

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung

Hinweise zur Begutachtung

September 2018



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

**Das ärztliche Gutachten
für die
gesetzliche Rentenversicherung**

Hinweise zur Begutachtung

2. vollständig überarbeitete Fassung

Diese Begutachtungshinweise richten sich an alle Gutachter der Deutschen Rentenversicherung. Dabei ist es unerheblich, ob sie hauptamtlich direkt bei einem Rentenversicherungsträger angestellt sind, oder ob sie als primär anderweitig tätige Ärzte Gutachten im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erstellen.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben gemeinsam beschlossen, nach den vorliegenden Begutachtungshinweisen zu verfahren und den einheitlichen Vordruck für Gutachten bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten zu nutzen.

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie erstellen sozialmedizinische Gutachten im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Damit leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Erfüllung unseres gesetzlichen Auftrags. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verwenden ärztliche Gutachten im Entscheidungsprozess über Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Hinweise zur Begutachtung informieren über Gliederung und Anforderungsprofil sozialmedizinischer Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung.

Oberstes Ziel der Deutschen Rentenversicherung ist es, die individuellen Bedürfnisse und Problemlagen ihrer Versicherten zu erfassen und zu berücksichtigen und gleichzeitig eine Gleichbehandlung aller Versicherten zu gewährleisten. Dazu ist eine sorgfältige Sammlung und fachkundige Bewertung von Informationen und Sachverhalten erforderlich. Hier spielen die von Ihnen erstellten Gutachten eine wesentliche Rolle.

Diese Broschüre soll Sie als Leitfaden und Nachschlagefibel bei der Erstellung von Gutachten unterstützen. Dazu möchten wir Sie bitten, insbesondere Kapitel 3 und 4 zu beachten. Hier werden die einheitlichen Rahmenbedingungen und definierten Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Begutachtung ihrer Versicherten beschrieben.

Die Personaldaten der untersuchten Person sowie die Zusammenfassung der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sind formal zu erfassen. Dazu steht ein Vordruck für Gutachten, die im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt werden, zur Verfügung. Zudem soll die Gliederung des „freien Teils“ des Gutachtens nach bestimmten Vorgaben erfolgen, die in dieser Schrift dargestellt werden. Insgesamt sollen damit eine größtmögliche Transparenz und Vergleichbarkeit der Gutachten sowie eine einheitliche Dokumentations- und Bewertungsbasis erreicht werden.

Die vorliegenden Hinweise zur Erstellung ärztlicher Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung sind außerdem Grundlage eines Verfahrens zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente.¹

Wir möchten Sie also mit dieser Schrift bei der Erstellung von sozialmedizinischen Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung unterstützen und gleichzeitig einen Rahmen schaffen, der eine gute Vergleichbarkeit von verschiedenen Gutachten im Sinne der Versicherten ermöglicht.

Wir möchten hier außerdem die Gelegenheit nutzen, allen, die bei der Überarbeitung dieser Broschüre mitgewirkt haben, herzlich für ihr Engagement zu danken.



Dr. med. Susanne Weinbrenner
Leitende Ärztin der DRV Bund
Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation

¹ DRV Bund (Hrsg.) (2018): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Manual zum Peer Review-Verfahren https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/01_sozialmedizin/begutachtung/qualisierung_node.html.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	6
2. Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung	8
2. 1 Leistungen zur Teilhabe	8
Versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe	9
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	9
Persönliche Voraussetzungen	9
Sozialmedizinische Zugangsvoraussetzungen	12
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI)	13
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI)	13
Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI)	14
Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 145 SGB III	14
Arbeitsunfähigkeit	14
2. 2 Rente wegen Erwerbsminderung	15
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	15
Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI)	15
Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)	17
Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI)	18
Befristung einer Erwerbsminderungsrente (§ 102 SGB VI)	18
2. 3 Feststellung des Leistungsvermögens bei Grundsicherungsersuchen gem. SGB II bzw. SGB XII	19
3. Aufgaben und Stellung sozialmedizinischer Gutachter	20
Die Funktion ärztlicher Sachverständiger	20
Pflichten der Gutachter im Verwaltungsverfahren	20
Ablehnung eines Gutachtenauftrages	21
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	21
Haftung	21
Wirtschaftlichkeit	22
Mitwirkung der Leistungsberechtigten	22
4. Das sozialmedizinische Gutachten – Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung	24
4. 1 Anamnese	25
4. 1. 1 Anamnese nach Aktenlage	25
4. 1. 2 Anamnese nach Angaben der Probanden	25
4. 2 Untersuchungsbefunde	27
4. 2. 1 Klinischer Untersuchungsbefund	28
4. 2. 2 Zusatzdiagnostik	28
4. 3 Diagnosen	29
4. 4 Epikrise	29
4. 5 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens	30
4. 5. 1 Individuelles positives und negatives Leistungsbild (qualitatives Leistungsvermögen)	30
4. 5. 2 Quantitatives Leistungsvermögen	31
4. 5. 3 „Leistungsfall“	31
4. 5. 4 Voraussichtliche Dauer der Leistungseinschränkung	31
4. 6 Vordruck	32

Inhaltsverzeichnis	5
Anhang	48
1. Körperliche Arbeitsschwere	48
2. Erläuterungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	49
Die Komponenten der ICF	50
Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell	53
3. Arbeitshilfe zur Beurteilung der geistigen/ psychischen Belastbarkeit	55
4. Gesetzestexte	57
Das Sozialgesetzbuch (SGB)	57
Auszüge aus Gesetzestexten, die neben dem Sozialgesetzbuch Relevanz für die Begutachtung haben	60
Zivilprozessordnung (ZPO)	60
Strafgesetzbuch (StGB)	60
5. Zitierte Quellen und weiterführende Literatur	61
6. Mitglieder der Arbeitsgruppen DRV-Schriften Band 21 und Gutachten-Vordruck	63

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 erstellten sozialmedizinischen Gutachten zu erreichen.

Die vorliegenden Hinweise zur Begutachtung können nicht das erforderliche sozialmedizinische Wissen vermitteln, das zur gutachterlichen Bewertung der Krankheitsfolgen von Ärzten beherrscht werden muss. Hierzu wird auf die Fachliteratur, insbesondere auf das Buch „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“² und auf die Fortbildungsveranstaltungen der sozialmedizinischen Akademien und anderer Institutionen verwiesen.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verwenden ärztliche Gutachten im Entscheidungsprozess über Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit; dabei wird das Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)³ zugrunde gelegt. Diese Hinweise zur Begutachtung informieren über Gliederung und Anforderungsprofil sozialmedizinischer Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung.

In den vorliegenden Hinweisen zur Begutachtung werden die wichtigsten Rechtsbestimmungen der Sozialgesetzgebung für die Leistungen zur Teilhabe und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit cursorisch erläutert. Weiterhin werden Aufgaben und Stellung der Gutachter dargestellt, damit sie ihrer Aufgabe als medizinische Sachverständige in der Rentenversicherung gerecht werden können.

Der einheitliche Aufbau der Gutachten und diese Hinweise zur Begutachtung sollen der Standardisierung dienen und die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung unterstützen.

Die Personaldaten der untersuchten Person sowie die Zusammenfassung der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sind formal zu erfassen. Dazu steht ein Vordruck für Gutachten, die im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt werden, zur Verfügung. Zudem soll die Gliederung des sogenannten freien Teils des Gutachtens nach bestimmten Vorgaben erfolgen, die in dieser Schrift dargestellt werden.

Im Vergleich zur Vorgängerschrift aus dem Jahr 2000 sind einige Abschnitte grundlegend verändert worden. Das betrifft neben Aktualisierungen und Ergänzungen im Text und der Überarbeitung des trägerübergreifenden Vordrucks insbesondere auch Elemente des Anhangs.

Auf ein Glossar wurde gänzlich verzichtet, da es inzwischen ein eigenständiges sozialmedizinisches Glossar⁴ der Deutschen Rentenversicherung gibt. Dort sind Definitionen häufig be-

² Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

³ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2001 die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) verabschiedet, der ein biopsychosoziales Modell zugrunde liegt. Damit wird eine umfassende Sichtweise der individuellen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems einer Person auf die Funktionsfähigkeit unter Einbezug des Kontextes ermöglicht.

⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Schriften Band 81) – Überarbeitung in Vorbereitung.

nutzter sozialmedizinischer Begriffe als Grundlage für die einheitliche Verwendung zusammengestellt. Mit dem Pschyrembel „Sozialmedizin und Public Health“⁵, das eine Ergänzung zum Pschyrembel „Klinisches Wörterbuch“ darstellt, liegt darüber hinaus ein fundiertes Nachschlagewerk für die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte der Medizin vor.

Desgleichen ist der Punkt „Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens“ im Anhang entfallen, nachdem vor einigen Jahren ein Peer Review-Verfahren der sozialmedizinischen Begutachtung etabliert worden ist, an dem sich alle 16 Träger der Deutschen Rentenversicherung beteiligen. Hier werden regelmäßig nach Zufallsprinzip geloste Gutachten von allen Rentenversicherungsträgern eingebracht und von erfahrenen Sozialmedizinern aller Rentenversicherungsträger nach einem standardisierten Verfahren bezüglich verschiedener Qualitätskriterien bewertet.⁶

Zur Beschreibung der Rolle des Gutachters sind Kernpunkte der rechtlichen Bestimmungen zur ärztlichen Begutachtung und aus dem Rentenrecht in Auszügen festgehalten. Von der umfangreichen Wiedergabe ganzer Passagen aus dem Sozialgesetzbuch wurde abgesehen, da die Gesetzestexte immer wieder Änderungen unterworfen sind und dann besser in ihrer jeweiligen aktuellen Version nachgeschlagen werden sollten.

Mit der „Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung“ soll insbesondere Gutachtern, die nicht Fachärzte für Psychiatrie oder Psychotherapie sind, Unterstützung für die Nutzung von zutreffenden Begriffen bei der Beschreibung der geistig-psychischen Verfassung ihrer Probanden gegeben werden.

Insgesamt sollen Ihnen mit der Darstellung der Anforderungen an sozialmedizinische Gutachten, die an Sie gestellt werden, zentrale zugehörige rechtliche Informationen wie auch ergänzende Informationen für die sozialmedizinische Einschätzung oder Bewertung der Leistungsfähigkeit von Probanden in der Begutachtung zusammengefasst an die Hand gegeben werden.

⁵ Brüggemann, S., Niehues, C., Rose, Anne D., Schwöbel, B. (Hrsg.) (2015): Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage, de Gruyter.

⁶ DRV Bund (Hrsg.) (2013): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung“ sowie Manual zum Peer Review-Verfahren der sozialmedizinischen Begutachtung, das regelmäßig aktualisiert wird (s.o.).

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

2. 1 Leistungen zur Teilhabe

Das SGB VI stellt in Verbindung mit dem SGB IX die grundsätzliche Zielrichtung der Präventions- und Rehabilitationsleistungen in der Rentenversicherung innerhalb der gegliederten Sozialleistungssysteme dar. Entsprechend der Regelung des § 14 SGB VI (Leistungen zur Prävention) erbringen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Zweck der Leistungen zur Prävention ist die Förderung der Gesundheitskompetenz und Beschäftigungsfähigkeit von Versicherten, die vor allem durch belastende Arbeitsumstände erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Hierdurch soll die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erhalten und ggf. späterer Rehabilitationsbedarf vermieden werden.

Nach § 9 SGB VI (Leistungen zur Teilhabe) erbringen die Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen. Zielrichtung der Leistungen ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern. 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.

Es gilt, dass zur Durchführung von Rehabilitationsleistungen, die aus medizinischer Sicht indiziert sind, sowohl Rehabilitationsbedürftigkeit, wie auch positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit als sozialmedizinische Grundvoraussetzungen gegeben sein müssen. Es gilt der Grundsatz: „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“.

Das Prinzip des Vorrangs von Leistungen zur Prävention und zur Teilhabe vor Rentenleistungen wird in erster Linie verwirklicht durch das bestehende System mit Angeboten zur Prävention, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Nachsorge. Mit Leistungen zur Teilhabe soll eine vorzeitige Berentung vermieden werden.

Begutachtung (§ 17 SGB IX)

In § 17 SGB IX ist das Verfahren der Begutachtung im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs geregelt. Die Vorschrift entspricht weitgehend der bisherigen Rechtslage (vgl. § 14 Abs. 5 S. 2 SGB IX a. F.), konkretisiert jedoch die Notwendigkeit der Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern bei Trägermehrheit. Der leistende Rehabilitationsträger entscheidet über die Beauftragung von Sachverständigen im Benehmen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern (§ 17 Abs. 3 SGB IX). Die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung im Teilhabeplan führt damit im Regelfall nur zu einem Begutachtungsprozess bei einem einzelnen im Vorfeld bestimmten Sachverständigen, dessen Ergebnis die erforderlichen umfassenden Feststellungen zu allen in Betracht kommenden Bedarfen enthält und der alle Rehabilitationsträger bindet.

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 versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe sind in § 11 SGB VI aufgeführt. Für die weitaus meisten Fallgestaltungen in der Prävention und medizinischen Rehabilitation gilt, dass der Versicherte in den zurückliegenden zwei Jahren zumindest sechs Monate versicherungspflichtig tätig gewesen sein muss und entsprechende Beiträge erbracht hat (§ 11 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI).

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen 15 Jahre mit Beitragszeiten (Pflicht- oder freiwillige Beiträge) oder Ersatzzeiten belegt sein (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI), bei kürzeren Beitragszeiten besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit. Angerechnet werden auf die Wartezeit auch Zeiten auf Grund eines Versorgungsausgleichs 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 Nr. 2 SGB VI. Die Rentenversicherungsträger sind bei dieser Fallkonstellation für die Leistungen zur Teilhabe somit im Einzelfall auch für wesentlich jüngere Versicherte zuständig, wenn diese innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben (§ 11 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI).

Darüber hinaus beinhaltet die Regelung des § 11 SGB VI weitere - in der Praxis seltenere - Tatbestände des Erfüllens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

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 durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - aa) der Arbeitsplatz erhalten werden kann oder
 - bb) ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

Die Regelungen zur zuletzt genannten Gruppe teilweise erwerbsgeminderter Versicherter bewirken einerseits, dass Leistungen zur Teilhabe auch dann erbracht werden können, wenn hierdurch der bisherige, gegebenenfalls zu einem Teilzeitarbeitsplatz umgestellte Arbeitsplatz erhalten werden kann. Andererseits sollen Arbeitsmarktpotenziale für teilweise erwerbsgeminderte Versicherte besser erschlossen werden. Voraussetzung für letzteres ist, dass nach den Feststellungen des Rentenversicherungsträgers die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, ein leidensgerechter Arbeitsplatz konkret in Aussicht steht und Teilhabeleistungen erforderlich sind - auch dadurch können die persönlichen Voraussetzungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sein.

Die Ermittlungstätigkeit der Bundesagentur für Arbeit bleibt von dieser Regelung unberührt. Vor Leistungen zur Ausbildung und Weiterbildung sollen vorrangig Eingliederungshilfen geleistet werden.

Die erforderlichen Leistungsvoraussetzungen sind in der 2011 von der Deutschen Rentenversicherung Bund herausgegebenen Schrift „Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung“⁷ dargelegt und beschrieben.

Unter Berücksichtigung der Begrifflichkeiten des SGB IX werden die in § 10 SGB VI genannten Rechtsbegriffe wie folgt ausgelegt (für weitere Ausführungen vgl. Glossar⁸):

Krankheit: Regelwidriger geistiger, körperlicher oder seelischer Zustand.

Behinderung: „Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (§ 2 SGB IX).

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, einen Erwerb zu verschaffen.

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

Minderung der Erwerbsfähigkeit: Jede länger dauernde, nicht unwesentliche Einschränkung der vollen Leistungsfähigkeit, bezogen auf die gesamte berufliche Qualifikation und nicht auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit.

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 Menschen.

⁷ Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 96, Berlin. Wird derzeit überarbeitet (Stand August 2018).

⁸ Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 81, Berlin.

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.

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 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 das medizinische Element des noch andere Teilmerkmale enthaltenden Rechtsbegriffs der Erwerbsfähigkeit.

Die Aufgabe der sozialmedizinischen Gutachter besteht darin, ein konkretes Fähigkeitsprofil der Probanden darzulegen. Daneben ist zu prüfen, inwieweit die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch Leistungen zur Teilhabe unter den Voraussetzungen der §§ 9 ff. SGB VI erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Sozialmedizinische Zugangsvoraussetzungen

Präventionsleistungen der Rentenversicherung kommen für Beschäftigte in Betracht, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden.

Als sozialmedizinische Grundvoraussetzungen für das Angebot von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen bei den Versicherten **Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit** und eine **positive Rehabilitationsprognose bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben** 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 oder gar Multimorbidität,
- Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- bisherige Therapie,
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen,
- hoher Schulungsbedarf,
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung.

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

Das Gesetz fordert im § 10 SGB VI eine **positive Rehabilitationsprognose**. 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.

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

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in stationärer sowie (ganztätig) 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 oder psychischer Erkrankungen 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).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI)

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 49 bis 54 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) nach § 57 SGB IX.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zum Erhalt oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes, dazu gehören beispielsweise:

- Kostenübernahme für behinderungsbedingte Arbeitsplatzausstattung, Hilfsmittel, technische Arbeitshilfen,
- Leistungen an Arbeitgeber z. B. befristete Lohnkostenzuschüsse,
- Kraftfahrzeughilfen: Zuschuss zur Beschaffung des Kraftfahrzeugs, Kostenübernahme von behinderungsbedingten Umbauten, ggfs. Beförderungskosten,
- Gründungszuschüsse für die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

Berufliche Bildungsleistungen:

- Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung/Berufsfindung,
- Berufliche Weiterbildung,
- Leistungen zur Anpassung und Integration,
- Qualifizierungsmaßnahmen.

Die Bildungsleistungen werden in Betrieben, Berufsförderungswerken, Beruflichen Trainingzentren oder durch freie Träger erbracht. Die Auswahl der Leistungen erfolgt fokussiert auf den Einzelfall in einem strukturierten Prozess, Ansprechpartner am Wohnort der Versicherten sind die Rehabilitationsberater.

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

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört es nicht zu den Aufgaben der Gutachter, konkrete Maßnahmen zu empfehlen. Hierfür fehlen ihnen in aller Regel die erforderlichen Fachkenntnisse. Die Gutachter sind beauftragt, das positive und negative Leistungsvermögen der Probanden festzustellen.

Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI)

Zur Sicherung und Stabilisierung des Ergebnisses der Leistung zur Teilhabe werden Nachsorgeleistungen erbracht. Die weit gefassten gesetzlichen Bestimmungen erlauben unterschiedliche konzeptionelle Ausgestaltungen. Die Bedeutung der Nachsorgeleistungen nimmt vor dem Hintergrund einer verstärkten Vernetzung des gegliederten Gesundheitssystems zu. Beispiele dafür wären Nachsorge nach Entwöhnungsbehandlungen oder Reha-Sport.

Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 145 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 Abs. 3 SGB V).

Hinzuweisen ist darauf, dass der Antrag nach § 51 Abs. 1 SGB V auch auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gerichtet sein kann. Dies ist dann der Fall, wenn der Versicherte zwar bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf Dauer arbeitsunfähig ist, sein Leistungsvermögen insgesamt aber nicht quantitativ eingeschränkt ist. Den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Rahmen des § 51 SGB V zu erstellenden Gutachten sollen derartige Konstellationen zu entnehmen sein. Bei bereits auf unter drei Stunden eingeschränktem Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und negativer Rehabilitationsprognose wird seitens der Rentenversicherung eine Umdeutung in einen Rentenanspruch geprüft.

Eine dem § 51 SGB V ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitsförderung (§ 145 Abs. 2 SGB III). Hier hat die Agentur für Arbeit einen Kunden, dessen Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate aufgehoben sein wird, aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommt die leistungsgeminderte Person dieser Aufforderung nicht nach, ruht ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld ab Ablauf der Frist bis zum Tage der (späteren) Antragstellung.

Auch die SGB II-Träger (Job-Center, Sozialämter optierender Gemeinden), können zur Antragstellung auf Renten- und Rehabilitationsleistungen rechtsverbindlich auffordern.

Arbeitsunfähigkeit

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist in der AU-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt (SGB V). Hiervon abzugrenzen ist das Leistungsvermögen im Erwerbsleben, welches im Rahmen der Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung beurteilt werden muss (SGB VI).

2. 2 Rente wegen Erwerbsminderung⁹

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 gesetzliche Regelungen/ Vorgaben:

- 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. Neben der Erwerbsminderung müssen grundsätzlich die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren und 36 Monate an Pflichtbeitragszeiten in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung vorliegen. Dies ist nicht nötig, wenn die Erwerbsminderung z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eingetreten ist. Bestimmte beitragsfreie Zeiten (z. B. Zeiten einer Rente, Berücksichtigungszeiten für Kindererziehung oder Zeiten der schulischen Ausbildung nach dem 17. Lebensjahr) verlängern den Fünfjahreszeitraum.

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 (s. o.) kommt es hierbei nicht an.

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.

Es gibt Arbeitsplätze, die nicht dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzuordnen sind. Hierzu zählen z. B. die Arbeitsplätze in den Werkstätten für behinderte Menschen 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.

⁹ Bd. 96, Kap B. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen, S. 29ff.

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 und mehr** täglich liegt **keine** Erwerbsminderung vor.

Bei einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich erhält der Versicherte eine volle Erwerbsminderungsrente, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich ist zu unterscheiden, ob der Versicherte in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder nicht und ob die Beschäftigung ausgeübt wird oder nicht.¹⁰ Übt der Beschäftigte noch eine Teilzeitbeschäftigung aus oder kann ihm eine leistungsgerechte Teilzeittätigkeit angeboten werden, ggf. unterstützt durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c SGB VI zum Erhalt eines Arbeitsplatzes (FAVR¹¹ 2/2015, TOP 4), so hat er nur einen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Steht der Versicherte nicht in einem Beschäftigungsverhältnis, d. h. ist er arbeitslos, wird die Verschlussheit des Teilzeitarbeitsmarktes („konkrete Betrachtungsweise“) derzeit nicht geprüft, weil nach Einschätzung der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung die Vermittlungschancen von teilweise Erwerbsgeminderten gegenwärtig gering sind (FAVR 2/2015, TOP 4). 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. Dies 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. Ausnahmen kann es geben, wenn eine „Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen“ bzw. eine „**schwere spezifische Leistungsbehinderung**“ vorliegt. Dies ist eine juristische Festlegung und nicht Gegenstand gutachterlicher Beurteilung.

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 zudem von wesentlicher Bedeutung, dass die angegebenen qualitativen Leistungseinschränkungen durch bestehende Krankheiten und/ oder Behinderungen bedingt sind. Die Angabe qualitativer Leistungseinschränkungen ohne direkten Bezug auf zu Grunde liegende Krankheiten oder Behinderungen kann sonst zu einer sachlich nicht begründeten Entscheidung führen.

¹⁰ Bd. 96, Kap. C 4, Arbeitsmarktrenten.

¹¹ FAVR = Fachausschuss für Versicherung und Rente. „Fachausschüsse haben die Aufgabe, in Sach- und Rechtsfragen eine gemeinsame Willensbildung und ... einheitliche Verfahrensweise bei den Rentenversicherungsträgern sicherzustellen...und...verbindliche Entscheidungen zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und Entscheidungen in gemeinsamen Angelegenheiten der Träger der Rentenversicherung vorzubereiten.“ (§ 49 Abs. 1 der Satzung der DRV Bund).

Das auf der Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung festgestellte Leistungsvermögen ist auch dann maßgebend, wenn der Versicherte darüber hinausgehend weiterhin erwerbstätig ist, sofern dies auf Kosten seiner Restgesundheit erfolgt. „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 muss medizinisch sehr sorgfältig und nachvollziehbar begründet werden.

Es ist ferner darauf zu achten, ob der Versicherte tatsächlich noch über sechs Stunden erwerbstätig ist oder ob der Arbeitgeber eine nur noch zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit akzeptiert und den Versicherten „vergönungsweise“ rein nominell in Vollzeit beschäftigt. In diesem Fall gilt die ärztlich festgestellte quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit den entsprechenden sozialrechtlichen Folgen. Allerdings gelten immer die einschränkenden Hinzuverdienstgrenzen, welche den Zahlbetrag der Rente begrenzen bzw. reduzieren können.

Die tatsächliche Berufsausübung hat allerdings nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) einen hohen Beweiswert. Arbeitet der Versicherte dabei 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)¹²

In einer modifizierten Form bleibt die bisherige Rente wegen Berufsunfähigkeit in Wahrung des Vertrauensschutzes ausschließlich für Versicherte erhalten, die vor dem 02.01.1961 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 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

¹² Bd. 96, Kap. C 6 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. S. 93ff.

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 ungelernten 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 ungelernte 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.

Befristung einer Erwerbsminderungsrente (§ 102 SGB VI)¹³

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. 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 gewähren.

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.¹⁴

¹³ Bd. 96, Kap D Befristung von Renten wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit, S. 125ff.

¹⁴ Siehe auch Glossar, S. 25f. bzw. DRV-Schriften Band 96, Kap. D, s.o.

2. 3 Feststellung des Leistungsvermögens bei Grundsicherungsersuchen gem. SGB II bzw. SGB XII

Das SGB II wurde 2005 eingeführt. Es fasste zwei Personenkreise zusammen: die Bezieher von Arbeitslosenhilfe (niedrigere Leistung als Arbeitslosengeld, aber höhere Leistung als Sozialhilfe) und diejenigen Bezieher von Sozialhilfe, die als erwerbsfähig eingestuft wurden. Heute ist die Höhe der Leistungen identisch (Regelbedarf nach § 20 SGB II und § 28/ 42 SGB XII) und es muss Hilfebedürftigkeit („Armut“ SGB II) bestehen bzw. kein anderer Leistungsträger für die Sicherung des Lebensunterhaltes in Betracht kommen (Subsidiaritätsprinzip SGB XII).

Das **SGB II** regelt die „**Grundsicherung für Arbeitsuchende**“. Leistungen setzen sozialmedizinisch **Erwerbsfähigkeit** voraus (§ 7, Definition § 8). In speziellen Fallkonstellationen wird die gesetzliche Rentenversicherung mit der Feststellung der Erwerbsfähigkeit beauftragt. Bei Widersprüchen trifft die zuständige Rentenversicherung eine Entscheidung, die für alle beteiligten Sozialleistungsträger bindend ist.

Das **SGB XII** regelt die „Sozialhilfe“. Leistungen setzen für Menschen im erwerbsfähigen Alter **volle Erwerbsminderung** im Sinne des Rentenrechts (§ 43 SGB VI) bzw. aufgehobene Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II voraus. Vorrang haben nach § 19 SGB XII Leistungen des Kapitels 4 (**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**). Dafür muss die volle Erwerbsminderung **dauerhaft** bestehen (§ 41 SGB XII). Wenn volle Erwerbsminderung bzw. aufgehobene Erwerbsfähigkeit auf nicht absehbare Zeit aber nicht auf Dauer gesehen werden, wie z. B. bei der Gewährung von Zeitrenten, kommen Leistungen des Kapitels 3 in Betracht (Hilfe zum Lebensunterhalt).

Zusammengefasst ist Erwerbsfähigkeit bzw. volle Erwerbsminderung ein wesentliches Kriterium zur Differenzierung zwischen SGB II und SGB XII während die Regelbedarfssätze identisch sind. Da beide Bücher des Sozialgesetzbuches den Begriff „Grundsicherung“ enthalten, sollte dieser nicht isoliert verwendet werden („Grundsicherung für Arbeitsuchende“ SGB II oder „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ nach Kapitel 4 SGB XII, § 41).

3. Aufgaben und Stellung sozialmedizinischer Gutachter

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 der medizinischen Sachverständigen und das ärztliche Gutachten zählen zu diesen Beweismitteln. Diese ermöglichen der Verwaltung die Entscheidung über die beantragte Sozialleistung.

Die Funktion ärztlicher Sachverständiger

Ärztliche Gutachter sind in ihrer gutachterlichen Tätigkeit eigenverantwortlich und inhaltlich nicht an Weisungen gebunden. Dieser Grundsatz ist in den ärztlichen Berufsordnungen niedergelegt. Nach den Berufsordnungen haben Ärzte Gutachten mit der notwendigen Sorgfalt und nach bestem Wissen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstellen. Hierbei sind auch die gesetzlichen Fristen des Sozialgesetzbuches zu berücksichtigen. Sollten im Einzelfall noch Fragen offen sein, sind diese durch Rücksprache mit der zuständigen Abteilung des Auftraggebers zu klären.

Gutachter müssen gute fachliche Kenntnisse besitzen und aufmerksame Zuhörer und Beobachter sein. Den Probanden sollen sie das Gefühl vermitteln, dass sie ihnen vorurteilsfrei gegenüberstehen. Die Person herabwürdigende Äußerungen wecken Zweifel an der Objektivität und dürfen im Gutachten nicht enthalten sein. Gutachter sollten zudem berücksichtigen, dass Versicherte nach § 25 SGB X das Recht auf Einsicht in das Gutachten haben.

Pflichten der Gutachter im Verwaltungsverfahren

Die für die Sozialgerichte entsprechend §§ 407, 407a der Zivilprozessordnung (ZPO)¹⁵ definierten Pflichten von Sachverständigen sind auch für die ärztliche Begutachtung im Verwaltungsverfahren von Bedeutung. Danach müssen Sachverständige unverzüglich prüfen, ob die eigene Fachkompetenz für die Erfüllung des Gutachtauftrages ausreicht. Sie dürfen einen persönlich gebundenen Auftrag nicht ohne Zustimmung des Versicherungsträgers weiterleiten und haben die Akten und Unterlagen vollständig mit dem fertiggestellten Gutachten zurückzugeben.

Ein sozialmedizinisches Gutachten muss nach Feststellung des Bundessozialgerichtes¹⁶ 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 haben Gutachter stets darauf zu achten, dass sie weder ihre medizinische Fachkompetenz noch den Rahmen des Gutachtauftrages überschreiten. Gutachter sollen zwar Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen haben, als medizinische Sachverständige haben sie sich jedoch allein auf medizinische Aussagen zu beschränken. Die Feststellung einer Erwerbsminderung ist Aufgabe der Verwaltung des Rentenversicherungsträgers.

Sozialmedizinische Gutachter sind nicht behandelnde Ärzte des Versicherten. Die umfassende diagnostische Abklärung einschließlich aller möglichen invasiven Maßnahmen und individuelle therapeutische Beratung des Probanden gehört nicht zu ihren gutachterlichen Aufgaben.

¹⁵ Siehe Anhang Gesetzestexte.

¹⁶ BSG, 07.08.1991 – 1/3 RK 26/90 – Ärztliches Gutachten.

Ablehnung eines Gutachtauftrages

Ärzte erstellen ihre Gutachten auf der Grundlage eines Auftrages. Sie sollen diesen ablehnen, wenn ihre fachlichen Kompetenzen überschritten werden oder berufliche Überlastung eine zeitgerechte Erstellung eines Gutachtens verhindert. Gleiches gilt, wenn die zu untersuchenden Personen Patienten des Gutachters sind oder wenn sie mit ihnen verwandt oder verschwägert sind. Darüber hinaus wird es im Einzelfall Konstellationen geben, in denen die Bedingungen einer objektiven Untersuchung aufgrund von Befangenheit nicht gewährleistet sind. Auch in diesen Fällen sollte die Begutachtung nicht durchgeführt und der Begutachtungsauftrag zurückgegeben werden.

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Auch für den ärztlichen Gutachter gilt die Schweigepflicht. Der Schutz der Privatsphäre ist ein in den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes (GG) geschützter Bereich. Die Schweigepflicht wird in den Berufsordnungen formuliert. Der Verstoß ist nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB) ein Straftatbestand und kann Sanktionen gemäß der Datenschutzgrundverordnung bzw. durch das Bundesdatenschutzgesetz nach sich ziehen.

Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, des Persönlichkeitsschutzes und des Datenschutzes gehört zwar zu den Aufgaben des Gutachters, es ist dabei aber zu berücksichtigen, dass sozialmedizinische Gutachten Bestandteil eines Verwaltungsverfahrens sind, vom Versicherten auf Antrag eingesehen und später – zum Beispiel in einem Sozialgerichtsverfahren – teilweise öffentlich werden können. Die Versicherten sind bei der Begutachtung darauf hinzuweisen.

Das Gutachten muss zwar alle für die Diagnosestellung und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erforderlichen Aspekte enthalten. Auf die Wiedergabe detaillierter persönlicher Informationen des Probanden, die dieser nicht öffentlich machen möchte, muss aber im Zweifelsfall verzichtet werden.

Wenn ein Proband allerdings der Wiedergabe für den Zweck der Gutachtenerstellung wesentlicher Aspekte widerspricht, so dass die Aufgabenstellung des Gutachtens nicht mehr erfüllt werden kann, muss der Gutachter den Probanden darauf hinweisen, dass das Gutachten ohne diese Informationen nicht erstellt und über seinen Leistungsanspruch nicht entschieden werden kann. Zudem muss der Gutachter gegenüber dem Auftraggeber darlegen, warum das Gutachten nicht erstellt werden kann.

Haftung

Der medizinische Sachverständige bewegt sich bei der Erstellung des Gutachtens innerhalb gesetzlicher Regeln, 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.

Ein vorsätzlich unrichtig erstelltes Gutachten stellt einen Straftatbestand dar, vgl. § 278 StGB¹⁷: „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.“

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. Es gelten die pauschalierten Vergütungssätze der Deutschen Rentenversicherung. Zusätzliche Untersuchungen können in der Regel nur nach Rücksprache mit dem Auftraggeber bewilligt werden.

Mitwirkung der Leistungsberechtigten

Versicherte, die gegenüber einem Sozialleistungsträger einen Leistungsanspruch geltend machen, unterliegen bestimmten Mitwirkungspflichten, soweit dies die Aufklärung von Anspruchsvoraussetzungen betrifft (§§ 60 bis 67 SGB I).¹⁸

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. Versicherte brauchen auch dann nicht mitzuwirken, wenn ihnen 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, von den Versicherten abgelehnt werden.

Der Gesetzgeber fordert von den 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 sollen die Versicherten mitwirken, wenn die Erwerbsfähigkeit auf Dauer gefördert oder erhalten werden kann (§ 64 SGB I). Sozialmedizinische Gutachter müssen eine derartige Konstellation in ihrem Gutachten festhalten. Soweit solche Erwägungen im Rentenfeststellungsverfahren erfolgen, ist die Motivation der Versicherten sorgfältig darzulegen.

¹⁷ Siehe Anhang.

¹⁸ Auszug der entsprechenden Gesetzestexte im Anhang.

Kommen Versicherte ihren 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). 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 von Versicherten die Mitwirkung zu Recht abgelehnt wurde.

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 die 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 Blutentnahme, EKG, Ergometrie, Lungenfunktionstest, EEG und EMG, Dopplersonographie und Echokardiographie.

Aus haftungsrechtlichen Gründen müssen Gutachter auch bei den mitwirkungspflichtigen Maßnahmen die Probanden stets über Sinn und Zweck der diagnostischen Maßnahme aufklären und ihre Einwilligung einholen. Gelingt es nicht, die Probanden zu überzeugen, und wird die abgelehnte diagnostische Maßnahme für wichtig zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gehalten, so ist dies in der Epikrise zu vermerken und bei der Leistungsbeurteilung zu berücksichtigen.

Die von uns beauftragten Gutachter sind gehalten, ein unseren Leitlinien entsprechendes sozialmedizinisches Gutachten zu erstellen. Die fachliche Durchführung obliegt dabei allein den Gutachtern. Sie entscheiden dabei auch über die Anwesenheit von weiteren Personen während der Begutachtung. Es gibt spezielle Sachverhalte, bei denen die Anwesenheit von Begleitpersonen ausdrücklich wünschenswert sein kann. Wenn es Gutachter für erforderlich halten, die Untersuchung in Abwesenheit dritter Personen vorzunehmen, weil sie die Verfälschung des Ergebnisses der Exploration befürchten, bewegen sie sich im Bereich ihrer Fachkompetenz. Gerade bei psychosomatischen Zusammenhängen, Schmerzstörungen und seelischen Erkrankungen müssen fast regelmäßig sensible Bereiche aus der persönlichen Biographie angesprochen werden. Diese sind für die sozialmedizinische Gesamtbeurteilung von erheblicher Bedeutung. Die Gegenwart einer dritten Person führt häufig dazu, dass wichtige Informationen nicht oder inhaltlich verändert gegeben werden. Die Verwertbarkeit eines Gutachtens wird dadurch erheblich beeinträchtigt.

4. Das sozialmedizinische Gutachten – Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung

Einleitung

Das ärztliche Gutachten ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für Rentenversicherungsträger bei der Frage, ob neben den versicherungsrechtlichen auch die persönlichen Voraussetzungen zur Gewährung der beantragten Sozialleistungen erfüllt sind. Darüber hinaus kann es als ein wichtiges Instrument der Bedarfsermittlung Hinweise auf Rehabilitationsbedarfe enthalten, die vom vorliegenden Antrag bisher nicht erfasst sind, auch wenn dafür die Rentenversicherung nicht zuständig sein sollte. Solche Hinweise im Gutachten lösen beim Rentenversicherungsträger die Verpflichtung aus, ggf. auf eine weitere Antragstellung durch den Versicherten hinzuwirken.

Gutachter sind nicht behandelnde Ärzte, die die Anliegen der Antragsteller unterstützen, vielmehr erfüllen sie die **Funktion von objektiven und neutralen Sachverständigen**. Subjektive Einschätzungen, Interpretationen oder Vermutungen müssen als solche erkennbar gemacht werden. Was nicht objektiv ist, darf auch nicht als objektiv dargestellt werden.

Gutachter müssen einfühlsam, gute Zuhörer, aber auch Beobachter sein. Sie sollten auch in schwierigen Begutachtungssituationen den Probanden das Gefühl vermitteln, dass sie auf eine vorurteilsfreie Beurteilung vertrauen können. Sie müssen vermeiden, dass die Probanden durch ihr 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 Entscheidung**. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Fragen nach der beruflichen Verweisbarkeit und das Fehlen eines sogenannten Teilzeitarbeitsplatzes müssen juristisch mit berücksichtigt werden. **Gutachter sollten sich als medizinische Sachverständige ausschließlich auf medizinische Angaben beschränken.**

Das ärztliche Gutachten für die Rentenversicherung umfasst 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 setzen eine ausführliche Befragung der Probanden voraus. Es ist ein positives und negatives Leistungsbild zu erheben und zu beschreiben.

Gutachter müssen das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hinsichtlich körperlicher Schwere, Körperhaltung, Arbeitsorganisation und ggf. weiterer wesentlicher, vor allem mentaler Anforderungen erfragen. Damit kann ein Abgleich mit dem Fähigkeitsprofil der Probanden erfolgen. Dies ist auch für die Beurteilung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich.

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

- 1. Anamnese,
- 2. Untersuchungsbefunden,
- 3. Diagnosen,
- 4. Epikrise,
- 5. sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung.¹⁹

Das Gutachten muss übersichtlich aufgebaut, die Ausdrucksweise klar und auch für Nicht-Mediziner verständlich sein. Die Reihenfolge der Gliederungspunkte muss eingehalten werden. Stereotype Formulierungen dienen nicht einer individuellen Gutachtengestaltung. Dies gilt insbesondere bei unkritischer Verwendung von Textbausteinen.

Bei Probanden mit Migrationshintergrund sind Angaben zum Herkunftsland und der Muttersprache erforderlich. Obligat sind in diesen Fällen auch Angaben, ob die Probanden die deutsche Sprache in ausreichendem Maße beherrschen.

Die Anwesenheit weiterer Personen muss dokumentiert und begründet werden. Es muss Barrierefreiheit gewährleistet sein, z. B. durch be-/ vereidigte und öffentlich bestellte Dolmetscher oder Gebärdendolmetscher. Über die Anwesenheit sonstiger dritter Personen während der Begutachtung entscheiden die Gutachter (s. o.).

4. 1 Anamnese

Die Anamnese zählt zu den wichtigsten Bestandteilen des Gutachtens und ist eine wesentliche Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung. Die Beschreibung muss unvoreingenommen und wertfrei erfolgen.

Gutachter haben Anspruch darauf, dass ihnen medizinische Unterlagen, d. h. Ergebnisse ambulanter Behandlungen, Entlassungsberichte aus Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern sowie Gutachten anderer Sozialleistungsträger vor der Erstellung ihrer Gutachten übermittelt werden. Auch Unterlagen, die Gutachter von den Probanden erhalten, sind zu berücksichtigen.

Bei der Darstellung der Anamnese werden folgende Inhalte erwartet:

4. 1. 1 Anamnese nach Aktenlage

Aufgeführt werden sollen alle sozialmedizinisch relevanten Unterlagen mit Angabe von Quelle, Datum und Kernaussagen.

4. 1. 2 Anamnese nach Angaben der Probanden

Familienanamnese

Angaben zur familiären Belastung, z. B. bei Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Lungenerkrankungen, psychischen und bösartigen Erkrankungen sind nur dann erforderlich, wenn sie zur Einordnung des Schweregrades, der besonderen Verlaufsform der Erkrankungen der Probanden oder zum Verständnis ihres Umgangs mit der Erkrankung notwendig sind.

¹⁹ Vgl. Fußnote S. 1 Gutachten-Vordruck und S. 34 dieser Schrift.

Eigenanamnese

Aufzuführen sind Kinderkrankheiten mit anhaltenden Funktionseinschränkungen, schwere Akuterkrankungen, Beginn und Verlauf chronischer Erkrankungen einschließlich der Angabe von Krankheitsschüben, zeitliche Angaben zu Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsleistungen, Angaben zu Unfällen mit anhaltenden Funktionseinschränkungen und Berufskrankheiten.

Ergänzend zur vegetativen Anamnese sind Risikofaktoren und der Gebrauch von Suchtmitteln aufzuführen.

Bei Frauen sind Angaben zur gynäkologischen Anamnese nur erforderlich, wenn sie für die sozialmedizinische Beurteilung von Belang sind.

Eine biografische Anamnese bei psychischen Störungen ist erforderlich, wenn sie für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens relevant ist. Sie sollte die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des Probanden enthalten, mit Angaben zu Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung, der sozialen Herkunft und des späteren Lebensweges mit Blick auf Familie, Partnerschaft und Beruf, so dass Zusammenhänge von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn, -art und -verlauf zu erkennen sind.

Aktuelle Anamnese

Die aktuelle Anamnese umfasst die Darstellung der jetzigen Beschwerden wie auch verbliebener Ressourcen. Diese sind ihren Symptomenkomplexen zugeordnet strukturiert aufzuführen. Wichtig sind dabei der Beschwerdeverlauf und die Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit und den Alltag. Erforderlich sind Angaben zu den eingeschränkten und verbliebenen Fähigkeiten, z. B. in den Bereichen Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung und Freizeitverhalten.

Eine kurze Schilderung des Tagesablaufes ist in allen Gutachten (unabhängig vom Fachgebiet) wünschenswert, bei Gutachten mit psychiatrisch/ psychosomatischem Schwerpunkt und für die sozialmedizinische Beurteilung von Schmerzstörungen ist eine detaillierte Erfassung des Tagesablaufs unverzichtbar.

Wie alle anamnestischen Angaben sind auch die diesbezüglich gemachten Angaben der Versicherten vor dem Spiegel der Aktenlage und der erhobenen Befunde auf Plausibilität zu prüfen und das Ergebnis dieser Plausibilitätsprüfung in der Epikrise darzulegen.

Therapie

Unabdingbar sind Angaben darüber, welche therapeutischen Bemühungen in der Vergangenheit stattgefunden haben und welche Behandlung gegenwärtig erfolgt.

- **Medikation:** Dauer-/Bedarfsmedikation, seit welcher Zeit, in welcher Dosis, mit welchem Ergebnis, mit welchen unerwünschten Wirkungen.
- **Physiotherapie/ Ergotherapie/ Logopädie/ neuropsychologische Therapie:** Art und Häufigkeit, mit welchem Ergebnis.
- **Psychotherapie:** Angabe des Verfahrens, Dauer/Frequenz, mit welchem Ergebnis.
- **Hilfsmittelversorgung:** Art, Gebrauch, mit welchem Effekt.

Behandelnde Ärzte

Erforderlich ist die Angabe der behandelnden Ärzte mit ihrer Fachrichtung und der Psychotherapeuten, soweit sie nicht auf dem Deckblatt aufgeführt sind.

Arbeits- und Sozialanamnese

Aus ihr sollen neben dem Werdegang auch die sozialen und beruflichen Belastungen sowie vorhandene Ressourcen zu entnehmen sein.

Die Schul- und Berufsausbildung soll dargestellt werden mit Angabe des/ der erlangten Abschlusses/ Abschlüsse.

Beruflicher Werdegang: Angaben zu beruflichen Tätigkeiten/ Arbeitsstellen, Gründe für evtl. Berufswechsel, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Arbeitsplatzverlust/ oder -aufgabe.

Jetzige/ letzte Tätigkeit: zeitlicher Umfang der Tätigkeit, ggf. Gründe für eine Arbeitszeitreduzierung, Beschreibung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsplatzbedingungen, Weg zur Arbeitsstelle, betriebsärztliche Betreuung (z. B. Betriebliches Eingliederungsmanagement).

Aktueller Erwerbsstatus: erwerbstätig oder seit wann und weswegen arbeitslos oder arbeitsunfähig.

Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

- Umstände der Antragstellung,
- Gutachten/Leistungen anderer Sozialleistungsträger (evtl. auch im Herkunftsland): Krankengeld, Arbeitslosengeld, Renten, Leistungen zur Grundsicherung, sonstige Leistungen (z. B. Grad der Behinderung/ GdB einschließlich Nachteilsausgleiche, Minderung der Erwerbsfähigkeit/ MdE, im Einzelfall auch Pflegegrad),
- frühere und aktuelle weitere Anträge auf Sozialleistungen (u. a. auf Leistungen zur Rehabilitation, Rente, ggf. eingelegte Rechtsmittel).

Weitere soziale Kontextfaktoren

Angaben zur familiären Situation, zur Wohnsituation und zu sonstigen Kontextfaktoren sind erforderlich, wenn sie für die sozialmedizinische Beurteilung von Bedeutung sind. Sie sind immer hilfreich, um einen Eindruck von den Anforderungen an den Probanden im Alltag zu erhalten oder als Hinweise auf weitergehenden Rehabilitationsbedarf.

4. 2 Untersuchungsbefunde

Die Untersuchung muss die Informationen aus der Anamneseerhebung und Auswertung früher erstellter Befunde und sonstiger Unterlagen berücksichtigen. Grundlage der sozialmedizinischen Beurteilung ist die Beschreibung der Funktionen sowie der Art und Schwere bestehender Funktionseinschränkungen. Diese müssen präzise beschrieben werden; wo es möglich ist, mit Maßangaben.

Die Beschreibung muss unvoreingenommen und wertfrei erfolgen.

4. 2. 1 Klinischer Untersuchungsbefund

Allgemeiner Befund mit Verhaltensschilderung

Probanden müssen vollständig untersucht und das Untersuchungsergebnis in seiner Gesamtheit dokumentiert und übersichtlich gegliedert werden. Eine Beschränkung auf einzelne Körperregionen ist unzureichend. Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet wird in jedem Fall ein orientierender klinischer Allgemeinstatus mit Angabe von Größe und Gewicht, Blutdruck und Pulsfrequenz erwartet, eine orientierende Prüfung des Hör- und Sehvermögens, sowie ein Basisbefund der psychischen Funktionen (vgl. Anhang).

Beschreibungen der Bewegungsabläufe (z. B. Stand, Gang, Sitzen, Aus- und Ankleiden, Aufrichten von der Untersuchungsliege) und Händigkeit sind weitere wichtige Informationen, die dargestellt werden müssen.

Außerdem sollen klinische Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (wie z. B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Zyanose oder Ikterus).

Fachspezifischer Befund

Messbare Untersuchungsbefunde sollen unter Angabe der erhobenen Messwerte und zugehörigen Referenzbereiche (wie z. B. Neutral-Null-Methode, vergleichende Umfangmessungen) aufgezeigt werden.

Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend. Befunde (auch Normalbefunde) sind detailliert aufzuführen, wenn

- vorgetragene Beschwerden pathologische Befunde erwarten ließen
- pathologische klinische Vorbefunde vorliegen
- das Krankheitsbild pathologische Befunde erwarten ließe (z. B. Polyneuropathie)
- die Untersuchung im symptomfreien Intervall einer typischerweise in Schüben bzw. klinisch sehr wechselhaft (mit Exazerbationen) verlaufenden Krankheit (z. B. Asthma bronchiale, chronische Polyarthritis, Multiple Sklerose) erfolgt.

4. 2. 2 Zusatzdiagnostik

Medizinisch-technische Diagnostik und testpsychologische Untersuchungen sind gezielt einzusetzen und müssen sich individuell nach dem Krankheits- und Beschwerdebild richten.

Die Diagnostik muss geeignet, notwendig und ausreichend sein sowie sich an der Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung orientieren²⁰.

Es wird erwartet, dass bei von den Gutachtern selbst erhobenen apparativ-technischen Untersuchungen einschließlich psychometrischer Testverfahren die erhobenen Messwerte und Referenzbereiche aufgeführt werden.

²⁰ Buchveröffentlichung „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“, Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung.

4. 3 Diagnosen

Diagnosen sind im freien Text aufzulisten und nach ihrer sozialmedizinischen Relevanz zu ordnen. Die ersten drei sozialmedizinisch relevanten Diagnosen sind zusätzlich im Schlussblatt (Vordruck Seite 3 bis 5) anzugeben und mit den Zusätzen für die Seitenlokalisierung und die Diagnosesicherheit nach der jeweils gültigen ICD zu verschlüsseln.

Bei der Formulierung der Diagnosen ist darauf zu achten, dass diese nicht nur das Krankheitsbild an sich benennen, sondern auch die damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen als Funktionsdiagnosen beschreiben.²¹ Funktionsdiagnosen stellen die medizinische Diagnose so dar, dass das Ausmaß einer daraus folgenden Einschränkung körperlicher oder psychomentaler Funktionen oder das Fehlen einer solchen Einschränkung deutlich wird. Auf diese Weise kann eine Verbindung der medizinischen Diagnose zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben hergestellt werden.

Beispiele:

- Statt Z. n. Prostata-Ca: Ausgeprägte Inkontinenz nach radikal behandeltem Prostata-Ca.
- Statt Bandscheibenvorfall: Schmerzhaftes Bewegungseinschränkung der LWS und muskuläre Schwäche im linken Bein bei Bandscheibenvorfall L4/5.
- Statt Z. n. Hüft-TEP: Geringe Bewegungseinschränkung in der rechten Hüfte nach Einsetzen des künstlichen Hüftgelenkes.

Sofern nur eine Verdachtsdiagnose gestellt werden kann, ist ebenfalls die Symptomatik mit der Funktionseinschränkung anzugeben.

Wenn eigentlich sozialmedizinisch relevante Erkrankungen zurzeit „erscheinungsfrei“ sind, muss das so bei Angabe der Diagnose beschrieben werden.

Im Einzelfall ist auch das Nichtvorliegen einer Diagnose („Ausschluss von“) wichtig und explizit anzugeben, beispielsweise dann, wenn der Antragsteller seinen Antrag mit einer objektiv nicht vorliegenden Diagnose begründet.

Das Auflisten funktionell bedeutungsloser Diagnosen ist nicht erforderlich. Die alleinige Formulierung „Zustand nach“ ist nicht aussagekräftig. Sie enthält keine Information über zwischenzeitliche Abheilung oder fortbestehende Funktionseinschränkungen.

4. 4 Epikrise

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der vorgebrachten Erkrankungen mit den Ausführungen, was davon als gesichert angesehen werden kann, der Ergebnisse der gutachterlichen Plausibilitätsprüfung und der daraus folgenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Probanden. Die Epikrise ist damit die Grundlage für die folgende sozialmedizinische Beurteilung. Krankheiten mit und ohne Einfluss auf das Leistungsvermögen sollten jeweils als solche bezeichnet werden.

²¹ Arbeitshilfe Funktionsdiagnosen der DRV Nord; unter „reha-info-aerzte.de“.

Die Epikrise muss enthalten

- den Verlauf und die Prognose jeder sozialmedizinisch relevanten Erkrankung unter kritischer Würdigung der Anamnese, der erhobenen Befunde, der bisherigen Therapie und weiterer therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten,
- die Diskussion wichtiger Vorbefunde (Krankenhaus- und Rehabilitations-Entlassungsberichte, Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Sozialleistungsträger) und ggf. differenzialdiagnostische Überlegungen,
- Darstellung von Diskrepanzen, wenn medizinische Aussagen in Berichten und Attesten sich gutachterlich nicht bestätigen lassen, oder bei Inkonsistenzen innerhalb der Begutachtungssituation,
- Aussagen zum Längsschnitt insbesondere bei Krankheiten mit schubweisem Verlauf (Dauer und Frequenz der Schübe),
- Darstellung der Mobilität mit Angaben zur Gehstrecke und ggf. der Nutzung von Hilfsmitteln; Führen von Fahrzeugen und Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel,
- Hinweise auf Besonderheiten bei der Begutachtung (wie z. B. Sprachschwierigkeiten, auffällige Verhaltensweisen),
- ggf. die Anregung weiterer Sachaufklärung mit Begründung.

Eine Wiederholung detaillierter Angaben aus Anamnese und Befunderhebung ist entbehrlich.

4. 5 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens beschreibt das Fähigkeitsprofil der Versicherten und setzt es in Beziehung zu den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Dies geschieht in freier Form unter Punkt 5 der Gliederung und darüber hinaus in standardisierter Form auf dem Schlussblatt (Gutachten-Vordruck S0080 Seiten 3 bis 5), wobei Übereinstimmung zwischen diesen beiden Darstellungen bestehen muss.

4. 5. 1 Individuelles positives und negatives Leistungsbild (qualitatives Leistungsvermögen)

Es sind die Fähigkeiten zu beschreiben, über die die Probanden unter Berücksichtigung der festgestellten Funktionseinbußen im Hinblick auf die körperliche Arbeitsschwere, die Arbeitshaltung und die Arbeitsorganisation verfügen (positives Leistungsbild) und welche krankheitsbedingt nicht bestehen (negatives Leistungsbild).²²

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 z. B. auf die geistige/ psychische Belastbarkeit, die Sinnesorgane, den Bewegungs- und Halteapparat beziehen oder durch zu vermeidende Gefährdungs- und Belastungsfaktoren begründet sein.

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

- die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt (z. B. fehlende Sprachkenntnisse oder Ausbildung),
- eine bestehende Arbeitslosigkeit,
- die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit,

²² Glossar, S. 57ff.

- das Lebensalter der Probanden,
- eine „Doppelbelastung“, z. B. die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes,
- die Anerkennung eines GdB oder einer MdE (s. o.; diesen Begriffen liegen andere Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien zugrunde),
- eine aktuelle stufenweise Wiedereingliederung.

4. 5. 2 Quantitatives Leistungsvermögen

Auf der Grundlage des bestehenden qualitativen Leistungsvermögens ist die Aussage zum quantitativen Leistungsvermögen für den **allgemeinen Arbeitsmarkt** und für die **letzte berufliche Tätigkeit** zu treffen. Bezugsgröße ist die vom Gesetzgeber vorgegebene zeitliche Abstufung.

Alle, auch teilzeitbeschäftigte Probanden sind so zu beurteilen, als wenn sie in einem Vollzeit-Arbeitsverhältnis stünden. Bei einer selbst gewählten Teilzeittätigkeit kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass die Leistungsfähigkeit quantitativ entsprechend eingeschränkt ist. Eine zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende Arbeitsunfähigkeit ist keinesfalls gleichzusetzen mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen im Sinn des Rentenrechts. Die qualitative und quantitative Leistungsbeurteilung setzt eine abwägende Einschätzung voraus, welche sich aus dem klinischen Gesamtbild ergeben und nachvollziehbar begründet werden muss.

4. 5. 3 „Leistungsfall“

Der Beginn der im Leistungsbild festgestellten Leistungsminderung muss möglichst exakt festgelegt und begründet werden, z. B. auf

- ein akutes Ereignis (Herzinfarkt, Apoplex, Unfall) bzw.
- eine akute und/ oder deutliche Verschlechterung des Krankheitsbildes,
- den Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit, wenn das Ausmaß der jetzigen Erkrankung bereits zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hat oder darauf zurück geht,
- das Datum der Berufs-/ oder Arbeitsaufgabe aus krankheitsbedingten Gründen.

Schwierig ist die Festlegung eines Datums für den Eintritt der Erwerbsminderung, wenn die vorliegenden Daten keine sichere Einschätzung der medizinischen Konstellation zulassen, z. B. bei chronischen oder schleichend progredient verlaufenden Erkrankungen.

Gutachter müssen dann ersatzweise auf andere Ereignisse zurückgreifen, z. B.:

- auf das Datum einer stationären Krankenhausaufnahme,
- das Datum des Reha-/ Rentenanspruches kommt höchstens dann in Betracht, wenn – ggf. nach weiteren Ermittlungen – keinerlei andere Anhaltspunkte festzustellen sind und angenommen werden muss, dass der Proband oder die Probandin sich selbst spätestens zum Antragszeitpunkt in relevantem Umfang als erwerbsgemindert eingeschätzt hat,
- das Datum der Begutachtung kann nur ausnahmsweise und mit entsprechender Begründung plausibel sein.

4. 5. 4 Voraussichtliche Dauer der Leistungseinschränkung

Aus ärztlicher Sicht ist in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob eine Besserung der Leistungsfähigkeit wahrscheinlich ist. Dieses ist anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung

des bisherigen Verlaufes nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Optionen eine Steigerung der qualitativen und/ oder quantitativen Leistungsfähigkeit möglich ist.

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. Dies 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 spätestens einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

4. 6 Vordruck

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung wird auf einem für alle Versicherungsträger einheitlichen Vordruck niedergelegt. Dieser Vordruck umfasst insgesamt fünf Seiten. Der freie Teil des Gutachtens ist entsprechend der „Gliederung und Anforderungsprofil des sozialmedizinischen Gutachtens für die Rentenversicherungsträger“ in freier Form abzufassen. Die einzelnen Seiten sind durchnummerieren und jeweils mit Namen und Versicherungsnummer des Probanden zu kennzeichnen.

Im Folgenden wird zunächst der komplette Vordruck abgebildet und danach die einzelnen Felder der Reihe nach abgebildet und beschrieben.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
MSAT/MSNR	

**Deutsche
Rentenversicherung****Ärztliches Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung****S0080**

Fachgebiet

Angaben zum Begutachtungsanlass (Zutreffendes auswählen)

- ☐ Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ☐ Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ☐ Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- ☐ Antrag nach § 51 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
- ☐ Antrag nach § 145 Drittes Buch Sozialgesetzbuch
- ☐ Antrag auf Hinterbliebenenrente wegen Erwerbsminderung beziehungsweise Behinderung
- ☐ Antrag auf Weiterzahlung einer Rente
- ☐ Ersuchen im Grundsicherungsverfahren
- ☐ _____

Name der untersuchten Person
Vorname (Rufname) der untersuchten Person
Geburtsdatum der untersuchten Person
Straße, Hausnummer der untersuchten Person
Postleitzahl, Wohnort der untersuchten Person
Person hat sich ausgewiesen durch
☐ Personalausweis / Reisepass
☐ Sonstiges: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Schlussblatt mit sozialmedizinischer Beurteilung des Leistungsvermögens

Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

Positives Leistungsvermögen. Es bestehen keine krankheitsbedingten oder behinderungsbedingten Einwände gegen die folgenden Anforderungen:

Körperliche Arbeitsschwere

☐ schwer
 ☐ mittelschwer
 ☐ leicht bis mittelschwer
 ☐ leicht

Arbeitshaltung

im Stehen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
im Gehen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
im Sitzen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
Rollstuhlpflicht	☐ nein	☐ ja	

Arbeitsorganisation

☐ Tagesschicht
 ☐ Frühschicht / Spätschicht
 ☐ Nachtschicht

☐ **Keine weiteren wesentlichen Einschränkungen**

Negatives Leistungsvermögen Einschränkungen beziehen sich auf

- ☐ **psycho-mentale Belastbarkeit**
(Zu beachten sind insbesondere Konzentrationsvermögen / Reaktionsvermögen, Umstellungsvermögen / Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
- ☐ **Sinnesfunktionen**
(Zu beachten sind insbesondere Sehvermögen, Hörvermögen, Sprachvermögen, Sprechvermögen, Tastvermögen und Riechvermögen.)
- ☐ **neuro-muskulo-skeletale Belastbarkeit**
(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gangsicherheit und Standsicherheit, Zwangshaltungen.)
- ☐ **sonstige Gefährdungsfaktoren und Belastungsfaktoren**
(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

Differenzierte Beschreibung des negativen Leistungsvermögens



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Gesundheitsschäden / Leistungsminderung (vermutlich) verursacht durch

- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Wehrdienstbeschädigung
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ Fremdverschulden (zum Beispiel Unfall, gemäß Opferentschädigungsgesetz)

Werden **Leistungen zur Teilhabe** zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Leistungsfähigkeit oder zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes vorgeschlagen?

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ nein ☐ ja, (Begründung in der Epikrise)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

☐ nein ☐ ja, (Begründung in der Epikrise)

Bestehen Hinweise auf weitere Bedarfe zur Teilhabe im Sinne des Bundesteilhabegesetzes?

☐ nein ☐ ja, (Begründung in der Epikrise)

Es liegt eine psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung vor, die dazu führt, dass die untersuchte Person nicht in der Lage ist, im Verwaltungsverfahren selbst tätig zu sein

☐ nein ☐ ja

Ergaben sich im Rahmen der Begutachtung Hinweise auf wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen?

☐ nein ☐ ja, falls ja, welche?

Am

Tag	Monat	Jahr

 wurde die untersuchte Person davon unterrichtet.

Für die Fahrt zur Untersuchung war / waren aus medizinischen Gründen erforderlich

Öffentliche Verkehrsmittel ☐ nein ☐ ja

PKW ☐ nein ☐ ja

eine Begleitperson ☐ nein ☐ ja

Datum des Gutachtenabschlusses

Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters

Stempel der Gutachterin / des Gutachters



Name der untersuchten Person										
Vorname (Rufname) der untersuchten Person										
Geburtsdatum der untersuchten Person <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Straße, Hausnummer der untersuchten Person										
Postleitzahl, Wohnort der untersuchten Person <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Person hat sich ausgewiesen durch ☐ Personalausweis / Reisepass ☐ Sonstiges: _____										

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

Gutachten-Vordruck Seite 2 von 5

Besteht Arbeitsunfähigkeit?		Tag	Monat	Jahr
☐ nein	☐ ja, seit wann?			
Aufgrund welcher Erkrankungen?				

Bei bestehender **Arbeitsunfähigkeit** sind das Datum des Beginns und der Grund anzugeben. Besonderheiten sollen im Freitext erläutert werden.²³

Anwesenheit einer Begleitperson während der Anamnese und /oder Untersuchung? ☐ nein ☐ ja, Begründung: _____
Name, Vorname der Begleitperson
Die Begleitperson hat sich ausgewiesen durch ☐ Personalausweis / Reisepass ☐ Sonstiges: _____

Sofern eine **Begleitperson** bei der Begutachtung (wenn auch nur vorübergehend) anwesend war, ist hier anzugeben, um wen es sich bei dieser Person handelt und wie deren Identität überprüft wurde. Zudem soll dokumentiert werden in welchen Phasen der Begutachtung (Erhebung der Anamnese, des Befundes/ der Untersuchung) die Begleitperson anwesend war und warum/ wozu die Begleitperson gebraucht wurde.

²³ Siehe S. 26: „Aktueller Erwerbsstatus: erwerbstätig oder seit wann und weswegen arbeitslos/ arbeitsunfähig“.

Verständigung in deutscher Sprache möglich?

☐ nein ☐ ja

Dolmetscher?

☐ nein ☐ ja

Ist eine direkte **sprachliche Verständigung** zwischen Probanden und Gutachter möglich – wenn nein, wurde ein Dolmetscher eingesetzt?

Behandelnde Ärzte / Fachrichtung

Hier sollen vorrangig die Ärzte einschließlich ihrer Fachgebietsbezeichnung aufgeführt werden, 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.

Tag der Untersuchung

Tag Monat Jahr

____ : ____ Uhr

Stempel der Gutachterin / des Gutachters

Im Weiteren sind **Angaben zum Gutachter selbst**, Name, Fachrichtung, ggf. Zusatzbezeichnungen/ -qualifikationen, Kontaktdaten sowie Tag und Uhrzeit der gutachtlichen Untersuchung erforderlich.

Das Gutachten ist entsprechend "**Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung**" abzufassen, das heißt:

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

Im Anschluss an „das Deckblatt“ (Seite 1 und 2 des Vordrucks) wird der nicht standardisierte und frei formulierte Teil des Gutachtens dokumentiert. Dieser Teil des Gutachtens ist entsprechend der Darstellung in „**Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung**“ abzufassen (s. o.)

Es sollen sowohl Reihenfolge und Nummerierung wie auch die Bezeichnung der angegebenen Abschnitte unverändert im freien Teil des Gutachtens angewandt werden. Es geht dabei darum, allen Beteiligten eine schnelle und zuverlässige Orientierung auf der Suche nach bestimmten Inhalten des Gutachtens zu ermöglichen.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wird nach dem freien Teil des Gutachtens auf dem Schlussblatt (Seite 3 bis 5 des Vordrucks) auch formal dokumentiert.

Gutachten-Vordruck Seite 3 von 5

Schlussblatt mit sozialmedizinischer Beurteilung des Leistungsvermögens

Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

Positives Leistungsvermögen. Es bestehen keine krankheitsbedingten oder behinderungsbedingten Einwände gegen die folgenden Anforderungen:			
Körperliche Arbeitsschwere			
☐ schwer	☐ mittelschwer	☐ leicht bis mittelschwer	☐ leicht
Arbeitshaltung			
im Stehen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
im Gehen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
im Sitzen	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
Rollstuhlpflicht	☐ nein	☐ ja	
Arbeitsorganisation			
☐ Tagesschicht	☐ Frühschicht / Spätschicht	☐ Nachtschicht	

Positives und negatives Leistungsvermögen

Es sind die Fähigkeiten zu beschreiben, über die die Probanden unter Berücksichtigung der festgestellten Funktionseinschränkungen im Hinblick auf die noch leistbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation (noch) verfügen (positives Leistungsbild) bzw. welche krankheitsbedingt nicht (mehr) bestehen (negatives Leistungsbild).

Das positive Leistungsbild bezieht sich nicht auf die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern beschreibt völlig unabhängig davon die individuellen Möglichkeiten der Probanden, die beschriebenen Leistungsmerkmale der körperlichen Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation zu erbringen. Wenn keine wesentlichen Einschränkungen bestehen, ist das Leistungsbild damit abschließend beschrieben.

Die **Definitionen** zur Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation sind im „Glossar“ und auch im „**Pschyrembel Sozialmedizin**“ enthalten.²⁴

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 über 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. Bei körperlich weitgehend unbeeinträchtigten Probanden wäre somit jede Arbeitshaltung „überwiegend“ oder „ständig“ möglich.

²⁴ Glossar, S. 22-23 und 26; bzw. Pschyrembel S. 40, 42 und 46.

☐ **Keine weiteren wesentlichen Einschränkungen**

Negatives Leistungsvermögen Einschränkungen beziehen sich auf

- ☐ **psycho-mentale Belastbarkeit**
(Zu beachten sind insbesondere Konzentrationsvermögen / Reaktionsvermögen, Umstellungsvermögen / Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
- ☐ **Sinnesfunktionen**
(Zu beachten sind insbesondere Sehvermögen, Hörvermögen, Sprachvermögen, Sprechvermögen, Tastvermögen und Riechvermögen.)
- ☐ **neuro-muskulo-skeletale Belastbarkeit**
(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gangsicherheit und Standsicherheit, Zwangshaltungen.)
- ☐ **sonstige Gefährdungsfaktoren und Belastungsfaktoren**
(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

In der Rubrik „**Negatives Leistungsvermögen**“ werden der Bereich oder die Bereiche, denen relevante funktionelle Beeinträchtigungen zuzuordnen sind, angekreuzt.

Dabei schließen leichte oder mittelschwere Arbeiten (REFA Grad I und II)²⁵ bestimmte Beanspruchungen von vornherein 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 Leistungsvermögens gesondert darauf hingewiesen werden.

Wenn keine überdauernden und für das Erwerbsleben relevanten Einschränkungen vorliegen, kann dies mit Ankreuzen von „Keine weiteren wesentlichen Einschränkungen“ festgehalten werden. Konkrete qualitative Einschränkungen können zunächst einem bestimmten Gebiet zugeordnet werden, wie dem psycho-mental Bereich, den Sinnesfunktionen oder dem Bewegungsapparat.

Differenzierte Beschreibung des negativen Leistungsvermögens

Unter „**Differenzierte Beschreibung des negativen Leistungsvermögens**“ sollen die vorher in den Kategorien angegebenen Leistungseinschränkungen anschaulich und nachvollziehbar beschrieben werden. Begriffsdefinitionen finden sich u. a. im „Glossar“.

²⁵ Vgl. Anhang Körperliche Arbeitsschwere.

Gutachten-Vordruck Seite 4 von 5**Diagnosen mit Funktionseinschränkungen**

	Diagnosenschlüssel ICD-10	Diagnose- zusatz	Diagnose- sicherheit
1.			
2.			
3.			

Auf Seite 4 des Gutachten-Vordrucks sind die **Diagnosen** anzugeben, die das Leistungsbild maßgeblich bestimmen, in der Ordnung der Wichtigkeit für das (eingeschränkte) Leistungsvermögen. Zu den Diagnosen gehören die Angabe des Diagnoseschlüssels nach jeweils gültiger ICD-Kodierung mit Diagnosezusatz und –sicherheit.

Bei der Formulierung der Diagnosen ist darauf zu achten, dass diese nicht nur das Krankheitsbild an sich benennen, sondern auch die damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen **als Funktionsdiagnosen** beschreiben.²⁶ Funktionsdiagnosen stellen die medizinische Diagnose so dar, dass das Ausmaß einer daraus folgenden Einschränkung körperlicher oder psychomentaler Funktionen oder das Fehlen einer solchen Einschränkung deutlich wird. Auf diese Weise kann eine Verbindung der medizinischen Diagnose zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben hergestellt werden.

Quantitative Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben:

Es bestehen keine krankheitsbedingten oder behinderungsbedingten Einwände gegen die Ausübung einer Tätigkeit entsprechend dem beschriebenen qualitativen Leistungsvermögen im Umfang von

☐ 6 Stunden (und mehr)

☐ 3 bis unter 6 Stunden

☐ unter 3 Stunden

Falls eine quantitative Leistungsminderung festgestellt wurde, seit wann besteht diese?

Tag	Monat	Jahr

Besserung unwahrscheinlich?

☐ nein ☐ ja, (Begründungen zu den Angaben in der Epikrise)

Dauer der Leistungsminderung weniger als 3 Jahre?

☐ nein ☐ ja, voraussichtlich bis

Tag	Monat	Jahr

Es ist anzugeben, **in welchem zeitlichen Umfang eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild** ausgeübt werden kann. Einschränkungen in dieser Kategorie müssen im Freitext der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung nachvollziehbar begründet werden.

²⁶ Arbeitshilfe Funktionsdiagnosen der DRV Nord; unter „reha-info-aerzte.de“.

Der Beginn der im Leistungsbild festgestellten Einschränkungen des Leistungsvermögens muss möglichst exakt festgelegt und begründet werden, z. B.:

- auf ein akutes Ereignis (Herzinfarkt, Apoplex, Unfall), bzw.
- auf eine akute und/ oder deutliche Verschlechterung des Krankheitsbildes,
- auf den Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit, wenn das Ausmaß der jetzigen Erkrankung bereits zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hat oder darauf zurück geht, oder
- auf das Datum der Berufs-/ oder Arbeitsaufgabe aus krankheitsbedingten Gründen.

Schwieriger ist die Festlegung eines Datums für den Eintritt der Erwerbsminderung, wenn die vorliegenden Daten keine sichere Einschätzung der medizinischen Konstellation zulassen, z. B. bei chronischen oder schleichend progredient verlaufenden Erkrankungen.

Ein Gutachter muss dann auf andere Ereignisse zurückgreifen, wie z. B. auf das Datum einer stationären Krankenhausaufnahme. Das Datum des Reha-/ Rentenanspruches kommt höchstens dann in Betracht, wenn – ggf. nach weiteren Ermittlungen – keinerlei andere Anhaltspunkte festzustellen sind und angenommen werden muss, dass der Proband oder die Probandin sich selbst spätestens zum Antragszeitpunkt in relevantem Umfang als erwerbsgemindert eingeschätzt hat.

Letzte berufliche Tätigkeit

Bezeichnung der letzten beruflichen Tätigkeit _____		
Es bestehen keine krankheitsbedingten oder behinderungsbedingten Einwände gegen die Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit im Umfang von		
☐	6 Stunden (und mehr)	
☐	3 bis unter 6 Stunden	
☐	unter 3 Stunden	
Falls eine quantitative Leistungsminderung festgestellt wurde, seit wann besteht diese?		
Tag	Monat	Jahr
_ _	_ _	_ _
Besserung unwahrscheinlich?		
☐	nein	
☐	ja, (Begründungen zu den Angaben in der Epikrise)	
Dauer der Leistungsminderung weniger als 3 Jahre?		
☐	nein	
☐	ja, voraussichtlich bis	
Tag	Monat	Jahr
_ _	_ _	_ _

Hier soll angegeben werden, **in welchem zeitlichen Umfang die Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit** aus rein ärztlicher Sicht unter Berücksichtigung der (überdauernden) funktionellen Einschränkungen aufgrund von Krankheit oder Behinderung möglich ist.

Maßgeblich ist die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach den Angaben des Probanden. 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 sollten daher möglichst um Angaben zur konkreten Tätigkeit oder zu besonderen Arbeitsplatzbedingungen ergänzt werden.

Es wird immer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit angegeben, auch dann, wenn

- zum Begutachtungszeitpunkt keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird,
- der Proband/ die Probandin eine Rentenleistung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhält,
- die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht dem erlernten Beruf entspricht.

Voraussichtliche Dauer

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. Dies 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 spätestens einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

Aus ärztlicher Sicht ist in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob eine Behebung der Minderung der Leistungsfähigkeit unwahrscheinlich ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Verlaufes nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten eine Besserung, durch die sich eine relevante Steigerung der qualitativen und/ oder quantitativen Leistungsfähigkeit ergeben würde, unwahrscheinlich erscheint.

Gutachten-Vordruck Seite 5 von 5

Gesundheitsschäden / Leistungsminderung (vermutlich) verursacht durch

- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Wehrdienstbeschädigung
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ Fremdverschulden (zum Beispiel Unfall, gemäß Opferentschädigungsgesetz)

Sind **Schadensereignisse** anamnestisch ersichtlich? Hier soll angekreuzt werden, wenn Hinweise bestehen, dass die Gesundheitsschäden durch Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Fremdverschulden verursacht wurden.

Werden **Leistungen zur Teilhabe** zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Leistungsfähigkeit oder zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes vorgeschlagen?

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ nein ☐ ja, (Begründung in der Epikrise)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

☐ nein ☐ ja, (Begründung in der Epikrise)

Bestehen Hinweise auf weitere Bedarfe zur Teilhabe im Sinne des Bundesteilhabegesetzes?

☐ nein ☐ 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.

Ein erweiterter Teilhabebedarf gemäß Bundesteilhabegesetz ist hier zu prüfen und ggf. in der Epikrise bzw. in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu erläutern.

Weitere Angaben

Es liegt eine psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung vor, die dazu führt, dass die untersuchte Person nicht in der Lage ist, imungsverfahren selbst tätig zu sein

☐ nein ☐ ja

Die Bejahung dieser Frage bedarf einer entsprechenden Erläuterung in der Epikrise. Die Verwaltung prüft dann, ob für den Betroffenen ggf. die Bestellung eines Betreuers von Amts wegen angeregt werden muss.

Ergaben sich im Rahmen der Begutachtung Hinweise auf wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen?

☐ nein ☐ ja, falls ja, welche?

Am

Tag	Monat	Jahr

 wurde die untersuchte Person davon unterrichtet.

Sollten in der oder durch die Begutachtung **bisher unbekannte Erkrankungen** oder gravierende pathologische Befunde auffallen, kann das an dieser Stelle dokumentiert werden und auch, ob und wann der Proband darüber informiert wurde.

Anhang

1. Körperliche Arbeitsschwere

Arbeitsschwere nach REFA (Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung)

Leichte Arbeit: Tätigkeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge, Tragen von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen und lange dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung). Es können auch bis zu 5% der Arbeitszeit (oder zweimal 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: Tätigkeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkgehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 kg oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern. Auch leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades sowie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen werden als mittelschwere Arbeit eingestuft. Es können auch bis zu 5% der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein.

Schwere Arbeit: Tätigkeiten 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 und Hacken. Auch mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, zum Beispiel in gebückter, knien- oder liegender Stellung, können als schwere Arbeit eingestuft werden.

2. Erläuterungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 2 für stationäre Rehabilitationseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2016²⁷

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sog. Referenz- Klassifikationen:

ICD - die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme,
ICF - die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,
ICHI - die Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen.

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung.²⁸ Meilenstein auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation).

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u. a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, den Sozialleistungsträgern, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll. Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Der Begriff Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsprobleme werden z. B. Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz bezeichnet. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD 10 erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/ oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

Die Struktur der ICF

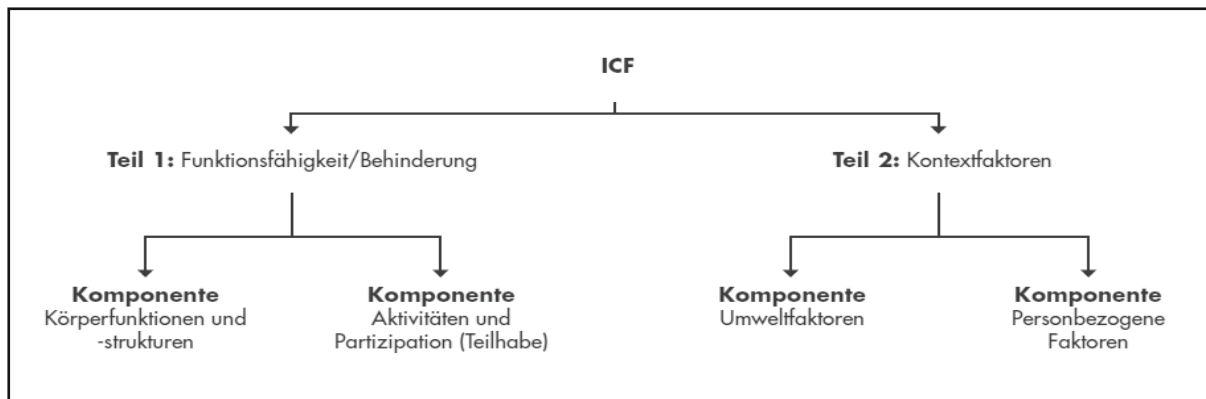
Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff Kontextfaktoren und untergliedert in die Komponenten umwelt- und personbezogene Faktoren.

²⁷ Im Internet abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PL.ICF2.web.pdf>.

²⁸ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>.

Abbildung 1: Struktur der ICF

Quelle: BAR 2016, S. 12

Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden. Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe.

Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiedene Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Körperfunktionen	Kap.	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktions-system im Zusammenhang stehende Strukturen
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktion werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu. Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. **Tabelle 1** listet die von der WHO vorgesehene Kapiteleinteilung in der Untergliederung der ersten Ebene auf.

Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt. Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und -strukturen als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege. Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (**Tabelle 2**).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
1	Lernen und Wissensanwendung (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3	Kommunikation (z. B. Kommunizieren als Empfänger, -als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4	Mobilität (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5	Selbstversorgung (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
6	Häusliches Leben (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8	Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren). Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, und/ oder Medikamenten und sowie Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)
1	Produkte und Technologien (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte)
2	natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
3	Unterstützung und Beziehung (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
4	Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik)

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielformhaft werden aber einige wenige Items von der WHO aufgelistet:

„Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.“

Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personenbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren über physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz- Kreislauffaktoren), mentalen Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren, Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur Lebenslage und sozioökonomischen/ kulturellen Faktoren.

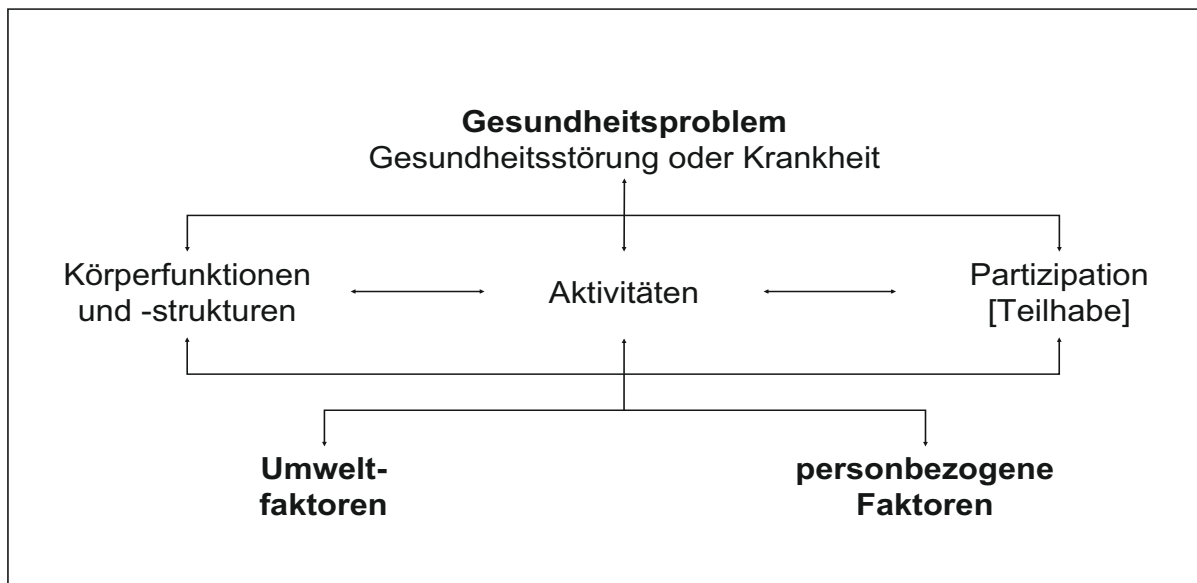
Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind (Grotkamp, Cibus, Nüchtern et al., Gesundheitswesen 2012).

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (Abb. 2) (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist.

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen Komponenten der ICF

Quelle: BAR 2016, S. 18

Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise bei der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten, der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen des gleichen Lebensalters erwartet wird und/ oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen des gleichen Lebensalters erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor. Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen möchten. Die mit Hilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.

3. Arbeitshilfe zur Beurteilung der geistigen/ psychischen Belastbarkeit

Im Rahmen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben müssen auch Aussagen zur geistigen beziehungsweise psychischen Belastbarkeit getroffen werden. Das folgende psychologische und psychopathologische Vokabular führt die gebräuchlichsten und für die Begutachtung wichtigsten Begriffe auf und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. So können zum Beispiel Aussagen zur Intelligenz nicht ohne Rückgriff auf standardisierte Messverfahren getroffen werden. Für die adäquate Beurteilung psychopathologischer Phänomene wie Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen ist in der Regel eine umfangreiche psychiatrische Vorerfahrung erforderlich, wie sie nur im Rahmen einer psychiatrischen Fachbegutachtung vorausgesetzt werden kann.

Orientierung

zeitlich	Wissen von Datum, Wochentag oder Jahrestag.
örtlich	Der gegenwärtige Aufenthaltsort kann benannt werden.
situativ	Die gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungszusammenhang für die eigene Person erfasst.
zur Person	Wissen um die aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation.

Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Konzentration	Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden. Prüfung zum Beispiel durch Aufforderung des Probanden zur fortlaufenden Subtraktion der Zahl 7 ausgehend von 100.
Merkfähigkeit	Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. zehn Minuten zu merken. Prüfung zum Beispiel mit der Vorgabe von drei Begriffen, die nach einer, fünf und zehn Minuten vom Probanden nachzusprechen sind.
Gedächtnis	Fähigkeit, Eindrücke längerfristig zu speichern beziehungsweise Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen.

Formales Denken

Störungen des formalen Denkens zeigen sich meist in der Sprache. Sie zeigen sich insbesondere bei emotionaler Belastung oder längerer Gesprächsdauer.

Verlangsamung	Das Denken ist verlangsamt und schleppend. Es führt zu einem zähflüssigen Gesprächsverlauf.
Umständlichkeit	Beim Denken wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber gewahrt.

Einengung	Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfangs, Verhaftetsein in einem 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.
------------------	--

Affektivität

Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen.

Vitalgefühl	Gefühl von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische; beeinträchtigt zum Beispiel bei Klagen über Kraftlosigkeit, Schlappeheit, Müdigkeit und körperliches Unbehagen.
Depressivität	Negativ getönte Befindlichkeit, Niedergedrücktheit, Niedergeschlagenheit.
Hoffnungslosigkeit	Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhandengekommen, pessimistische Weltsicht, jede Veränderung wird als Verschlimmerung betrachtet.
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.
Reizbarkeit	Der Untersucher spürt eine Neigung zu aggressiv getönter Gespanntheit beziehungsweise Gereiztheit beim Probanden.
Affektive Schwingungsfähigkeit	Fähigkeit, unterschiedliche Ereignisse mit unterschiedlichen Gefühlsqualitäten und -stärken auszudrücken. Übereinstimmung von Gefühlen und Inhalt im Gesprächsverlauf.

Aktivitätsniveau und Psychomotorik

Antrieb	Beschreibung von Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist, Anteilnahme, Entschlussfreude, Motivation. Ausprägungen (zum Beispiel): antriebsarm: Mangel an Initiative, Tatkraft antriebsgesteigert: Übermaß an Initiative, Tatkraft
Psychomotorik	Beschreibung der durch psychische Vorgänge geprägten motorischen Aktivität. Ausprägungen (zum Beispiel): Psychomotorische Unruhe: gesteigerte, ungerichtete motorische Aktivität.

4. Gesetzestexte

Das Sozialgesetzbuch (SGB)

Hier sind die wesentlichen Regelungen des Sozialrechts niedergelegt und kodifiziert. Es sind dabei sowohl die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung, als auch die der staatlichen Fürsorge mit ihren Leistungen abgebildet. Die einzelnen Teile dieses Gesetzeswerks stehen gesetzestechnisch als jeweils eigenständige Gesetze für sich.

Hervorgehoben sind die Teile des Sozialgesetzbuchs, die bei der Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung besonders relevant sind.

Sozialgesetzbuch – Inhaltsübersicht:

- **Erstes Buch (I) – SGB I – Allgemeiner Teil**
- Zweites Buch (II) – SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende
- Drittes Buch (III) – SGB III – Arbeitsförderung
- Viertes Buch (IV) – SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- Fünftes Buch (V) – SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
- **Sechstes Buch (VI) – SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung**
- Siebtes Buch (VII) – SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung
- Achtes Buch (VIII) – SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe
- **Neuntes Buch (IX) – SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen**
- **Zehntes Buch (X) – SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz**
- Elftes Buch (XI) – SGB XI – Soziale Pflegeversicherung
- Zwölftes Buch (XII) – SGB XII – Sozialhilfe

Erstes Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil - (SGB I)

§ 60 Angabe von Tatsachen in der Fassung vom 01.01.2001 bis lfd.

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen in der Fassung vom 01.01.1980 bis lfd.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen in der Fassung vom 01.01.1980 bis lfd.

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.

§ 63 Heilbehandlung in der Fassung vom 01.01.1980 bis lfd.

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Fassung vom 21.12.2007 bis lfd.

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung in der Fassung vom 01.01.1986 bis lfd.

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
 - ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 - ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 - der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
 1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65a Aufwendungsersatz in der Fassung vom 01.01.1981 bis lfd.

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung in der Fassung vom 21.12.2007 bis lfd.

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen,

soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung in der Fassung vom 01.01.1980 bis lfd.

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X)

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

- (1) Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.
- (2) Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde stattdessen den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen. Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Beteiligten beeinträchtigen können, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass der Inhalt der Akten auch durch einen Bediensteten der Behörde vermittelt werden kann, der durch Vorbildung sowie Lebens- und Berufserfahrung dazu geeignet und befähigt ist. Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.
- (3) Die Behörde ist zur Gestattung der Akteneinsicht nicht verpflichtet, soweit die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen der Beteiligten oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen.
- (4) Die Akteneinsicht erfolgt bei der Behörde, die die Akten führt. Im Einzelfall kann die Einsicht auch bei einer anderen Behörde oder bei einer diplomatischen oder berufs-konsularischen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland erfolgen; weitere Ausnahmen kann die Behörde, die die Akten führt, gestatten.
- (5) Soweit die Akteneinsicht zu gestatten ist, können die Beteiligten Auszüge oder Abschriften selbst fertigen oder sich Ablichtungen durch die Behörde erteilen lassen. Soweit die Akteneinsicht in eine elektronische Akte zu gestatten ist, kann die Behörde Akteneinsicht gewähren, indem sie Unterlagen ganz oder teilweise ausdruckt, elektronische Dokumente auf einem Bildschirm wiedergibt, elektronische Dokumente zur Verfügung stellt oder den

elektronischen Zugriff auf den Inhalt der Akte gestattet. Die Behörde kann Ersatz ihrer Aufwendungen in angemessenem Umfang verlangen.

Auszüge aus Gesetzestexten, die neben dem Sozialgesetzbuch Relevanz für die Begutachtung haben

Zivilprozessordnung (ZPO)

§ 407 Pflicht zur Erstattung des Gutachtens

- (1) Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderlichen Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.
- (2) Zur Erstattung des Gutachtens ist auch derjenige verpflichtet, der sich hierzu vor Gericht bereit erklärt hat.

§ 407a Weitere Pflichten des Sachverständigen

- (1) Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger sowie innerhalb der vom Gericht gesetzten Frist erledigt werden kann. Ist das nicht der Fall, so hat der Sachverständige das Gericht unverzüglich zu verständigen.
- (2) Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen. Der Sachverständige hat dem Gericht solche Gründe unverzüglich mitzuteilen. Unterlässt er dies, kann gegen ihn ein Ordnungsgeld festgesetzt werden.
- (3) Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.
- (4) Hat der Sachverständige Zweifel an Inhalt und Umfang des Auftrages, so hat er unverzüglich eine Klärung durch das Gericht herbeizuführen. Erwachsen voraussichtlich Kosten, die erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuss erheblich übersteigen, so hat der Sachverständige rechtzeitig hierauf hinzuweisen.
- (5) Der Sachverständige hat auf Verlangen des Gerichts die Akten und sonstige für die Begutachtung beigezogene Unterlagen sowie Untersuchungsergebnisse unverzüglich herauszugeben oder mitzuteilen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, so ordnet das Gericht die Herausgabe an.
- (6) Das Gericht soll den Sachverständigen auf seine Pflichten hinweisen.

Strafgesetzbuch (StGB)

§ 278 Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse

Ärzte und 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.

5. Zitierte Quellen und weiterführende Literatur

Hinweise zur Begutachtung finden Sie allgemein im Internet unter:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/01_sozialmedizin/begutachtung/grundlagen_node.html.

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2016): Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 9., überarbeitete und erweiterte Aufl., hogrefe, Göttingen.

AWMF (Hrsg.) (2013): S2k-Leitlinie: Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung; aktueller Stand: 07/2013 – aufrufbar unter:
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-001l_S2k_Allgemeine_Grundlagen_der_medizinischen_Begutachtung_2013-07.pdf.

Brüggemann, S., Niehues, C., Rose, Anne D., Schwöbel, B. (Hrsg.) (2015): Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage, de Gruyter.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): (2016): ICF-Praxisleitfaden 2 für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Im Internet abrufbar unter:
http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PL.ICF2_web.pdf.

Bundesministerium des Innern (=BMI) und Bundesverwaltungsamt (BVA) (Hrsg.): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. September 2012. Kap 5.1.3.4: Verteilzeiten.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005) ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: MMI Medizinische Medien Information GmbH.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften Band 81, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften Band 96, Berlin (derzeit in Überarbeitung, Fertigstellung im Herbst 2018 erwartet).

Egle et al (2014): Begutachtung chronischer Schmerzen. 1. Auflage, Urban & Fischer.

Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D. (2016): Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, hogrefe, Göttingen.

Hausotter: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. 3. Auflage, Urban & Fischer.

Hausotter, W.: Aggravation und Simulation in der Begutachtung. Versicherungsmedizin 68 (2016), S. 126 -130.

Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung – aufrufbar unter:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html.

Philipp, M.: Verdeutlichung, Aggravation und Simulation in der sozialmedizinischen Begutachtung. Der medizinische Sachverständige 112 (2016), S. 91 – 97.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. („Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“) in der Fassung vom 14. November 2013/ zuletzt geändert am 17. Dezember 2015 (veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.03.2016 B2, in Kraft getreten am 17. März 2016).

Schneider, W., Irle, H., Dohrenbusch, R., Köllner, V., Hennigsen, P., Widder, B., Freyberger, H. (Hrsg.) (2012): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. 1. Auflage, Huber, Bern.

6. Mitglieder der Arbeitsgruppen DRV-Schriften Band 21 und Gutachten-Vordruck (in wechselnder Besetzung):

- Dr. med. Maren Abu-Amasheh, Abteilungsärztin Rente, DRV Bund, Berlin (ab 2017)
- Dr. med. Waldemar Ber, Leitender Arzt, DRV Knappschaft-Bahn-See, Sozialmedizinischer Dienst, Ibbenbüren (bis 2017)
- Dr. med. Volker Brahner, Abteilungsarzt Rente, DRV Bund, Berlin (bis 2017)
- Dr. med. Marion Kalwa, Leitende Ärztin Häuserbetreuung und Gutachterbetreuung, DRV Bund, Berlin
- Dr. med. Angelika Moser, Prüffärztin Sozialmedizinischer Dienst, DRV Bayern Süd, Landshut
- Dr. med. Simone Reck, Leitende Ärztin/ Leiterin Ärztlicher Begutachtungsdienst, DRV Westfalen, Münster
- Dr. med. Heike Rosendorff, Prüf- und Gutachterärztin Sozialmedizinischer Dienst, DRV Mitteldeutschland, Erfurt
- Dr. med. Angelika Sauter-Warflinger, Leiterin des Teams Sozialmedizin, DRV Rheinland, Düsseldorf
- Dr. med. Cornelia Schäfer, Leitende Ärztin, DRV Nord, Lübeck
- Dr. med. Friedrich Schlicht, Sozialmedizinischer Dienst DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe
- Dr. med. Susanne Steinert, Leitende Ärztin, DRV Braunschweig-Hannover, Laatzen

Betreuung der Arbeitsgruppen durch:

- Dr. med. Annette Müller-Garnn, DEAA, Ärztliche Referentin im Bereich Sozialmedizin, DRV Bund, Berlin; zugleich Koordination für das Peer Review-Verfahren der sozialmedizinischen Begutachtung

Unterstützung, fachliche und inhaltliche Beratung durch:

- Dr. med. Andreas Bahemann, Leiter des Ärztlichen Dienstes, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Stefan Flohr, Hauptreferent des Bereichs 0450, DRV Bund, Grundsatz und Querschnitt – Rehabilitationsrecht, DRV Bund, Berlin (Kapitel 2)
- Gabriele Pech, Leiterin des Dezernats 8038 – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 2 – LTA, juristische Aspekte)
- Christina Kraft-Bauersachs, Dezernatsärztin Dezernat 8039, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 2 – LTA, medizinische Aspekte)
- Dipl. Psych. Lutz Haustein, Berufskundlicher Dienst, DRV Bund, Berlin (Kapitel 2)
- Maren Lose, Referentin 0450, Grundsatz und Querschnitt – Rehabilitationsrecht, DRV Bund, Berlin (Kapitel 2)
- Dr. jur. Dana Matlok, Leiterin des Bereichs 0350, Grundsatz und Querschnitt – Rentenrecht, DRV Bund, Berlin (Kapitel 2)
- Dr. med. Margarete Ostholt-Corsten, Leiterin des Bereichs 0430, Grundsatz und Querschnitt – Grundsatzfragen und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, DRV Bund, Berlin (ICF)
- Dipl. Psych. Christian Gerlich, Dipl. Psych. André Strahl sowie PD Dr. Heiner Vogel
Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleitung: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleitung: Dr. Dirk von der Heide, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86589425.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 21,00 Euro (Ausland 28,00 Euro) inklusive Versandkosten, jährlich zu beziehen, das Einzelheft 5,50 Euro (Ausland 7,00 Euro) inklusive Versandkosten. Das Abonnement kann jährlich bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Gewähr. Nachdruck ist unter Quellenangabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung zulässig. Satz und Druck: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin.

Die DRV-Schriften sind kostenfreie Sonderausgaben der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“.

ISBN 978-3-947949-04-5