch bei Bedarf für den Ärztlichen Dienst eines Sozialleistungsträgers dar. Das erstellte Gutachten kann mit Hilfe der aufgeführten Punkte auf Plausibilität und Vollständigkeit sowie auf die Nachvollziehbarkeit geprüft werden.

	1	2	3	Begründung der Kritik
1. Anamnese				
Sichtung der Fremdunterlagen				
Wesentliche eigenanamnestische Angaben (Krankheitsverlauf, Operation, Unfall, Reha-Maßnahme einschl. bisheriger therapeutischer Maßnahmen/Medikamente u. a. m.)				
Beschwerdeschilderung im Hinblick auf Berufs- und Alltagsleben				
Biographische Anamnese (nur bei psychiatrischen Gutachten)				
Berufs- und Arbeitsanamnese mit Belastung am Arbeitsplatz				
2. Untersuchungsbefunde				
Allgemeinstatus (einschl. psychischer Auffälligkeiten)				
Gezielte klinische Untersuchung bezüglich Beschwerden und Funktionseinschränkungen				
Medizinisch-technische Untersuchung adäquate Indikationsstellung				
----- Durchführung und Auswertung				

Bewertungsmodus:

- 1 = adäquat
- 2 = verbesserungsbedürftig
- 3 = unangemessen

	1	2	3	Begründung der Kritik
3. Sozialmedizinisch relevante Diagnosen				
Vollständigkeit/Schlüssigkeit				
Rangfolge entsprechend der sozialmedizinischen Bedeutung				
Funktionsdiagnosen (wenn möglich)				
Verschlüsselung nach geltender ICD				
4. Epikrise				
Schlüssigkeit in der zusammenfassenden Darstellung der Anamnese, des Krankheitsverlaufs, aller Befunde und der Diagnosen				
Ggf. differentialdiagnostische Erwägungen				
Erörterung von Widersprüchlichkeiten				
Probleme bei der Begutachtung (Sprachschwierigkeiten, Verhaltensweisen, Grenzen der Begutachtung u. a. m.)				

Bewertungsmodus:

1 = adäquat

2 = verbesserungsbedürftig

3 = unangemessen

	1	2	3	Begründung der Kritik
5. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung				
Qualitative Leistungsbeurteilung				
Quantitative Leistungsbeurteilung				
Letzte berufliche Tätigkeit (aus der Sicht des Prüfers) richtig aufgezeigt				
Angaben zum Leistungsfall				
Plausibilität von sozialmedizinischer Beurteilung mit Epikrise				
Zeitliche Befristung der Leistungsminderung (Besserungsaussicht ?)				
Prognose und Aussagen zur medizinischen/ beruflichen Rehabilitation und zum Umfang der Leistungseinschränkung (Zeitrente)				
Berücksichtigung der Fragestellung des Leistungsträgers				
Eingehen auf eine vorliegende BG- Erkrankung, Unfall, Schädigungsfolge				
6. Allgemeines				
Gutachten vollständig				
Formularteil				
----- freier Teil				
Korrekte sozialmedizinische Terminologie				
Sprache, Schrift, Layout				

Bewertungsmodus:
1 = adäquat
2 = verbesserungsbedürftig
3 = unangemessen

Auswahl von Paragraphen des Sozialgesetzbuches (SGB)

Stand: September 2001

***Sozialgesetzbuch (SGB), Drittes Buch (III)
- Arbeitsförderung - vom 24.03.1997
(BGBl. I S. 594) zuletzt geändert durch
Artikel 3 des Gesetzes vom 17.08.2001 (BGBl. I S. 2144)***

§ 125

Minderung der Leistungsfähigkeit

(1) Anspruch auf Arbeitslosengeld hat auch, wer allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil er wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung seiner Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Kann sich der Leistungsgeminderte wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden, so kann die Meldung durch einen Vertreter erfolgen. Der Leistungsgeminderte hat sich unverzüglich persönlich beim Arbeitsamt zu melden, sobald der Grund für die Verhinderung entfallen ist.

(2) Das Arbeitsamt soll den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt der Arbeitslose diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt. Stellt der Arbeitslose den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage nach Ablauf der Frist an bis zum Tage, an dem der Arbeitslose einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt.

(3) Wird dem Arbeitslosen von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation Übergangsgeld oder eine Rente wegen Erwerbsminderung zuerkannt, steht der Bundesanstalt ein Erstattungsanspruch entsprechend § 103 des Zehnten Buches zu. Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung an den Arbeitslosen oder einen Dritten gezahlt, hat der Bezieher des Arbeitslosengeldes dieses insoweit zu erstatten.

Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)
- Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20.12.1988
(BGBl. I S. 2477, Artikel 1) zuletzt geändert durch
Artikel 6 des Gesetzes vom 13.06.2001 (BGBl. I S. 1027)

§ 51

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Sozialgesetzbuch (SGB), Sechstes Buch (VI)
- Gesetzliche Rentenversicherung - vom 18.12.1989
(BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) zuletzt geändert durch
Artikel 2 des Gesetzes vom 27.07.2001 (BGBl. I S. 1939)

§ 9

Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 10 Persönliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

(2) Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
2. bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

§ 11 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,

2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

§ 55 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

(2a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

(3) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte.

§ 15

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 bis 31 des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 und § 30 des Neunten Buches. Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach Abschnitt 3 Unterabschnitt 4 des Bundessozialhilfegesetzes zu erbringen sind.

(2) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein.

(3) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

§ 16

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Träger der Rentenversicherung erbringen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 bis 38 des Neunten Buches sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 des Neunten Buches.

§ 43 Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und
2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

(3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

(4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,

2. Berücksichtigungszeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

Zeiten nach Nummer 2 liegen nur vor, wenn während dieser Zeiten eine selbständige Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, die mehr als geringfügig war.

(5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.

(6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.

§ 45

Rente für Bergleute

(1) Versicherte haben bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente für Bergleute, wenn sie

1. im Bergbau vermindert berufsfähig sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit drei Jahre knappschaftliche Pflichtbeitragszeiten haben und
3. vor Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit die allgemeine Wartezeit in der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt haben.

(2) Im Bergbau vermindert berufsfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstande sind,

1. die von ihnen bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung und
2. eine andere wirtschaftlich im wesentlichen gleichwertige knappschaftliche Beschäftigung, die von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgeübt wird,

auszuüben. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen. Nicht im Bergbau vermindert berufsfähig sind Versicherte, die eine im Sinne des Satzes 1 Nr. 2 wirtschaftlich und qualitativ gleichwertige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb des Bergbaus ausüben.

(3) Versicherte haben bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Anspruch auf Rente für Bergleute, wenn sie

1. das 50. Lebensjahr vollendet haben,
2. im Vergleich zu der von ihnen bisher ausgeübten knappschaftlichen Beschäftigung eine wirtschaftlich gleichwertige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht mehr ausüben und
3. die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben.

(4) § 43 Abs. 4 und 5 ist anzuwenden.

(5) aufgehoben

§ 102 Befristung und Tod

(1) Sind Renten befristet, enden sie mit Ablauf der Frist. Dies schließt eine vorherige Änderung oder ein Ende der Rente aus anderen Gründen nicht aus. Renten dürfen nur auf das Ende eines Kalendermonats befristet werden.

(2) Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit werden auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn. Sie kann wiederholt werden. Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

(2a) Werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht, ohne dass zum Zeitpunkt der Bewilligung feststeht, wann die Leistung enden wird, kann bestimmt werden, dass Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit mit Ablauf des Kalendermonats enden, in dem die Leistung zur Rehabilitation beendet wird.

(3) Große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Kindererziehung und Erziehungsrenten werden auf das Ende des Kalendermonats befristet, in dem die Kindererziehung voraussichtlich endet. Die Befristung kann wiederholt werden.

(4) Waisenrenten werden auf das Ende des Kalendermonats befristet, in dem voraussichtlich der Anspruch auf die Waisenrente entfällt. Die Befristung kann wiederholt werden.

(5) Renten werden bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die Berechtigten gestorben sind.

§ 116 Besonderheiten bei Rehabilitation

(1) aufgehoben

(2) Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

1. ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben.

(3) Ist Übergangsgeld bezahlt worden und wird nachträglich für denselben Zeitraum der Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit festgestellt, gilt dieser Anspruch bis zur Höhe des gezahlten Übergangsgeldes als erfüllt. Übersteigt das Übergangsgeld den Betrag der Rente, kann der übersteigende Betrag nicht zurückgefordert werden.

§ 240

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit

(1) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Versicherte, die

1. vor dem 2. Januar 1961 geboren und
2. berufsunfähig sind.

(2) Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

§ 241

Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit (§ 240), in dem Versicherte für einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben müssen, verlängert sich auch um Ersatzzeiten und Zeiten des Bezugs einer Knappschaftsausgleichsleistung vor dem 1. Januar 1992.

(2) Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit (§ 240) sind für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben,

wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit (§ 240) mit

1. Beitragszeiten,
2. beitragsfreien Zeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nummer 4, 5 oder 6 liegt,
4. Berücksichtigungszeiten, soweit während dieser Zeiten eine selbständige Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, die mehr als geringfügig war,
5. Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder
6. Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitrittsgebiet vor dem 1. Januar 1992

(Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist oder wenn die Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit (§ 240) vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist. Für Kalendermonate, für die eine Beitragszahlung noch zulässig ist, ist eine Belegung mit Anwartschaftserhaltungszeiten nicht erforderlich.

Literatur

- (1) Ärztlicher Dienst der Bundesanstalt für Arbeit (1998): Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung, 2. Auflage, Nürnberg
- (2) Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (1995): Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 5. Aufl., Hogrefe, Göttingen
- (3) Arbeitszeitrechtsgesetz (ArbZRG) vom 6. Juni 1994, BGBl. I, S. 1170
- (4) Begutachtungsmängel und ihre Quellen, in: Der medizinische Sachverständige (2/1998): Alfons W. Gentner Verlag, Stuttgart
- (5) Delbrück, H. und Haupt, E. (1998): Rehabilitationsmedizin, 2. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München
- (6) Fritze, E. (Hrsg.) (1996): Die ärztliche Begutachtung, 5. Auflage, Steinkopf, Darmstadt
- (7) Grandjean, E. (1991): Physiol. Arbeitsplatzgestaltung, Leitfaden der Ergonomie, 4. Auflage, (Sonderausgabe), ecomed-Verlagsgesellschaft, Landsberg
- (8) Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin (Hrsg.) (1994): Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen.1. Auflage. Gentner Verlag Stuttgart
- (9) Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht (1997) C. H. Beck Verlag, München
- (10) Krasney, O. E. (1987): Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I, in: Die Betriebskrankenkasse, 11/1987
- (11) Kring, R., Stobbe, J., Schian, H.-M. (1995): Das EAM-Profilsystem - Fähigkeits- und Anforderungsprofile als Entscheidungshilfe im Spannungsfeld zwischen (medizinischer) Rehabilitation und beruflicher Integration. Die Rehabilitation 34/1995, S. 25-S. 34
- (12) Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (Hrsg.) Mitteilungen 4/1998: BSG-Urteil vom 19. November 1997 zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit -Wegefähigkeit und Rehabilitation-, S. 175-177
- (13) Ludolph, E., Lehmann, R., Schürmann, J. (1998): Kursbuch der ärztlichen Begutachtung. EcoMed Verlag, Landsberg
- (14) Marx, H. H., Klepzig, H. (Hrsg.) (1997): Medizinische Begutachtung, 7. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart
- (15) Matthesius, R.-G., Jochheim, K.-A., Barolin, G. S., Heinz, Ch. (Hrsg.) (1995): ICDH - Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ullstein Mosby Verlag, Berlin/Wiesbaden
- (16) Moog, R. (1997): Chronobiologische Grundlagen der Schichtarbeit - Aktuelle Entwicklungen, aus: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 32, 1/97
- (17) (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (1997). Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 37, C-1722 - C 1780
- (18) Narr, H. (1997): Ärztliches Berufsrecht. Deutscher Ärzteverlag

- (19) Plagemann, H. (1996): Medizinische Begutachtung im Sozialrecht. 3. Auflage, Deutscher Anwaltsverlag
- (20) Plath, P. (1991): Lärmschäden des Gehörs und ihre Begutachtung, Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hannover
- (21) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung („Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien“) in der Fassung vom 03. September 1991 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 11 vom 31. Oktober 1991)
- (22) Sozialgesetzbuch (SGB), Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung - vom 24.03.1997, (BGBl. I S. 594), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17.08.2001 (BGBl. I S. 2144)
- (23) Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, Artikel 1), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 13.06.2001 (BGBl. I S. 1027)
- (24) Sozialgesetzbuch (SGB), Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - vom 18.12.1989 (BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27.07.2001 (BGBl. I S. 1939)
- (25) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1995): Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, 5. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- (26) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1993): Grundsätze zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung (DRV), Band 8-9/93, Frankfurt am Main

Stichwortverzeichnis

	Seite
Adaptation	40, 41,42
Ärztliches Gutachten	
- Arbeitshilfe zur geistig/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung	34, 55 ff.
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters	16 ff.
- Definitionen ausgewählter sozialmedizinischer Begriffe (Glossar)	46 ff.
- Dokumentationsanleitung	32 ff.
- Kurzerläuterungen	80
- Formularsatz	28 ff.
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung	4 ff.
- Gliederung und Anforderungsprofil	21 ff.
- Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens	58 ff.
Affektivität	56
- Ängstlichkeit	56
- Affektive Schwingungsfähigkeit	56
- Depressivität	56
- Hoffnungslosigkeit	56
- Reizbarkeit	56
- Vitalgefühl	56
Akkordarbeit	41, 54
- Akkordentlohnungssystem	41
- Einzel- und Gruppenakkord	54
- Stückakkord	41, 54
- Zeitakkord	41, 54
Akteneinsicht	17, 34
Anamnese	22 ff., 34 ff.
- Berufs- und Arbeitsanamnese	24
- Biographische Anamnese	24
- Eigenanamnese	23
- Familienanamnese	23
- Sozialanamnese	24
Anforderungsprofil der Tätigkeit	17
Antrieb	57
Arbeitserprobung	10, 65
Arbeitslosengeld	12, 61
Arbeitsmarkt	13 ff., 27, 61, 66
- allgemeiner	13 ff., 66
- Teilzeitarbeitsmarkt, verschlossener	14, 43
- Schonarbeitsplätze	13
Arbeitsorganisation	38 f., 47, 51

Arbeitspausen	14, 51
- Bedürfniszeit/Verteilzeit	42
- betriebsunübliche Pausen	42, 51
- Ruhepausen	51
Arbeitsschwere	38 ff., 47, 49
Arbeitstempo	51
Arbeitsunfähigkeit	12 f., 27 f., 33, 39, 43
Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien	12, 71
Arbeitsunfall	31, 44
Arbeitszeit	39, 41, 50 f., 70
auf Kosten der Gesundheit	14 f.
Aufmerksamkeit und Gedächtnis	54, 55
- Konzentration	54, 55
- Merkfähigkeit	55
Auslegungsgrundsätze der RV-Träger	6 f.
- Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung	7
- Behinderung	6
- Erwerbsfähigkeit	6
- erhebliche Gefährdung der	6
- Minderung der	6
- Wiederherstellung der	7
- Krankheit	6
- voraussichtlich	7
- wesentliche Besserung	7
Begutachtungsanlass	32
Behinderung	6
Belastbarkeit	9 ff., 27, 38
- geistige/psychische	27, 34, 38, 55 f.
Belastungserprobung	10
Berufliche Qualifikation	10, 13
Berufsfindung	10
Berufskrankheit	44
Berufsschutz	12, 15 f., 43
Berufsunfähigkeit	7, 13, 15, 43, 68 f.
Besserung, wesentliche	7
Betrachtungsweise, konkrete	14

Betreuer von Amts wegen	45
Bildschirmtätigkeit	41, 50
Blindenwerkstätten	13
Denken, formales	56
- Verlangsamung	56
- Umständlichkeit	56
- Einengung	56
Diagnosen	21 f., 26, 31, 34 ff.
- Diagnoseschlüssel	31, 35 f.
- Diagnosesicherheit	31, 36
- Diagnosenzusatz	31, 35 f.
- Funktionsdiagnosen	26, 35
- ICD-10	26, 31, 34 f.
- ICDH (ICF)	4, 36 f.
- Rangfolge der Diagnosen	36
- Verdachtsdiagnose	35
Diagnostik	17, 19, 24 ff.
- Stufendiagnostik	19, 26
Eigen- und Fremdgefährdung	52
Einwilligung des Versicherten	20
Epikrise	26 f., 37
Erwerbsfähigkeit	6 ff., 12 ff., 61 ff.
- erheblich gefährdete Erwerbsfähigkeit	6 ff.
- Minderung der Erwerbsfähigkeit	6 ff., 12 ff., 61 ff.
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit	7
Fähigkeitsprofil	7, 17, 27
Flexibilität	54
Frühberentung	5
Früh-/Spätschicht	51
Gebrauchsfähigkeit der Hand	42
Gedächtnis	55
Gehstrecke	37
Gelegentlich	50
Gesetzliche Grundlagen	
- für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung	4 ff., 62 ff.
- für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4 ff., 9, 64 f.
- für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	4 ff., 65

- für Rente wegen Erwerbsminderung	12 ff., 65 ff.
Glossar	46 ff.
Gutachter	
- Ablehnung eines Gutachtenauftrages	18
- Ärztliche Schweigepflicht	18
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters	16 ff.
- Befangenheit	18
- Fachgebiet	25, 26, 32
- Fachkompetenz	17 f.
- Haftung	18
- Objektivität	17
Häufig	50
Haftung	18
Hautbelastungen, besondere	52
- feuchtes Milieu	52
Heben und Tragen	40, 52
Hilfsmittel	9, 41, 52
Hitze	53
ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)	26, 31, 34 ff.
ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)	4, 36
ICIDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)	4, 36 f.
Im Freien	53
Inhalatorische Belastungen	53
Kälte	42, 53
Körperhaltungen, belastende	49, 52
- Haltearbeit	49
- Überkopfarbeit	52
- mit Armvorhalt	52
- Bücken, Knien	49, 52
- Zwangshaltungen	49, 52
Kompensation	8, 40 ff.

Konzentration	54, 55
Krankengeld	11, 24, 62
Krankheit	6 f.
Lärm	42, 52
- Lärmhörschäden	52
Leichte Arbeit	49
Leichte bis mittelschwere Arbeit	49
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI)	4 f., 9 ff., 64
- Hilfsmittel	9, 52, 64
- persönliche Voraussetzungen	6, 63
- Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	5, 63
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI)	4 f., 10, 65
- Anlernmaßnahmen	10
- Arbeitsplatzbeschaffungen	10
- Auffrischungs- oder Weiterbildungskurse bzw. -lehrgänge	10
- Ausbildungs- bzw. berufliche Weiterbildungsmaßnahmen	6, 10
- behindertengerechte Arbeitsplatzumrüstungen	10
- Berufsförderungswerk	10
- innerbetriebliche Umsetzung	10
- Lohnkostenzuschüsse	10
- Umrüstung von Kraftfahrzeugen	10
- Werkstatt für Behinderte	6, 10, 65
- Zuschüsse zum Kauf von Kraftfahrzeugen	10
Leistungsbeurteilung, sozialmedizinische	21 f., 27 ff., 37 ff.
- Leistungsbild (positives und negatives)	17, 21, 27, 38 ff.
Leistungsminderung, besondere Ursachen	44
- Arbeitsunfall	44
- Berufskrankheit	44
- Wehrdienstbeschädigung	44
- Fremdverschulden	44
Leistungsvermögen	13 ff., 27 f., 38 ff.
- Normalleistung	41, 54
- qualitatives Leistungsvermögen	14 f., 27 f., 38 ff., 49
- quantitatives (zeitliches) Leistungsvermögen	13, 27 ff., 37 ff., 50
- Restleistungsfähigkeit	7
- schwere spezifische Leistungsbehinderung	14, 42 f.
- Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen	14, 42 f.
Mechanische Schwingungen	53

Mehrstufigenschema (für die Verweisbarkeit)	15 f.
Merkfähigkeit	55
Mittelschwere Arbeit	49
Mitwirkungspflicht des Versicherten	19 ff.
- Grenzen der Mitwirkungspflicht	19 f.
Motivation des Versicherten	9 f., 20, 57
Nachsorgeleistungen	9 f.
Nachtschicht	51
Orientierung	55
- Örtliche	55
- Situative	55
- Zeitliche	55
- Zur Person	55
Personenbeförderungsverkehr	41, 52
Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens	58 ff.
REFA-System	40 ff.
Rehabilitation, medizinische	9 ff., 44, 64
Rente	7, 12 ff., 65 ff.
- Vorrang von Leistungen zur Teilhabe	5, 44, 63
- wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 SGB VI)	12 ff., 65
- wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI)	12 ff., 65
- wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)	15, 43, 69
Rente auf Zeit/Zeitrente (§ 102 Abs. 2 SGB VI)	28, 44, 68
Restleistungsfähigkeit	7
Schichtarbeit	51
- Mehrschichtsysteme	51
- Nachtschicht	51
- Normalschicht	51
Schonarbeitsplätze	13
Schweigepflicht, ärztliche	18
- Teilentbindung	18

Schwere Arbeit	49
Sehvermögen	40 f.
- Bildschirmtätigkeit	41, 50
Sozialmedizinische Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation	8 f., 44
- Rehabilitationsbedürftigkeit	8 f., 44
- Rehabilitationsfähigkeit	8 f., 44
- positive Reha-Erfolgsprognose	8 f., 44
- Motivation des Versicherten	9
Ständig	50
Tagesschicht	39, 51
Taktgebundene Arbeit	51
Teilzeitarbeitsmarkt, verschlossener	14, 43
Teilzeitbeschäftigte Versicherte	27, 39
Übergangsgeld (§§ 20 ff SGB VI)	61, 68
Überwiegend	50
Umschulung	10, 24
Umstellungs- und Anpassungsvermögen	54
Umwelteinflüsse	42
Unfall- bzw. Verletzungsgefahr, erhöhte	41, 52
- Eigengefährdung	41, 52
- Fremdgefährdung	41, 52
Untersuchungsbefund	21, 24 ff., 34
- Klinischer Untersuchungsbefund	21, 24, 34
- Medizinisch-technische Untersuchungen	21, 25, 34
- Psychomentaler Befund	25, 34, 55
Unwahrscheinlich	13, 16, 28, 31, 44, 67
Verantwortung	54
Verfahren nach § 51 SGB V und § 125 SGB III	11 f., 32, 61 f.
- Krankengeld	11, 24, 62
- Arbeitslosengeld	12, 61

- Arbeitsunfähigkeit	12 f., 27 f., 33, 39, 43
Voraussichtlich	7
Vorrang von Leistungen zur Teilhabe	5, 44, 63
Wahrscheinlich	16, 19, 31, 43 f.
Wärme	42, 53
Wegefähigkeit	14, 28, 42, 52, 70
Wehrdienstbeschädigung	44
Weiterbildung, berufliche	6, 10
Werkstatt für Behinderte	7, 10
Wirtschaftlichkeit	19, 25
Zeitdruck	54
Zeitweise	50
Zumutbarkeit	12, 15f., 25, 39 f., 69
- Objektive Zumutbarkeit	15
- Subjektive Zumutbarkeit	15
Zwangshaltungen	49, 52

Kurzerläuterungen für die Dokumentationsanleitung

A. Allgemeine Hinweise

Jede Seite des Gutachtens bitte mit **Namen und Versicherungsnummer** der Antragstellerin/des Antragstellers versehen. Das Gutachten soll in freier Form entsprechend der Gliederung erstellt werden. Nach der Epikrise ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (Punkt 5 der Gliederung) vorzunehmen, einschließlich formularmäßig auf Schlussblatt Teil 1 und Teil 2.

B. Gliederung bitte wie folgt benutzen:

1. Anamnese

- Sichtung der Fremdunterlagen
- Familienanamnese
- Eigenanamnese (wesentliche eigenanamnestische Angaben: Krankheitsverlauf, Operationen, Unfall, bisherige therapeutische Maßnahmen/Medikamente, vegetative Anamnese, Suchtanamnese)
- Jetzige Beschwerden (Beschwerdeschilderung im Hinblick auf Berufs- und Alltagsleben)
- Biographische Anamnese (bei psychiatrischen Gutachten)
- Arbeits- und Sozialanamnese, Berufs- und Arbeitsanamnese mit Belastung am Arbeitsplatz,
- Ausgang durchgeführter Reha-Maßnahmen und bisherige Sozialleistungen.
Au seit wegen
Anlaß für den Rentenanspruch:

2. Untersuchungsbefunde

Körperlicher Untersuchungsbefund

- Allgemeinzustand (Erscheinungsbild, Größe, Gewicht u.a.)
- Kopf, Hals einschl. Sinnesorgane
- Atmungsorgane
- Kreislauforgane (Herz, Blutdruck, Gefäßstatus)
- Abdomen einschließlich Harn- und Geschlechtsorgane
- Haut
- Bewegungsapparat
- Neurologischer Befund
- Psychischer Befund

Medizinisch-technische Untersuchungsbefunde

3. Diagnosen (einschließlich ICD-Diagnosenschlüssel, -zusatz und -sicherheit) (Bitte laienverständlich und möglichst als Funktionsdiagnosen formulieren).

Die ersten drei sozialmedizinisch relevanten Diagnosen sind zusätzlich im Formular (Schlussblatt Teil 2) anzugeben. Die Rangfolge der Diagnosen orientiert sich an ihrer Bedeutung für die Leistungsfähigkeit des Versicherten.

(ICD-Diagnosenschlüssel, -zusatz und -sicherheit nicht vergessen!)

	Diagnosenschlüssel M 5 1	Diagnosenzusatz 5	Diagnosensicherheit 0
<u>Beispiel:</u>	Intervertebrale Discopathie Nucleotomie L4/5 März 97	Zustand nach Op.	Diagnose gesichert

4. Epikrise

- Schlüssigkeit in der zusammenfassenden Darstellung der Anamnese, des Krankheitsverlaufs, aller Befunde und der Diagnosen, ggf. differentialdiagnostische Erwägungen,
- Erörterung von Widersprüchlichkeiten,
- Probleme bei der Begutachtung (Sprachschwierigkeiten, Verhaltensweisen, Grenzen der Begutachtung u.a.m.).

5. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

- Beschreibung des Fähigkeitsprofils bezogen auf die letzte berufliche Tätigkeit und auf den allg. Arbeitsmarkt,
- formularmäßige Leistungsbeurteilung (positives und negatives Leistungsbild, zeitlicher Umfang),
- Prognose und Aussagen zur medizinischen/beruflichen Rehabilitation und zum Umfang der Leistungseinschränkung (Zeitrente).

Wichtig: Hinweise S. 37 ff. beachten.