

Zusatzweiterbildung Sozialmedizin Module VII, VIII



Begutachtung für die Rentenversicherung

Dr. med. Ulrich Eggens
Arzt für Innere Medizin, SP Rheumatologie,
ZB Sozialmedizin, FK Med. Begutachtung

Gliederung

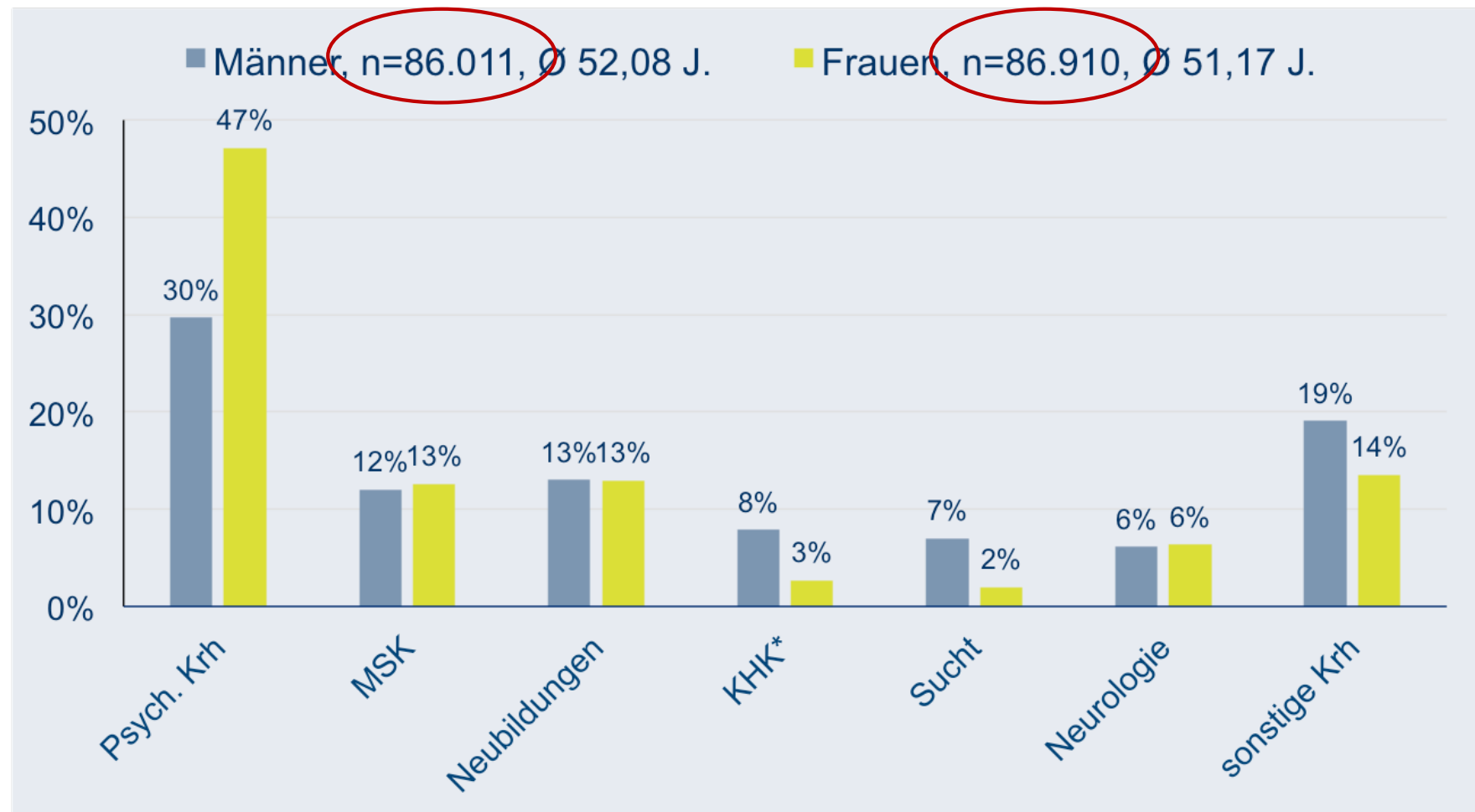
- Einstieg
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters
- Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung
- Qualitätssicherung

Anträge und Erledigungen von Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten)

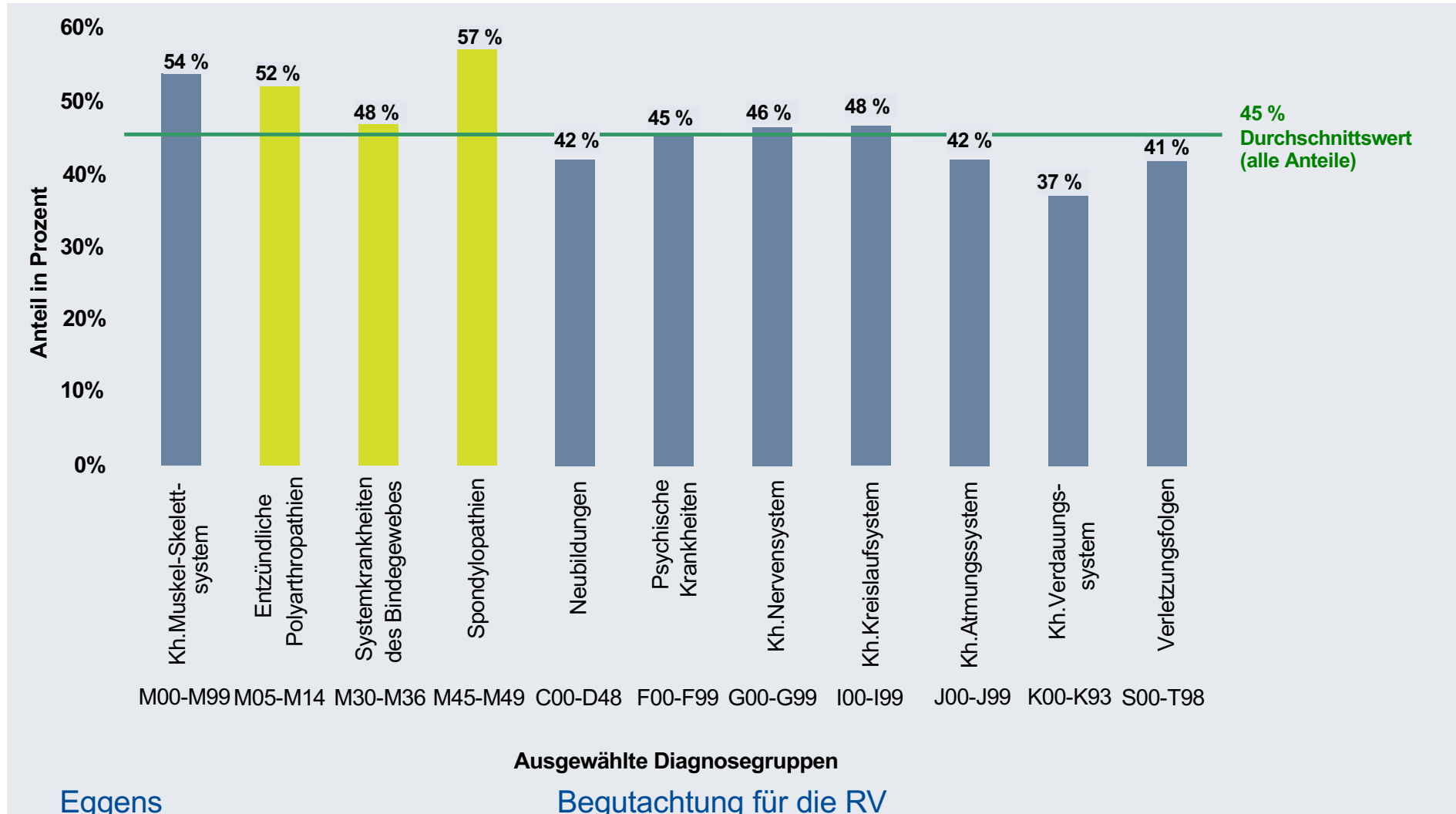
	Jahr	Antrags- zugänge
Fallgruppe: Normal- und Sonderfälle	• 1996	510.284
	• 2000	452.339
	• 2013	356.482
	• 2019	369.499
	• 2020	350.844

	Jahr	insgesamt
Anzahl der EM-Rentenzugänge nach SGB VI	• 1996	279.668
	• 2000	214.082
	• 2013	176.682
	• 2019	161.534
	• 2020	175.808

Diagnosespektrum EM-Rentenzugänge nach Geschlecht



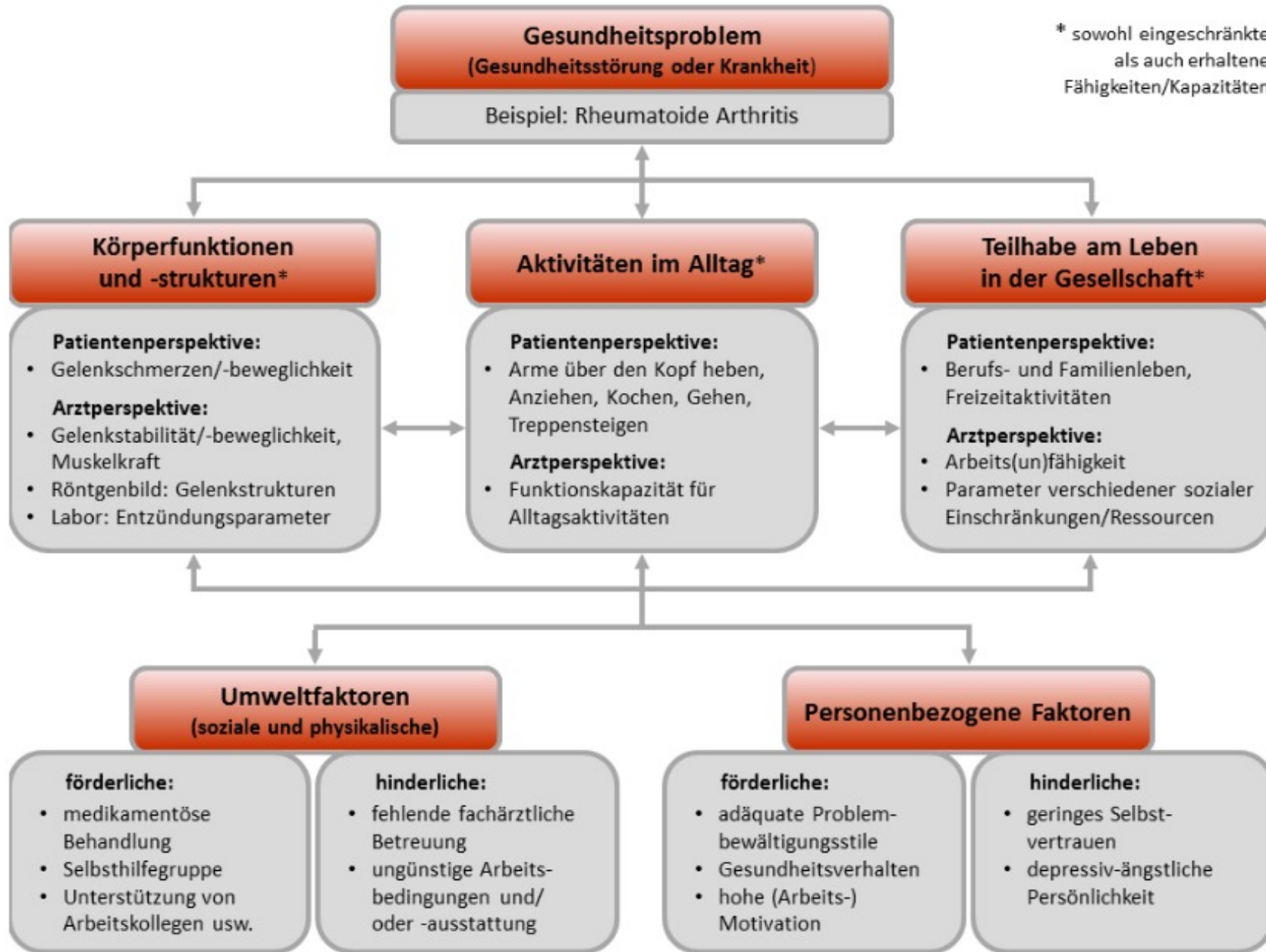
„Reha vor Rente“ - Anteil der Versicherten, die in den letzten 5 Jahren vor einer 2014 bewilligten EM-Rente an einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben



Rentenzugang 2022	insgesamt
Versichertenrenten	1.038.901
Ø Rentenzahlbetrag ¹	1.041 €
• Erwerbsminderungsrenten insgesamt	163.907
Ø Rentenzahlbetrag ¹	950 €
• Altersrenten insgesamt	874.994
Ø Rentenzahlbetrag ¹	1.058 €
Renten wegen Todes²	424.986
• Witwen/Witwer	373.103
Ø Rentenzahlbetrag ¹	645 €
• Erziehungsrenten	913
• Waisen ²	50.970
Renten insgesamt²	1.463.887
¹ nach Abzug des KVdR-/PVdR-Beitrags; ² Geschlechtertrennung nicht n	

Ø Zugangsalter in Jahren	
Versichertenrenten insgesamt	62,7
• Erwerbsminderungsrenten	53,9
• Altersrenten	64,4

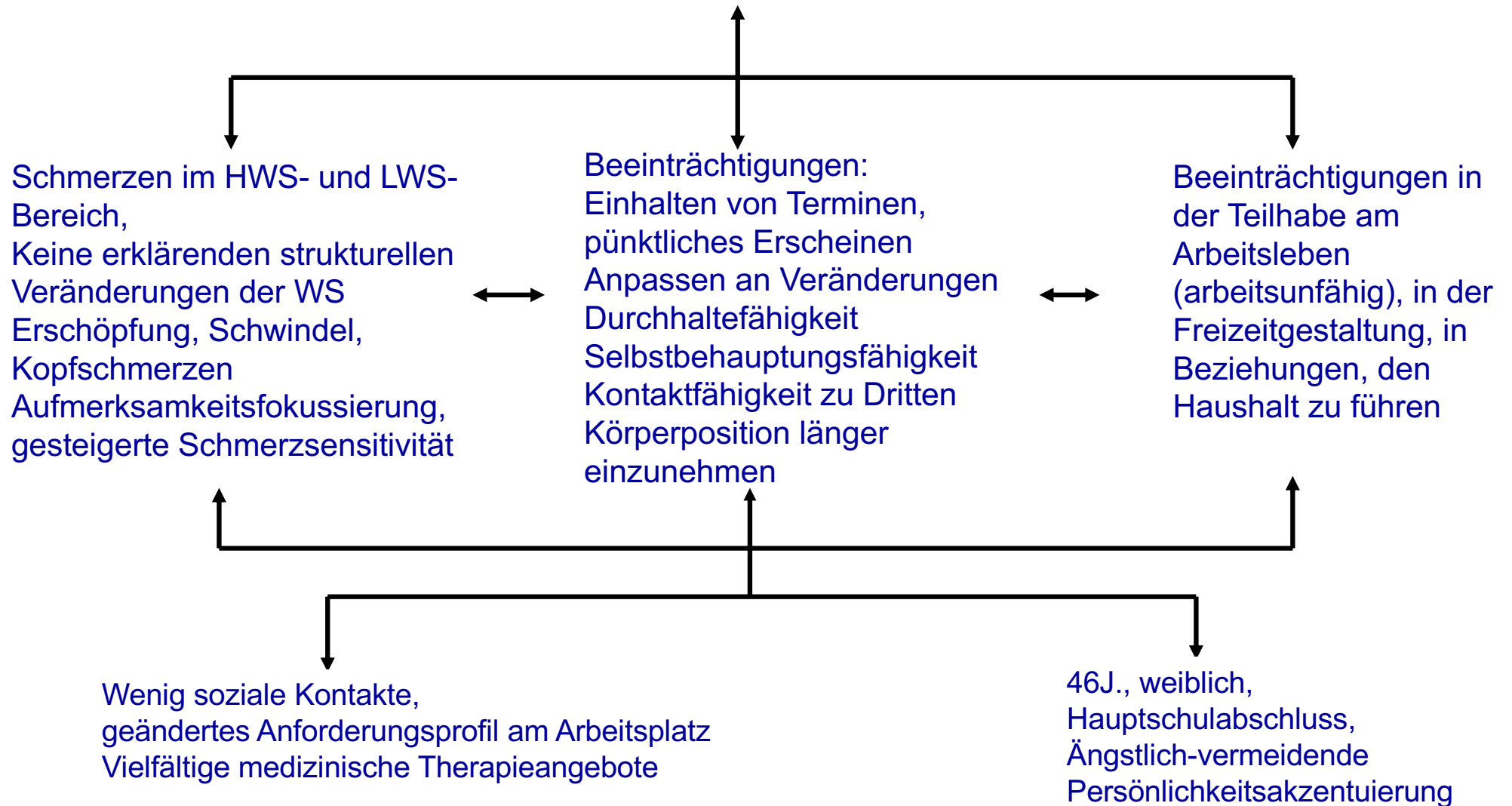
ICF-Modell am Beispiel rheumatoide Arthritis



Wegweiser Arbeitsfähigkeit:
<http://www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de/index.php/aerzte/nicht-medizinisches-vorgehen/hauptprinzipien-der-wiedereingliederung/2013-01-15-11-08-08>

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

ICD-10 F45.40



Gliederung

- Einstieg
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters
- Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung
- Qualitätssicherung

Gesetzliche Kernbestimmung I

§ 43 SGB VI

(Rente wegen Erwerbsminderung)

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn
Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung **auf nicht absehbare Zeit außerstande** sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn ...
Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung **auf nicht absehbare Zeit außerstande** sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Gesetzliche Kernbestimmung II

§ 9 SGB VI

(Leistungen zur Teilhabe)

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und

2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

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

Gesetzliche Kernbestimmung III

§ 10 SGB VI

(persönliche Voraussetzungen)

... 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,

Gesetzliche Kernbestimmung IV

§ 10 SGB VI

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

Rechtsbegriffe: Auslegungsgrundsätze

Krankheit

Regelwidriger geistiger, körperlicher oder seelischer Zustand

Behinderung

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

Erwerbsfähigkeit

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

Rechtsbegriffe: Auslegungsgrundsätze

Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ist innerhalb von drei Jahren mit einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ zu rechnen

Minderung der Erwerbsfähigkeit

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

Rechtsbegriffe: Auslegungsgrundsätze

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

Rechtsbegriffe: Auslegungsgrundsätze

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

Voraussichtlich

Der angestrebte Erfolg wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten

Gesetzliche Bestimmungen für die medizinische Sachaufklärung

- Untersuchungsgrundsatz § 20 SGB X
- Amtssprache § 19 SGB X
- Auskunftspflicht des Arztes oder anderer Heilberufler § 100 SGB X
- Ärztliche Untersuchungen, psychologische Eignungsuntersuchungen § 96 SGB X
- Grenzen der Mitwirkung § 65 SGB I
- Folgen fehlender Mitwirkung § 66 SGB I

Mitwirkung des Leistungsberechtigten 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 § 62 SGB I
- Mitwirkungspflicht nur, soweit ihre Erfüllung in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht

Mitwirkung des Leistungsberechtigten II

- keine Mitwirkungspflicht, wenn ihm diese aus einem wichtigen Grund **nicht zumutbar** oder der Leistungsträger sich die erforderlichen Kenntnisse **selbst beschaffen** kann § 65 SGB I
- Mitwirkungspflicht auch bei der Vorbereitung und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sofern die Erwerbsfähigkeit auf Dauer gefördert oder erhalten werden kann (§ 64 SGB I)

Gliederung

- Einstieg
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters
- Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung
- Qualitätssicherung

Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters I

- der ärztliche Gutachter ist eigenverantwortlich und weisungsungebunden § 275 Abs. 5 SGB V
- darf persönlich gebundenen Auftrag nicht ohne Zustimmung des Versicherungsträgers weiterleiten,
- hat Akten und Unterlagen vollständig mit dem fertiggestellten Gutachten zurückzugeben
- das sozialmedizinische Gutachten muss 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 (BSG)

Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters II

- der Gutachter soll Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen haben, als medizinischer Sachverständiger hat er sich jedoch allein auf medizinische Aussagen zu beschränken
- der Gutachter muss das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hinsichtlich körperlicher Schwere, Körperhaltung, Arbeitsorganisation und ggf. weiterer wesentlicher, vor allem mentaler Anforderungen beschreiben
- ein genaues positives und negatives Leistungsbild aufzuzeigen

Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters III

- der Gutachter hat offen darzulegen, sofern die eigene Fachkompetenz und Ermittlungsergebnisse nicht ausreicht, dann jedoch gezielte weitere Sachaufklärung anregen
- Ablehnung eines Gutachtenauftrages, wenn
 - fachliche Kompetenzen überschritten werden oder
 - berufliche Überlastung eine zeitgerechte Erstellung eines Gutachtens verhindert,
 - wenn der zu Untersuchende ein Patient des Gutachters ist,
 - wenn er mit ihm verwandt oder verschwägert ist
- für den ärztlichen Gutachter gilt die Schweigepflicht

Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters IV

- für gesundheitlichen Schäden durch den Gutachter ist der Sozialleistungsträger nach Artikel 34 GG und nach § 839 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) schadensersatzpflichtig, bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz kann der Sozialleistungsträger den Gutachter in Regress nehmen
- vorsätzlich unrichtig erstellte Gutachten stellen einen Straftatbestand dar
- auch der Gutachter ist der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet

worauf kommt es beim Gutachter an ... I

- Erfahrung im Fachgebiet und fachübergreifende Kompetenz
- Kenntnis im Problemfeld (Belastungen im Erwerbsleben, Krankheitsfolgenmodell der ICF)
- Kenntnisse im Rechtsgebiet
- Wichtiges vom Unwichtigen unterscheiden können
- Analytisches Denken, Sachverhalte kritisch hinterfragen
- Fähigkeit zur Selbstkritik

worauf kommt es beim Gutachter an ... II

- Freundlichkeit, Gesprächsgeschick, Kompetenz im Umgang mit „schwierigen“ Probanden
- Fähigkeit zur Wertschätzung bei emotionaler Distanz
- innere Freiheit und Unabhängigkeit
- gute Selbstorganisation
- Formulierungsgeschick als Autor
- Frustrationstoleranz
- Verständnis für Ökonomie und Verwaltungshandeln
- Freude an der medizinischen Begutachtung

Problemfelder

- Gefälligkeitsberichte/-Atteste

Problemfelder

- Gefälligkeitsberichte/-Atteste
- Fachgebietsübergreifende Leistungsbeurteilung
- Leistungsbeurteilung in „kleinen“ Fachgebieten
- Zunahme psychischer Erkrankungen



ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro



ECNP/EBC REPORT 2011

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

H.U. Wittchen^{a,*}, F. Jacobi^{a,1,2}, J. Rehm^{a,b}, A. Gustavsson^c,
M. Svensson^d, B. Jönsson^e, J. Olesen^f, C. Allgulander^g,
J. Alonso^h, C. Faravelliⁱ, L. Fratiglioni^j, P. Jennum^k, R. Lieb^l,
A. Maercker^m, J. van Osⁿ, M. Preisig^o, L. Salvador-Carulla^p,
R. Simon^q, H.-C. Steinhausen^{l,r,s}

Psychischer Erkrankungen - Herausforderung an die sozialen Sicherungssysteme

- geschätzte 164.8 Mio von 514 Mio Europäern leiden jedes Jahr einer psychischen Erkrankung
- davon 1/3 unbehandelt
- nur etwa 10% der Erkrankten werden rechtzeitig diagnostiziert und annähernd angemessen
(minimally adequate interventions)

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

- Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen
- August 2012

Gliederung

- Einstieg
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters
- Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung
- Qualitätssicherung

Erwerbsfähigkeit im Sozialrecht

Gutachtentyp im SGB II, III, V, VI

Gutachten mit finalen Fragestellungen

- hat **unabhängig von Kausalitätsfragen** ausschließlich die vorhandenen Gesundheitsstörungen und ihre Auswirkungen auf das berufliche und/oder soziale Leben zu erfassen,
- Ausgangspunkt der finalen Beschreibung eines Gesundheitsproblems ist weniger die Diagnose als die hieraus resultierende Funktionsbeeinträchtigung

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung

Hinweise zur Begutachtung

September 2018



Gliederung des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche RV I

Anamnese medizinischer Daten

- Familienanamnese
- Eigenanamnese
- Jetzige Beschwerden
- Therapie
- Behandelnde Ärzte
- **Biographische Anamnese** (bei psychiatrischen Gutachten)

Gliederung des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche RV II

Arbeits- und Sozialanamnese

- Berufs- und Arbeitsanamnese
- Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen
- Familiäre Situation

Klinische Untersuchungsbefunde

Medizinisch-technische Untersuchungen

Gliederung des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche RV III

(Funktions-)Diagnose(n)

Epikrise

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Individuelles positives und negatives Leistungsbild

Letzte berufliche Tätigkeit

Leistungsfall

Zeitliche Befristung der Rente wegen Erwerbsminderung (Zeitrente)

Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeitsbeurteilung I

Orientierung:

- Zeitliche O: Datum, Wochentag oder Jahrestag?
- Örtliche O: gegenwärtige Aufenthaltsort?
- Situative O: gegenwärtige Situation wird im Bedeutungszusammenhang erfasst?
- O zur Person: aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation bewusst?

Aufmerksamkeit und Gedächtnis

- Konzentration
- Merkfähigkeit
- Gedächtnis

Arbeitshilfe zur geistigen/psychischen Belastbarkeit II

formales Denken

- Verlangsamung
- Umständlichkeit
- Einengung

Affektivität

- Vitalgefühl
- Depressivität
- Hoffnungslosigkeit
- Ängstlichkeit
- Reizbarkeit
- affektive Schwingungsfähigkeit

Aktivitätsniveau und Psychomotorik

- Antrieb

Ohne Einfluß auf die Leistungsbeurteilung

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

Leistungsfall

exakte Festlegung des Beginns einer leistungsrelevanten Einschränkung

- auf ein akutes Ereignis (z.B. Infarkt, Unfall)
- auf eine akute Verschlechterung des Krankheitsbildes (Krankenhausaufnahme)

Hilfsweise ist zurückzugreifen

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

Zeitliche Befristung der Rente wegen Erwerbsminderung

§ 102 Abs. 2 SGB VI:

- Renten wegen Erwerbsminderung idR befristet, sofern rentenrelevante Besserung nicht unwahrscheinlich
- Befristung für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn, auch wiederholt, maximal 9 Jahre

Letzte berufliche Tätigkeit

letzte sozialversicherungspflichtige oder freiwillig versicherte Tätigkeit,
auch bei

- Arbeitslosen
- Sozialhilfeempfängern
- Hausfrauen, -männer
- EM-Rentnern
- geringfügige Beschäftigten
- vom erlernten Beruf abweichender Tätigkeit

Deutsche Rentenversicherung

Rente

Rehabilitation

Formulare und Publikationen

Beratung

Angebote für spezielle Zielgruppen

Bitte wählen Sie aus

los

Sprachauswahl



Wir sichern Generationen

Sie befinden sich hier: > [Erweiterte Suche](#)

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung sollen Beurteilungshilfen zu sozialmedizinischen Fragestellungen geben und die Erstellung fundierter sozialmedizinischer Begutachtungen nach einheitlichen und nachvollziehbaren Maßstäben unterstützen.

Ausgangspunkt für die Erstellung dieser Leitlinien war die Erörterung, Zusammenfassung und Präzisierung von Kriterien und Entscheidungshilfen in der Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationszugang, wie sie aktuell in der täglichen Praxis der sozialmedizinischen Dienste der Rentenversicherungsträger wie auch in den Rehabilitations-Einrichtungen von Bedeutung sind. An der Erstellung dieser Leitlinien haben Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus sozialmedizinischen Diensten verschiedener Rentenversicherungsträger mitgewirkt. Darüber hinaus konnte auf die fachliche Kompetenz Leitender Ärztinnen und Ärzte von Rehabilitations-Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Seit dem Jahr 2007 werden die Leitlinien sukzessive im Rahmen eines Überarbeitungs- und Konsentierungsprozesses mit allen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern abgestimmt.

Die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung enthalten Aussagen zur Beurteilung der

- Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (verminderte Erwerbsfähigkeit, Erwerbsminderung)
- Rehabilitationsbedürftigkeit (Reha-Zugang für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Von einigen Leitlinien steht auch eine Kurzfassung zur Verfügung.

Downloads mit weiteren Informationen, gegliedert nach Indikationen:

Die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung enthalten Aussagen zur Beurteilung der

- Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (verminderte Erwerbsfähigkeit, Erwerbsminderung) oder/und zur
- Rehabilitationsbedürftigkeit (Reha-Zugang für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Von einigen Leitlinien steht auch eine Kurzfassung zur Verfügung.

- ➔ Haut-Krankheiten
- ➔ Krankheiten des Atmungssystems
- ➔ Gastroenterologische und Stoffwechsel-Krankheiten einschließlich Adipositas
- ➔ Herz-Kreislauf-Krankheiten
- ➔ Muskel-Skelett-System- und Bindegewebs-Krankheiten
- ➔ Neubildungen
- ➔ Neurologische Krankheiten
- ➔ Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen
- ➔ Indikationsübergreifende Problembereiche
- ➔ Teilhabe am Arbeitsleben

Maximalleistung (Ergometrie)	Dauerbelastbarkeit	körperliche Belastbarkeit
ca. 75 Watt (ca. 1 Watt/kg KG) ² > 75 - 125 Watt (> 1 - 1,5 Watt/kg KG) 125 - 150 Watt (> 1,5 - 2 Watt/kg KG) ab 150 Watt (> 2 Watt/kg KG)	ca. 50 Watt > 50 - 75 Watt 75 - 100 Watt ab 100 Watt	leicht mittelschwer schwer schwerst

PAPm

kardiopulmonale Funktion

< 25 mm Hg
< 30 mm Hg
30 - 40 mm Hg
40 - 50 mm Hg

normal
leichte Funktionsstörung
mittelschwere Funktionsstörung
mittelschwere bis schwere Funktionsstörung

Sozialmedizinisches Glossar

Sozialmedizinisches Glossar

Leichte Arbeit

Arbeiten, wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen, auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung). Z.B. Tragen von weniger als 10 kg. Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2x pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein

Leichte bis mittelschwere Arbeit:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Mittelschwere Arbeit

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

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

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

Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erhöhen die Arbeitsschwere um 1 Stufe.

Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Sozialmedizinisches Glossar

Schwere Arbeit

Arbeiten wie Tragen von bis zu 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken. Mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung.

Sozialmedizinisches Glossar

Qualitatives Leistungsvermögen

Zusammenfassung der positiven und negativen Leistungsmerkmale für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit

Quantitatives Leistungsvermögen

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

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

bisherige Begriffe, nur noch bei Vertrauensschutz:

- vollschichtig (übliche, ganztägige Arbeitszeit)
- halb- bis untervollschichtig (mindestens die Hälfte der üblichen AZ)
- unterhalbschichtig (weniger als die Hälfte der üblichen AZ)

Sozialmedizinisches Glossar

Ständig:	mehr als 90 % der Arbeitszeit.
Überwiegend:	51 % bis 90 %
Zeitweise:	ca. 10 %
Häufig:	ca. 51 – 90 %, iVm Funktionen gebraucht: - Heben und Tragen, - Bücken, - Bildschirmtätigkeit.
Gelegentlich:	bis zu 5 % iVm Funktionen gebraucht: - Heben und Tragen, - Bücken, - Bildschirmtätigkeit.
Taktgebundene Arbeit:	Arbeitstempo von außen vorgegeben, nicht individuell beeinflussbar

Sozialmedizinisches Glossar

Schichtarbeit

Arbeiten zu wechselnden Tageszeiten oder zu gleichen, jedoch unüblichen Zeiten außerhalb der Tagesschichten. Auch Mehrschichtsysteme mit regelmäßige Nachtarbeit

Früh-/Spätschicht:

Zweischichtsystem mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage.

Zwischen 6.00 - 18.00 h als „Normalschicht“ bezeichnet

Nachtschicht

Arbeiten von 20.00 - 6.00 h, meist im Ein- oder Dreischichtsystem. Nachtarbeit nach Arbeitszeitgesetz erstreckt sich von 23.00 - 6.00 h

Sozialmedizinisches Glossar

Arbeitspausen sind im Arbeitszeitgesetz als Ruhepausen definiert.

Ruhepausen sind Zeiten, in denen der Arbeitnehmer nicht zur Leistung von Arbeit herangezogen werden darf und sich auch nicht zu Arbeitsleistung bereit halten muss.

Ruhepausen umfassen mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 9 Stunden täglich. Eine Aufteilung in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten ist zulässig.

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

Betriebsunübliche Pausen sind Arbeitszeitunterbrechungen, die das im Betrieb übliche Zeitmaß überschreiten

Sozialmedizinisches Glossar

Heben und Tragen:

Bewegen von Lasten in vertikaler (Heben/Senken) und horizontaler (Tragen) Richtung ohne technische Hilfsmittel. Die Einschränkung ist nach Art, Schwere, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

Zwangshaltungen:

Länger dauernde Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, verbunden mit statischer Muskelarbeit (z.B. Überkopfarbeit, mit Armvorhalt, Bücken, Knien). Die zu vermeidenden Zwangshaltungen sind nach Art, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

Sozialmedizinisches Glossar

Wegefähigkeit:

Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Laut Bundessozialgericht muss viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m einschließlich kurzer Pausen jeweils in der Zeit von bis zu 20 Min. zu Fuß zurückgelegt werden können. Die unter den Gesundheitsbedingungen mögliche Benutzung öffentlicher und privater Verkehrsmittel ist zu erörtern.

Besondere Hautbelastungen:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Lärm:

Lärm ist „störender Schall“, der zu Belästigungen oder Gesundheitsstörungen führt. Zur Abschätzung des Risikos von Lärmhörschäden kann als obere noch zulässige Lärmbelastung ein äquivalenter Dauerschallpegel für den 8-Stunden-Arbeitstag von 85 dB (A) angenommen werden.

Eigen- und Fremdgefährdung:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Inhalatorische Belastungen:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Kälte:

Kälte ist störend niedrig empfundene oder schädigende Temperatur. An Arbeitsplätzen mit stärkerer Luftbewegung und/oder hoher Luftfeuchtigkeit wird dem Körper in erhöhtem Maße Wärme entzogen und der Kälteeffekt verstärkt. Bereits bei Temperaturen unterhalb von $+ 15^{\circ} \text{ C}$ kann von Kälteeinwirkung auszugehen sein. Die Möglichkeit, Schutzkleidung zu tragen, ist bei der Beurteilung zu berücksichtigen. Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind an „tiefkalten“ Arbeitsplätzen (ab -25° C) erforderlich.

Im Freien:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Hitze:

Hitze störend hoch empfundene oder schädigende Temperatur. abhängig von Dauer und Art der Wärme (insbesondere Luftfeuchtigkeit), Luftbewegung und muskulärer Belastung.

Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen bei kurzzeitige Belastung ab 35° C CNET (CNET -korrigierte normale Effektiv-Temperatur) bei leichter Arbeit, 33° C CNET bei mittelschwerer Arbeit, 30° C CNET bei schwerer Arbeit vorgeschrieben.

Bei Dauerbelastung liegt die Grenze bei 32° C CNET (leichte Arbeit), 30° C CNET (mittelschwere Arbeit) und 28° C CNET (schwere Arbeit)

Sozialmedizinisches Glossar

Mechanische Schwingungen:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Akkordarbeit:

Unterscheidung zwischen Stück- und Zeitakkord sowie Einzel- und Gruppenakkord.

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

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

Zeitdruck:

Im Vergleich zur Normalleistung erhöhte Anforderung von Arbeitsaufgaben. Normalleistung ist diejenige Leistung, die von jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheits-schädigung auf Dauer in der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit erreicht werden kann.

Sozialmedizinisches Glossar

Konzentration:

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

Verantwortung:

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

Aufmerksamkeit:

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

Sozialmedizinisches Glossar

Umstellungs- und Anpassungsvermögen:

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

Gliederung

- Einstieg
- Gesetzliche Grundlagen für Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen Erwerbsminderung
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters
- Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen Gutachtens für die gesetzliche Rentenversicherung
- Qualitätssicherung

Grundlagen der Qualitätssicherung

Strukturqualität

bezeichnet die notwendigen Rahmenbedingungen wie räumliche, sächliche und personelle Ausstattung, inklusive Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, Leistungsangebote und Konzepte, um die geforderten Standards der Prozess- und Ergebnisqualität zu erreichen.

Prozessqualität

bezieht sich auf die Planung, die Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung.

Ergebnisqualität

bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht wurden.

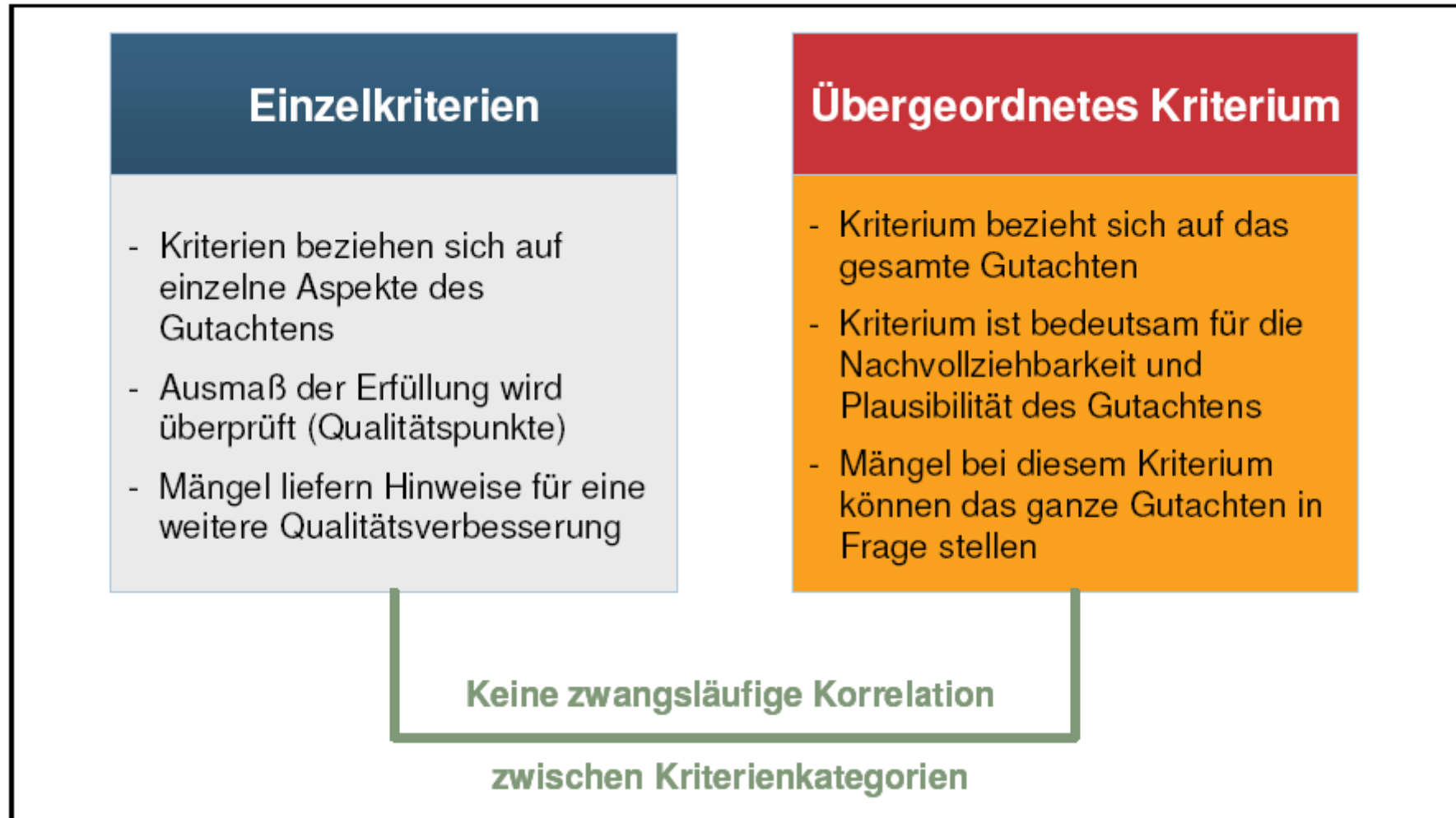
Qualitätssicherung - Peer Review-Verfahren

- Ursprung ist das amerikanische Gesundheitswesen
 - Anfänge in den 50er Jahre
 - Standardrepertoire externer Qualitätssicherung durch Versicherungsgesellschaften (MEDICARE)
 - Landesweit organisierte Professional Standard Review Organizations (PROs)
- Definition:
 - Anonyme Einzelfallprüfung durch erfahrene und entsprechend geschulte Fachkollegen (Dorenburg, 1999)
- langfristig etabliert in der QS der Reha-Entlassungsberichte der DRV

Peer Review-Verfahren – Qualitätskriterien

- Zielgröße des Qualitätssicherungsverfahrens
 - Ergebnisqualität von sozialmedizinischen Gutachten
- Zwei Kriterienebenen
 - Einzelkriterien
 - Übergeordnetes Qualitätskriterium
- Unterschiedliche Bewertungssystematik der beiden Kriterienebenen
 - Einzelkriterien mit einem 4-Kategorien-Bewertungssystem Keine Mängel – leichte Mängel – deutliche Mängel – gravierende Mängel
 - Übergeordnetes Kriterium mittels Ampelbewertung
Bewertung mittels einer der drei Ampelfarben Rot, Gelb, Grün

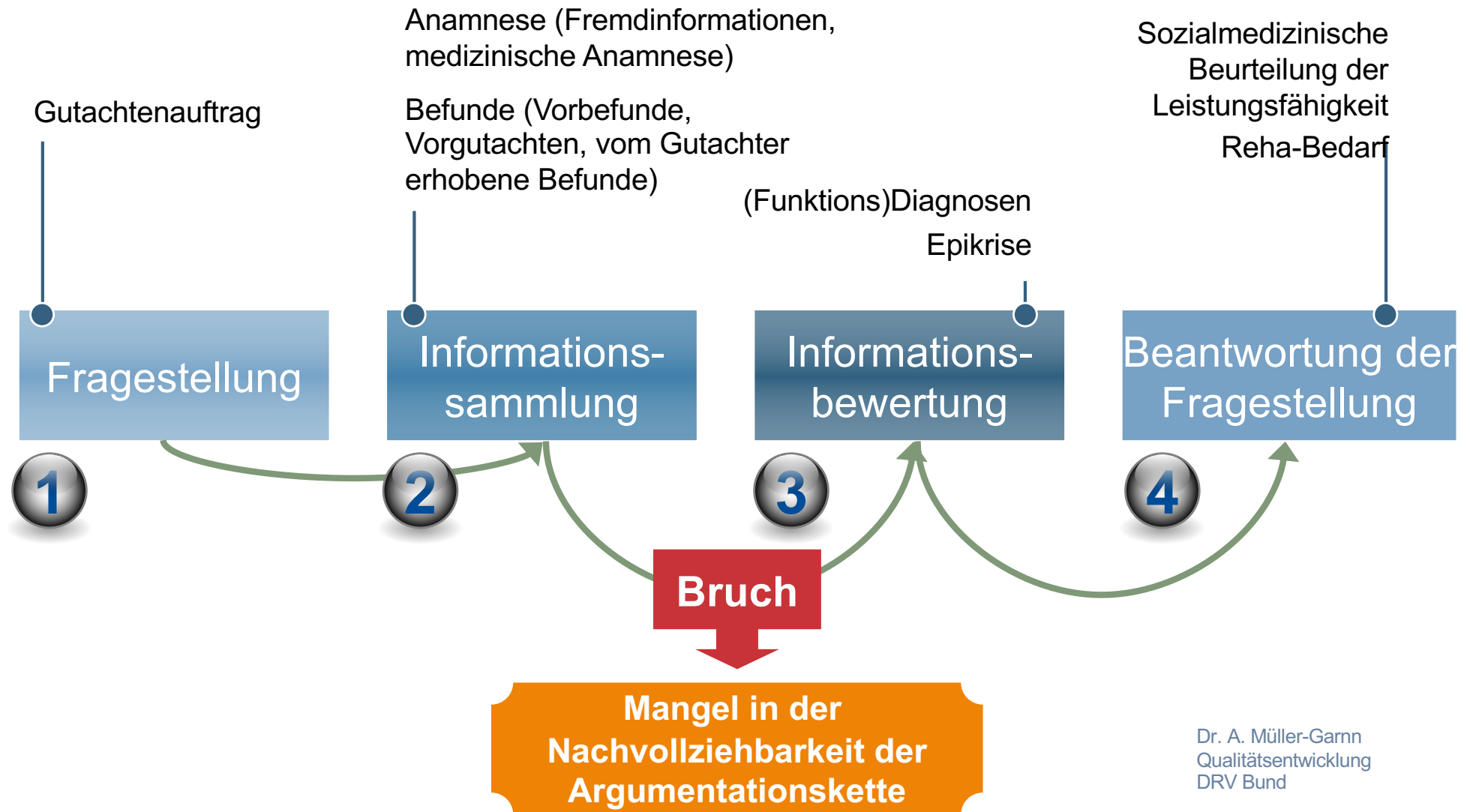
Peer Review-Verfahren – Ergebnisqualität



Peer Review-Verfahren – Definition der Einzelkriterien

A	Formale Gestaltung	•Einhaltung der Gliederungsvorgaben gemäß DRV-Schrift 21 •Inhalte adäquat zu Gliederungspunkt •Verwendung der Formularsätze (Deckblatt, Schlussblätter 1 und 2)
B	Verständlichkeit	•Allgemeinverständliche Sprache •Vermeiden von Abkürzungen •Richtige Anwendung der sozial-medizinischen Terminologie
C	Transparenz	•Darlegen der Kriterien zur Beurteilung •Nennen der Verfahren, Methoden u. Instrumente
D	Vollständigkeit	•Dokumentation der relevanten Befunde •Beantwortung der sozial-medizinischen Fragestellungen
E	Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen	•allg. anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse ist zu berücksichtigen •Festgelegt über: Publikationen, Leitlinien (DRV, Fachgesellschaften)
F	Wirtschaftlichkeit	•Ausrichten der Verfahren, Methoden u. Instrumente nach QS-Standards •Beschränkung auf das Notwendige, Zweckmäßige u. Ausreichende

Nachvollziehbarkeit Argumentationskette zur Bewertung



Dr. A. Müller-Garnn
Qualitätsentwicklung
DRV Bund

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Dr. Ulrich Eggens

Fon: 033201 31245, 0151 25044578
ueggens@t-online.de

