

Leitfaden

für die

arbeitsamtsärztliche Begutachtung

derzeit in Überarbeitung

Zwischenstand: 1. September 2000

Herausgeber:
Bundesanstalt für Arbeit
Hauptstelle, Ärztlicher Dienst
Postfach
90327 Nürnberg

Hinweise

1. Wenn in diesem Leitfaden Personen in der männlichen Form angesprochen werden (Arbeitsamtsarzt, Vermittler, Berater ...), ist die weibliche Form (Arbeitsamtsärztin, Vermittlerin, Beraterin ...) gleichermaßen gemeint.
2. Die Bezeichnung „Fachabteilung“ ist bei der Neuorganisation der Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen des Konzeptes „Arbeitsamt 2000“ teilweise durch den Begriff „Kundenbereich“ ersetzt worden. In diesem Leitfaden wird sie aus praktischen Gründen als übergeordnete Bezeichnung für die gutachtenveranlassenden Stellen beibehalten.

Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung

Stand: 01.09.2000

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeit (BA)

Redaktion: Dr. med. Dipl. Psych. Walther Heipertz, Leitender Arzt der BA
Hauptstelle, Ärztlicher Dienst (ÄD)
Postfach, 90327 Nürnberg

Alle Rechte vorbehalten

Nur für den Dienstgebrauch

Vorwort

Der vorliegende „Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung“ verdankt seine Entstehung dem Bedürfnis, die Arbeit der ärztlichen Gutachter der Bundesanstalt für Arbeit (BA) auf ein gemeinsames Fundament zu stellen. Dazu kommt, dass neben den hauptamtlichen Arbeitsamtsärztinnen und Arbeitsamtsärzten auch Kolleginnen und Kollegen aus ganz unterschiedlichen Bereichen der Medizin als Vertragsärzte gutachterlich für die Arbeitsämter tätig sind. Ein wichtiges Ziel war es also, auch den Gutachtern, die nicht von vornherein mit den sozialmedizinisch wichtigen Begriffen vertraut sind, eine „Orientierungshilfe“ zu geben.

Mehr als erwartet hat sich aber in den letzten Jahren eine weitere Funktion des Leitfadens in den Vordergrund geschoben: Er ist Anregung und z.T. auch Plattform für die trägerübergreifenden Bemühungen um die Fundierung und Einheitlichkeit der leistungsdagnostischen Schlussfolgerungen im Gutachten geworden. Immer noch gibt es zur Frage der Leistungsfähigkeit bei verschiedenen Funktions- und Gesundheitsstörungen wenig Fachliteratur, auf die man bei der Begutachtung - nicht nur für die Arbeitsverwaltung - zurückgreifen könnte. Der „Leitfaden“ hat deshalb auch schon die Aufmerksamkeit von Ärzten anderer Sozialleistungsträger und nicht zuletzt auch das Interesse der Sozialgerichtsbarkeit gefunden.

Der allgemeine Teil des „Leitfadens“ enthält Erläuterungen zur Terminologie im arbeitsamtsärztlichen Gutachten.

Im speziellen Teil folgen Übersichten über Funktionsstörungen von Organsystemen, von Körperregionen und von psychischen Beeinträchtigungen mit Hinweisen zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit.

Ein schematisches Vorgehen anhand des „Leitfadens“ ist bei der Begutachtung keinesfalls beabsichtigt. Die Umstände des Einzelfalles müssen immer ausschlaggebend sein.

Die einzelnen Artikel wurden von Ärzten der Arbeitsämter, der Landesarbeitsämter und der Hauptstelle der Bundesanstalt für Arbeit verfasst bzw. aktualisiert. Maßgeblich mitgewirkt haben in einzelnen Kapiteln von Anfang an auch Ärzte anderer Institutionen und Träger. Ihnen, wie auch den Lesern, die sich kritisch „eingemischt“ haben, sei an dieser Stelle für ihr Engagement gedankt.

Mit der Entscheidung, den „Leitfaden“ in Zukunft im Arbeitsamtsinformationssystem der BA sowie im Internet noch mehr Lesern zur Verfügung zu stellen, wird einerseits dem bisher gezeigten breiten Interesse Rechnung getragen und sollen andererseits die notwendigen Aktualisierungen erleichtert werden.

1. September 2000

Dr. W. Heipertz

Inhalt

Hinweise	2
Vorwort	3
Inhalt	4
ALLGEMEINER TEIL	6
Anleitung für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung	6
Vorbemerkung	6
Funktion und Bedeutung ärztlicher Gutachten in der Arbeitsverwaltung	6
Der Befundbogen zur Dokumentation von Anamnese und Befund	7
Das ärztliche Gutachten	12
Ergänzende Hinweise zur Durchführung der Begutachtung	14
Formulare	14
Literaturhinweise	15
Sozialmedizinische Begriffe	28
Arbeitsmedizinische Begriffe	33
Aufklärungspflicht des Arztes	39
Anamnese- und Befundbogen	41
Hinweise zur Standardanamnese	41
Ergänzende Anamnese bei Unfall	43
Ergänzende Anamnese bei Hauterkrankungen	44
Ergänzende Anamnese bei Diabetes mellitus	51
Ergänzende Anamnese bei zerebralem Anfallsleiden	52
Funktionsdiagnose	53
Verdachtsdiagnose	54
Formulierung arbeitsamtsärztlicher Gutachten	55
Berufskundliche Aussagen	56
Verwertung von Vorgutachten - Gutachten nach Aktenlage	57
Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der beruflichen Eingliederung Behinderter	59
Zusammenarbeit mit der Leistungsabteilung: Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe (Alg/Alhi)	61
Berührungspunkte zwischen Leistungsabteilung und Ärztlichem Dienst	61
Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung	61
Arbeitslosengeld und Leistungsvermögen	63
Arbeitslosenhilfe und Leistungsvermögen	63
Erstattungspflicht des Arbeitgebers (§ 128 AFG)	64
Empfehlungen für den Gutachter	64
Arbeitsamtsärztliche Begutachtung zur Frage der Arbeitsaufgabe bzw. Arbeitsablehnung	66

Zumutbarkeit und Mitwirkung, Mitwirkungspflicht des Probanden	67
Grenzen der Mitwirkung	67
Zumutbarkeit von ärztlichen „Eingriffen“	67
Grundlagen der Schweigepflicht, des Datenschutzes und der Akteneinsicht im Ärztlichen Dienst	69
Vorbemerkung	69
Schutz persönlicher Daten	69
Offenbarung / Übermittlung personenbezogener Daten aus Unterlagen des Ärztlichen Dienstes	70
Einsichtsrecht	70
Rechtsvorschriften	71
Sonderfälle der Begutachtung	76
Feststellung der Berufskraftfahrtauglichkeit	76
Arbeitsamtsärztliche Begutachtung der Notwendigkeit von Leistungen der Kraftfahrzeughilfe	77
Personalärztliche Gutachten und Stellungnahmen	78
Rechtsgrundlagen	78
Untersuchungen auf tarifrechtlicher Grundlage	78
Untersuchungen auf beamtenrechtlicher Grundlage	80
SPEZIELLER TEIL	89
Leistungsbeurteilung bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	89
Zur Systematik	89
Zur Begutachtung	89
Erkrankungen der Schulterregion	91
Erkrankungen der Ellenbogenregion	92
Erkrankungen der Hand und des Handgelenks	93
Erkrankungen der Hüftregion	94
Erkrankungen der Knieregion	95
Erkrankungen der Sprunggelenke und des Fußes	97
Erkrankungen der Halswirbelsäule	99
Erkrankungen der Brust- und Lendenwirbelsäule	101
Leistungsbeurteilung bei inneren Erkrankungen	103
Erkrankungen der Lunge und der Atemwege	104
Erkrankungen des Herzens	106
Hypertonus	109
Koronare Herzkrankheit	112
Erkrankungen der Blutgefäße der unteren Extremitäten	114
Magen- und Darmerkrankungen	115
Erkrankungen der Leber	116
Erkrankungen des Stoffwechsels / Diabetes mellitus	118
Erkrankungen der Nieren	119
Rheumatische Erkrankungen	121
Fibromyalgie-Syndrom (F[M]S)	123
Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen	124
Diagnosenübersicht	125
Kriterien zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen	128
Psychotische Erkrankungen	131
Nichtpsychotische Erkrankungen	134
Neurologische Erkrankungen	136
Epilepsie	136
Stichwortverzeichnis	142

Allgemeiner Teil

Anleitung für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung

Vorbemerkung

Diese Anleitung ist als Einführung in die arbeitsamtsärztliche Begutachtung für neu eingestellte Ärzte und Vertragsärzte der Bundesanstalt für Arbeit (BA) gedacht. Sie soll ihnen eine rasche Einarbeitung ermöglichen. Auch dem erfahrenen Gutachter kann sie einige Hinweise bieten.

Das arbeitsamtsärztliche Gutachten muss unparteiisch und objektiv sein. Der Gutachter trifft selbst keine Verwaltungsentscheidung, sondern liefert den dafür zuständigen Stellen der BA Entscheidungshilfen in Fragen medizinischer Relevanz, etwa wenn es um die gesundheitliche Eignung für eine Tätigkeit, einen Arbeitsplatz oder eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation geht.

Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Gutachter hat als Grundlage von Entscheidungen der Fachabteilungen des Arbeitsamtes oft weitreichende Auswirkungen auf die persönlichen Umstände des Ratsuchenden und die Verwendung von Mitteln der Versicherungsgemeinschaft. Eine sorgfältige Abfassung des Gutachtens ist daher zwingend notwendig.

In der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes ist der Gutachter - im Rahmen des aktuellen Standes der Wissenschaft - frei und nicht an Weisungen gebunden. Er ist nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen.

Funktion und Bedeutung ärztlicher Gutachten in der Arbeitsverwaltung

Jeder Arzt, der erstmalig für die BA tätig wird, stellt sich zunächst die Frage: „Mit welchen gutachterlichen Problemen tritt man an mich heran?“ Die vielfältigen Anlässe, die ein ärztliches Gutachten notwendig werden lassen, sind in Runderlassen aufgeführt. Um nicht zu verwirren, sollen hier nur einige wesentliche Fragestellungen im Überblick angesprochen werden.

Der Ärztliche Dienst berät die Fachkräfte des Arbeitsamtes für Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, Rehabilitation und Leistungsgewährung in arbeits- und sozialmedizinischen Fragen. Gelegentlich benötigt auch die Verwaltung des Arbeitsamtes den Sachverstand des Ärztlichen Dienstes.

1. Der Arbeitsvermittler/-berater schaltet den Arzt ein, wenn er klären will, ob ein Arbeitssuchender einer vorgesehenen Tätigkeit gesundheitlich gewachsen ist. Er veranlasst eine ärztliche Begutachtung insbesondere dann, wenn Zweifel an der Eignung, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Betroffenen bestehen oder wenn von ihm gesundheitliche Einschränkungen vorgebracht werden.
2. Um eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll einleiten zu können, erwartet der Reha-Berater vom ärztlichen Gutachter die Darstellung eines positiven und negativen Leistungsbildes. Dieses hilft ihm bei der Beurteilung, ob der Behinderte mit den verbliebenen Funktionen den erlernten Beruf bzw. die zuletzt aus-

geübte Tätigkeit weiterhin verrichten kann, ob technische Hilfen am Arbeitsplatz notwendig sind, oder ob eine Umschulung aus gesundheitlichen Gründen erforderlich wird.

3. Der Berufsberater benötigt die Beurteilung des Arztes zur Beratung Jugendlicher, wenn sich Hinweise auf körperliche, geistige oder seelische Behinderungen finden, insbesondere wenn Bedenken gegen die Berufswahl bestehen oder wenn mit wesentlichen Leistungseinschränkungen zu rechnen ist. Ein anderer typischer Anlass für die Begutachtung ist gegeben, wenn ein Jugendlicher seine Berufsausbildung infolge gesundheitlicher Störungen abgebrochen hat. Weiterhin veranlasst die Berufsberatung Gutachten zur Feststellung der Eignung für Berufe mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen, z.B. für haut- und bronchialbelastende Berufe wie Bäcker, Friseur, Maler, Lackierer, Florist, medizinische Assistenzberufe, Tischler, Maurer etc.. Auch vor der Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung, beispielsweise in Berufsbildungswerken, wird ein ärztliches Gutachten eingeholt. In allen Fällen soll das Gutachten eine fundierte Beratung sicherstellen, so dass der Jugendliche nicht wegen schon vorher absehbarer gesundheitlicher Probleme seine Berufsausbildung abbrechen muss oder nach erfolgter Berufsausbildung den neuen Beruf nicht ausüben kann.

Der Befundbogen zur Dokumentation von Anamnese und Befund

(siehe auch S. 41 ff)

Der im Ärztlichen Dienst der BA verwendete „Befundbogen“ dient der Dokumentation von Anamnese und klinischem Untersuchungsbefund. Seine Gliederung soll zu einer schnellen Orientierung beitragen. Normalbefunde werden in der Regel nur angekreuzt, weitere Schreibarbeiten erübrigen sich. Krankhafte oder abweichende Befunde werden zusätzlich mit Worten beschrieben. So heben sie sich deutlich von den Normalbefunden ab und gestatten einen Überblick. Im Einzelfall ist es allerdings sinnvoll, auf Normalbefunde deutlich hinzuweisen.

Zu „I. Arbeitsschicksal“:

Oft weist das Arbeitsschicksal bereits auf körperliche, geistige oder seelische Einschränkungen und Besonderheiten hin. Nicht selten lassen sich aus dem Arbeitsschicksal zumutbare Belastungen für eine Ausbildung oder eine Umschulung bis zu einem gewissen Grad abschätzen. Soweit im Untersuchungsantrag nicht ausreichend geschildert, sollte der Bildungsweg wie Schule, Lehre und Berufsausbildung immer erfragt werden, desgleichen jeder Tätigkeits- oder Berufswechsel. Wichtig sind auch Angaben zu Befreiungen vom Sportunterricht sowie zu längeren krankheitsbedingten Unterbrechungen der Ausbildung bzw. Tätigkeit. Meist genügt es, den Berufsweg zusammenzufassen (z.B. 3 Jahre Bauarbeiter, 6 Jahre Kraftfahrer, 5 Jahre Textilvertreter usw.).

Bei Änderung der Tätigkeit interessieren vor allem die Gründe: Waren es gesundheitliche Ursachen, die den Tätigkeitswechsel veranlassten? Wenn eine Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt oder aufgegeben wurde, ist eine genaue Beschreibung des Arbeitsplatzes für die ärztliche Beurteilung erforderlich. Diese Sachverhalte sind im Antrag auf ärztliche Begutachtung von der gutachtenveranlassenden Stelle aufzuführen. Diese muss sich notfalls durch Rückfragen beim Betrieb um Objektivierung bemühen. Die Arbeitsbelastungen und Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes sollten jedoch auch vom Arzt aus medizinischer Sicht beim Probanden näher erfragt und beschrieben werden. Im Bedarfsfall kann der Arbeitsamtsarzt auch eine Beurteilung des Arbeitsplatzes vor Ort oder eine Nachfrage beim Betriebsarzt in Betracht ziehen.

Bei Arbeitsaufgabe oder -ablehnung sollte ausführlich festgehalten werden, ob und ggf. welche gesundheitlichen Störungen dabei im Vordergrund gestanden haben. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe, nicht die Situation am Untersuchungstag.

Ergänzend sollte nach den eigenen beruflichen Vorstellungen des Probanden gefragt werden.

Zu „II. Vorgeschichte“ und „III. Sozialmedizinische Daten“:

Eine gründlich erhobene Vorgeschichte ist schon die halbe Diagnose. Es ist daher Aufgabe des Arztes (und nicht der Arzthilfe), die Anamnese zu erheben. Eine gründliche Erhebung der Anamnese kann gleichzeitig ein Vertrauensverhältnis zwischen dem zu Untersuchenden und dem Arzt herbeiführen. Vom Pro-

banden mitgebrachte ärztliche oder amtliche Unterlagen (z.B. Rentenbescheid, Gerichtsurteile bezüglich Krankheits- und Verletzungsfolgen, Schwerbehindertenanerkennung,) sollten in der Anamnese berücksichtigt werden.

Für die richtige Einschätzung des Krankheitsverlaufes ist die Vorgeschichte (Anamnese und Vorbefunde) unerlässlich. Ohne deren Kenntnis ist eine Prognose des weiteren Krankheitsverlaufes kaum möglich. Die Prognose ist in der arbeits- und sozialmedizinischen Beurteilung von größter Wichtigkeit. Daher sollte unbedingt auch auf vorhandene Gutachten zurückgegriffen werden, wenn eine erneute Begutachtung vor Ablauf der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist (siehe hierzu RdErl 128/85, I/ÄD-1927/...) erfolgt (siehe auch S. 57). Relevante Feststellungen aus dem Vorgutachten sind in das neue Gutachten einzuarbeiten. Jedoch sollten Vorgutachten dem neuen Gutachten nicht einfach als Kopie beigelegt werden, weil dies die Gutachtenakte unnötig aufblähen würde und weil nicht alle Aussagen des Vorgutachtens Bestand haben müssen.

Die **Familienanamnese** interessiert in arbeitsmedizinischer Hinsicht, wenn z.B. anlagebedingte Krankheiten oder Behinderungen an bestimmten Arbeitsplätzen ein Aufflackern dieser Krankheitsanlage erwarten lassen. Soweit sie für die Vorgeschichte des zu Begutachtenden bedeutungslos sind, kann auf die Angabe von Todesursachen oder schweren Erkrankungen von Familienangehörigen verzichtet werden. Aus der Familienvorgeschichte interessieren z.B.: Nerven- und Geisteskrankheiten, Anfallsleiden, allergische Erkrankungen, atopische Hautdiathese, Bronchialasthma, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs und Tuberkulose.

Die **Eigenanamnese** soll stichwortartig in zeitlicher Reihenfolge die wesentlichen früheren Gesundheitsstörungen aufführen. Aus der Dauer einer stationären Krankenhausbehandlung oder aus der Länge einer Arbeitsunfähigkeit lassen sich bedingt Rückschlüsse auf die Schwere einer Erkrankung ziehen. Um Rückfragen zu ermöglichen, sollte der Name des Krankenhauses und/oder des behandelnden Arztes sowie dessen Fachgebiet festgehalten werden. Bei Arbeits- und anderen Unfällen sind stets Unfalldatum, Art der Verletzung und Behandlung, Kostenträger und evtl. der Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit (bei bleibenden Funktionsstörungen) zu dokumentieren (siehe auch S. 43). Liegen verschiedene Unfallfolgen mehrerer Unfälle vor, so sind die Folgen grundsätzlich den jeweiligen Unfallereignissen zuzuordnen. Auch sind die jeweils zuständigen Versicherungsträger festzuhalten. Bei schweren Erkrankungen sind Verlauf und

zurückgebliebene Folgen zu erwähnen, ggf. auch eine folgenlose Abheilung. Es empfiehlt sich, nach Röntgen- und Laboruntersuchungen zu fragen, um zu prüfen, ob eine Rückfrage beim voruntersuchenden Arzt oder eine Kontrolluntersuchung erforderlich ist.

Bei Anfallskranken ist die Erhebung der Anfallsanamnese einschließlich der Art und Häufigkeit von Anfällen notwendig. Die medikamentöse Behandlung mit Antiepileptika muss vermerkt werden (siehe „Ergänzende Anamnese bei zerebralem Anfallsleiden“, S. 52).

Soweit Erkrankungen oder Heilverfahren für die Beurteilung wesentlich sind, sollten Facharztbefunde und Berichte vom behandelnden Arzt, von Krankenhäusern und Reha-Kliniken, von der Krankenversicherung bzw. deren Medizinischem Dienst (MDK) oder vom Rentenversicherungsträger angefordert werden.

Ergiebig ist oft auch die Beiziehung von Bundeswehrunterlagen, die zentral im Institut für Wehrmedizinallstatistik und Berichtswesen, Bergstraße 38, 53424 Remagen, archiviert werden und dort unter Nennung der Personenkennziffer angefordert werden können.

Bei allen Anforderungen bzw. Beiziehungen der vorgenannten ärztlichen Unterlagen sind die Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht sowie die Übermittlungsvorschriften nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, d.h., dass für jeden angesprochenen Arzt eine gesonderte Schweigepflichtentbindung beigelegt werden muss. Eine pauschale Schweigepflichtentbindung ist nicht zulässig (siehe auch „Grundlagen der Schweigepflicht, des Datenschutzes und der Akteneinsicht im Ärztlichen Dienst“, S. 69).

Oftmals sind subjektive Beschwerden bezüglich körperlicher, seelischer oder nervlicher Belastbarkeit des zu Begutachtenden bereits im Gutachtenantrag festgehalten. Da in der Beurteilung später auf sie eingegangen werden muss, ist es ratsam, sie in der Vorgeschichte durch Fragen nach früheren Behandlungen, nach Befunden und Spezialuntersuchungen zu ergänzen. Ggf. ist auch zu erfragen: Wie lange, wie oft und wann bestand Arbeitsunfähigkeit? Wurde Rentenantrag gestellt? Läuft ein Sozialgerichtsverfahren? Gerade auch im Widerspruchsverfahren sind die eigenen Angaben des Untersuchten wichtig.

Manche Probanden aggravierern bei der Schilderung ihrer Beschwerden, andere dissimulieren oder verschweigen sie. Psychiatrische Erkrankungen werden häufig als „nervöse Störungen“ oder als „Nervenzusammenbrüche“ umschrieben. Bei solchen Andeutungen sollte der Proband detailliert nach den näheren Um-

ständen befragt werden. Für eine zuverlässige Beurteilung ist die genaue Diagnose unerlässlich.

Das Erfragen von psychischen Befindensstörungen oder Krisen und charakterlichen Besonderheiten kann schwierig sein. Dennoch ist es notwendig, um das Krankheitsgeschehen und die individuelle Problematik besser verstehen zu können. Der Arzt darf den Berater von den seelischen Problemen und Erkrankungen des Probanden jedoch nur soweit informieren, dass dieser ihm Tätigkeiten bzw. Arbeitsplätze vorschlagen kann, denen er gewachsen ist.

Die Vorgeschichte sollte auch gynäkologische Erkrankungen erfassen. So ist nach der letzten Menstruation und nach einer bestehenden Schwangerschaft zu fragen.

Zu „IV. Lebensweise“:

Die Frage nach Alkohol- und Nikotinkonsum wird häufig bagatellisierend oder ausweichend beantwortet. Gelegentlich lässt sich eine zuverlässige Antwort erreichen, wenn man von vornherein nach bestimmten Mengen, z.B. nach zwei bis drei Flaschen Bier täglich fragt, die dann entweder zugegeben oder verneint werden. Die Konfrontation mit einem aktuell festgestellten Alkoholgeruch oder der Hinweis auf braun verfärbte Fingerspitzen führt meist zu Zugeständnissen.

Auch die Frage nach Drogenkonsum wird erstaunlich oft und offen bejaht, wenn sie vorsichtig formuliert wird, z.B. „Hatten Sie früher einmal Kontakt zu Drogen?“.

Wichtig ist auch die Frage nach sportlichen Betätigungen oder Hobbys. Diese Angaben können Aufschluss über die körperliche Belastbarkeit und über die vom Probanden an sich selbst gestellten Leistungsanforderungen geben.

Zu „V. Jetzige Beschwerden“:

Die vom Probanden geschilderten derzeitigen Beschwerden sind im Hinblick auf die arbeitsmedizinische Belastbarkeit zu ergänzen. Dem Probanden sollen bei der Frage nach seinen Beschwerden die Antworten nicht in den Mund gelegt werden. Zur differentialdiagnostischen Klärung des Krankheitsbildes trägt auch der Hinweis auf fehlende Krankheitszeichen bei, wie z.B. „Keine Atemnot bei körperlicher Belastung, keine Schwellung der Füße, kein gehäuft auftretendes nächtliches Wasserlassen“.

Abschließend ist es im Hinblick auf spätere Rückfragen zweckmäßig, den Untersuchten zu

fragen, wie er seine Leistungsfähigkeit selbst einschätzt. Art und Umfang der medikamentösen, diätetischen und physikalischen Behandlung lassen Rückschlüsse auf die Schwere der Krankheit zu.

Zu „VI. Untersuchungsbefund“:

Um der Arzthilfe ein kontinuierliches Schreiben zu ermöglichen, ist es zweckmäßig, die vorgegebene Reihenfolge bei der Untersuchung einzuhalten. Normalbefunde bedürfen nur ausnahmsweise einer Erläuterung, wenn aufgrund der Vorgeschichte oder von Angaben im Gutachtenantrag ein krankhafter Befund zu erwarten, tatsächlich aber nicht zu erheben ist.

Wird z.B. in der Vorgeschichte ein chronisches Bronchialasthma angeführt, jedoch am Untersuchungstag kein krankhafter Lungenbefund erhoben, dann sollen unter „Lunge“ bei „Atemgeräusch“ und „Nebengeräusche“ die Normalbefunde angekreuzt werden. Zusätzlich ist zu vermerken: „Über allen Lungenpartien keine Nebengeräusche“ o.ä. Bei Angaben über Kniebeschwerden sollte bei fehlendem krankhaften Befund verzeichnet werden: „Kniegelenke frei beweglich, normale Gelenkkonturen“ usw.. Damit gibt der Gutachter zu erkennen, dass er die Vorgeschichte während der Untersuchung berücksichtigt hat.

Im freien Teil des Befundbogens sind Abweichungen und pathologische Befunde zu beschreiben, aus denen sich die Diagnosen ableiten lassen. Besonderer Wert ist hier auf die Funktionsbeschreibung zu legen. So sagt die Formulierung „Zustand nach supracondylärer Oberschenkelfraktur rechts mit Beugebehinderung des Kniegelenks“ wenig aus. Erst die genaue Beschreibung gibt Auskunft über Beinverkürzungen, Schwellungen und Muskelatrophien sowie über das Ausmaß von Funktionen wie Beugen, Strecken, Innen- und Außenrotation. Auch komplexe Funktionen wie das Gehen und Stehen bzw. deren Behinderungen sollten dokumentiert werden. Nur eine exakte Dokumentation schafft eine Grundlage zur Beantwortung späterer Rückfragen oder ergänzender Fragestellungen.

Oft steht der Gutachter vor der Frage, wie weit er in der Diagnostik gehen muss und welche eingreifenden diagnostischen Maßnahmen noch zumutbar sind. Der Umfang einer arbeitsmedizinischen Untersuchung hat sich nach der Bedeutung der Fragestellung und nach der Wertigkeit des Anlasses zu richten. Das Abwägen zwischen der Gründlichkeit der Untersuchung einerseits und dem angemessenen Umfang und der Zumutbarkeit von diagnostischen Maßnahmen einschließlich der Be-

rücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte andererseits bleibt keinem Gutachter erspart.

Zu „2. Kopf und Hals“:

„Mundhöhle“: Bei Anfallskrankheiten ist nach etwaigen Zungenbissnarben zu suchen. Drogensüchtige können Einstichstellen im Bereich der Mundschleimhaut aufweisen. Bei Alkoholkranken finden sich häufig ein Zungentremor und ein ausgeprägt kariöses und lückenhaftes Gebiss.

„Sprache“: Die Sprache ist zur Verständigung sehr wichtig. Eine unverständliche, verwaschene oder durch Stottern/Stammeln beeinträchtigte Sprache ist bei Tätigkeiten mit Publikumsverkehr hinderlich und daher zu dokumentieren.

Zu „3. Sinnesorgane“:

Augen:

Ein Sehtest mit dem Sehtestgerät oder mit Sehprobentafeln einschließlich der Prüfung des Farbsinnes und des räumlichen Sehens hat immer zu erfolgen. Bei vielen Brillenträgern ist die Sehschärfe ungenügend ausgeglichen. Liegen größere Normabweichungen vor, ist eine Brillenkorrektur durch den Augenarzt zu empfehlen.

Ohren:

Eine Prüfung des Hörvermögens ist stets notwendig. Zur groben Orientierung dient die Hörprüfung mittels Flüstersprache. Bei höhergradigen Hörstörungen sind audiometrische Untersuchungen angezeigt. Bei differenzierten Fragestellungen wie z.B. der Unterscheidung zwischen Schalleitungs- und Schallempfindungsstörungen sollte ggf. der Facharzt eingeschaltet werden. Im Befundbogen ist auch das Tragen von Hörgeräten zu vermerken.

Zu „4. Herz und Kreislauf“:

Zur Beurteilung der Herzleistung reicht der klinische Befund oft nicht aus. Funktionsprüfungen, Röntgenaufnahmen, EKG, Phonokardiogramm, Ergometrie, Echokardiographie etc. sind ggf. erforderlich. Zur Stützung der Diagnose „Bluthochdruck“ genügt eine einmalige Blutdruckmessung nach Riva-Rocci nicht. Sinnvoll ist eine Kontrollmessung in einem gewissen zeitlichen Abstand, z.B. nach 10 Minuten. Eine Vergleichsmessung des Blutdrucks am anderen Arm kann Unterschiede aufdecken. Bei Verdacht auf ein Orthostase-

Syndrom sollte der Schellong-Test durchgeführt werden.

Zu „5. Atmungsorgane“:

Hinweise auf eine eingeschränkte Atemfunktion ergeben sich bereits aus Veränderungen der Atmung des Probanden während des Gesprächs oder beim Aus- und Ankleiden. Die Messung der Atembreite sowie der einfach durchzuführende Test der Vitalkapazität und der Sekunden-Atemstoß (Tiffenau-Test) ergeben wertvolle Hinweise auf restriktive und obstruktive Ventilationsstörungen (siehe auch die Anmerkung S. 11). Allerdings sind diese Verfahren von der Mitarbeit des Probanden und seiner Anleitung durch das Untersuchungspersonal abhängig.

Zu „6. Stütz- und Bewegungssystem“:

„a) Wirbelsäule“:

Zur Feststellung von Wirbelsäulenverbiegungen in der Sagittal- bzw. Frontalebene (Flachrücken, Kyphose, Lordose, Skoliose) ist eine sorgfältige Aufnahme des körperlichen Befundes erforderlich. Hierbei ist auch auf die Ausgleichsfähigkeit der Wirbelsäule zu achten. Wichtig für die Beurteilung von Funktionsbehinderungen sind der Spannungszustand der Muskulatur und Bewegungseinschränkungen einzelner Wirbelsäulenabschnitte. Zur genauen Befunddokumentation ist das Messblatt für die Wirbelsäule zu verwenden. Die von dem Probanden aktiv ausgeführten Bewegungsausschläge werden mit dem Winkelmesser nach der Neutral-Null-Methode gemessen (siehe auch RdErl vom 14.3.1990: „Zusatzbogen für orthopädische Befunde - Messblatt für die Wirbelsäule -“).

„b) Obere Gliedmaßen“, und „c) Untere Gliedmaßen“:

Für die Dokumentation von Gelenkbefunden der oberen und unteren Extremitäten ist der „Zusatzbogen für orthopädische Befunde der Gliedmaßen“ zu verwenden (siehe RdErl vom 11. Juli 1985: „Zusatzbefundbogen für orthopädische Befunde“). Die Messung der aktiven Bewegungsausschläge erfolgt nach der Neutral-Null-Methode. Muskelatrophien, Minderungen der groben Kraft, eine veränderte Beschwielung an Händen und Füßen sowie eine gemessene Beinlängendifferenz sind festzuhalten. Arbeitsmedizinisch bedeutungsvoll und daher ebenfalls festzuhalten sind die verbliebenen Funktionen, z.B. die Gebrauchsfähigkeit der Hände für die Greif- und Haltefunktion. Zur

orientierenden Funktionsprüfung der Motorik der oberen Extremitäten eignen sich u.a. folgende einfache Tests: Nacken-, Schürzen-, Überkopfgreif, Faustschluss, Faustöffnung, Handstreckung, Pinzettengreif, Kleinfinger- und Daumengreif. An den unteren Extremitäten sind die Stand- und Gangsicherheit z.B. durch Prüfung des Einbein-, Fersen- und Zehenspitzenstandes sowie des Seiltänzeranges zu beurteilen.

Varizen sind in Stärke, Ausdehnung und Folgeerscheinungen zu beschreiben (z.B. Pigmentierung, Ulcus, Ulcusnarben, Oedem, Verdickung/Verhärtung des Unterhautgewebes).

Zu „7. Bauch- und Geschlechtsorgane“:

Im Bauchbereich sind z.B. Narben, Veränderungen der Bruchpforten, und Vergrößerungen von Leber und Milz sowie etwaige Resistenzen zu beschreiben.

Zu „8. Nervensystem“:

Die Muskeleigenreflexe der unteren (ASR, PSR) und der oberen Gliedmaßen (TSR, BSR) sowie die direkte und indirekte Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz sollten bei der orientierenden neurologischen Untersuchung auf jeden Fall geprüft werden.

Zur Prüfung der Koordination eignen sich z.B. der Finger-Finger-, der Finger-Nase-Versuch, der Romberg-Test und der Unterberger-Tretversuch.

Jedes Untersuchungsschema zerreißt leicht den Befundzusammenhang. Deshalb sollten Muskelatrophien als Folge von Gliedmaßenverletzungen bei den Extremitätenbefunden beschrieben werden, Atrophien als Folge neurologischer Erkrankungen hingegen bei den Befunden des Nervensystems. Zu achten ist auf Dehnungszeichen der Nervenstränge.

Bei Störungen des vegetativen Nervensystems sollte die Symptomatik angegeben werden.

Zu „9. Psyche“:

Zu beschreiben ist der individuelle psychische Befund.

Zu „10. Haut und Schleimhäute“:

Hautveränderungen sind nach Aussehen, Lokalisation, Ausbreitung und Effloreszenztyp zu beschreiben. Die Angabe einer Diagnose, z.B. Ekzem rechte Hand, genügt nicht.

Wenn eine chronische Hauterkrankung erkennbar ist, ist der spezielle Erhebungs- und Befundbogen Hautkrankheiten/Allergien zu verwenden (siehe auch S. 44; RdErl vom 28.04.1995).

Zu „12. Labortechnische Befunde“:

Technische Untersuchungen im Arbeitsamt

Die einfach durchzuführende qualitative Urinuntersuchung mit Teststäbchen ist als einfache Screening-Methode obligatorisch. Ist sie aus irgendeinem Grunde nicht möglich, so sollte dies im Befundbogen vermerkt werden.

Zur Stützung wesentlicher Diagnosen kann der Einsatz weiterer Laboruntersuchungen sinnvoll sein. Klinisch-chemische Untersuchungen können wirtschaftlich im allgemeinen nur noch in darauf spezialisierten Fremdlabors erbracht werden.

Die dem Untersucher zur Verfügung stehenden Untersuchungsgeräte wie z.B. Sehtestgerät, Audiometer, Lungenfunktions- und EKG-Gerät sind bei entsprechenden Hinweisen einzusetzen. Das Merkblatt M 41, Sondernummer 3 / Februar 1998 der Informationen des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit, enthält eine Zusammenstellung von Indikationen für die Nutzung dieser Geräte.

Technische Zusatzuntersuchungen außerhalb des Arbeitsamtes und fachärztliche Zusatzuntersuchungen

Zur Erhärtung von Diagnosen, die für die Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind, werden zusätzliche technische Untersuchungen (Röntgen, Labor etc.) benötigt, wenn das Ziel der Begutachtung ohne sie nicht zu erreichen ist.

Fachärztliche Zusatzuntersuchungen werden immer dann notwendig, wenn die erforderliche Diagnostik die eigenen Möglichkeiten übersteigt. Dabei genügt oft ein fachärztlicher Befundbericht, der vom arbeitsamtsärztlichen Gutachter auszuwerten ist. Aus der Dokumentation der Vorgeschichte oder des Befundes muss die Notwendigkeit einer Zusatzuntersuchung ersichtlich sein. Untersuchungsaufträge müssen zielgerichtet und, aus Kostengründen, möglichst begrenzt vergeben werden (z.B. „Erbitte Röntgenuntersuchung der LWS a.p. und seitlich sowie Übersendung Ihres Befundes“). Eine Durchschrift des Auftragsschreibens ist dem Befundbogen beizufügen.

Fachärztliche Zusatzgutachten sind zu veranlassen, wenn das arbeitsamtsärztliche Gutachten ergänzend zu fundieren ist. Eine präzise Fragestellung an den Zusatzgutachter ist

dabei entscheidend wichtig für die Verwertbarkeit.

Eine **stationäre Beobachtung** darf nur dann veranlasst werden, wenn vorher, unter Vorlage sämtlicher Vorbefunde, die Genehmigung des Leitenden Arztes des Landesarbeitsamtes eingeholt wurde.

Zu „VII. Fremdbefunde“:

Da jede Befunderhebung nur den augenblicklichen Status wiedergibt, ist zur Beurteilung des bisherigen Verlaufes die Beiziehung früherer Feststellungen und Befunde von Labor-, Fach- und Klinikärzten notwendig. Im Einladungsschreiben zur arbeitsamtsärztlichen Untersuchung wird der Proband gebeten, vorhandene ärztliche Unterlagen bei seinen Ärzten auszuliehen und zur Untersuchung mitzubringen.

Liegen Vorbefunde bei der Untersuchung nicht vor, so sollten sie, soweit für Begutachtung und Beweisführung notwendig, vom behandelnden Arzt angefordert werden. Dazu muss der Proband den behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.

Fremdbefunde oder Gutachten, die zur Absicherung der Diagnose und des Leistungsbildes notwendig erscheinen, sind zu fotokopieren.

Zu „VIII. Diagnose“:

Die Diagnose soll sich aus allen Abschnitten des Befundbogens, von der Vorgeschichte über die Befunde bis hin zu den Fremdbefunden, ergeben. Die zusammengetragenen Feststellungen dürfen sich nicht widersprechen.

Diagnosen sind in „leistungseinschränkende“ und in „sonstige Gesundheitsstörungen“ in medizinischer Fachsprache zu unterteilen. Dies erleichtert die Abfassung des nachfolgenden Gutachtens. Gelegentlich tragen Befunde, die in vorhandenen ärztlichen Berichten nur als Nebenfunde vermerkt wurden, Wesentliches zur arbeits- und sozialmedizinischen Diagnose bei.

Arbeitsmedizinische Diagnosen sollen, wie jede Diagnose, durch eigene klinische Befunde oder durch Spezial- und Fremdbefunde belegt sein. Die Formulierung „Verdacht auf ...“ ist zu vermeiden (siehe auch S. 54).

Das ärztliche Gutachten

Die Gliederung des Gutachtens beruht z.T. auf datenschutzrechtlichen Erfordernissen. Sie soll

sicherstellen, dass verschiedene Empfänger des Gutachtens (Abteilung Arbeitsvermittlung einerseits, Leistungsabteilung andererseits) nur die jeweils tatsächlich benötigten Informationen erhalten. Die Leistungsabteilung erhält grundsätzlich nur die erste Seite des Gutachtens, während die Abteilung Arbeitsvermittlung das gesamte Gutachten benötigt. (Mögliche Auswirkungen der Strukturänderungen im Rahmen des Projektes *Arbeitsamt 2000* auf eine differenzierte Gutachtenübermittlung sind derzeit noch nicht absehbar.)

Das zweiseitige Gutachtenformular gliedert sich in fünf Abschnitte (I bis V). Es ist so aufgebaut, dass es nach Möglichkeit alle Zielfragen abdeckt. Ergänzende Zielfragen des Auftraggebers sind im allgemeinen nur dann erforderlich, wenn besondere Leistungen von speziellen medizinischen Voraussetzungen abhängig gemacht werden.

Bei der Abfassung des Gutachtens ist zu bedenken, dass es von Laien ausgewertet wird, also auch von diesen verstanden werden muss. Medizinische Fachausdrücke sind daher zu vermeiden bzw. zu umschreiben. Die Krankheitsbilder sind in ihren Auswirkungen, ihrer Prognose und den arbeits- oder sozialmedizinischen Folgen zu erläutern.

Das Gutachten muss übersichtlich und verständlich abgefasst sein. Auch für einen anderen Arzt, der evtl. später aufgrund der ärztlichen Unterlagen weitere Fragen nach Aktenlage beantworten soll, muss es nachvollziehbar sein (z.B. für die Versorgungsverwaltung oder die Rentenversicherung), damit auf eine nochmalige Untersuchung möglichst verzichtet werden kann.

Der Gutachter darf keine Feststellungen rechtlichen Charakters treffen, selbst wenn einmal unzulässigerweise die Frage im Gutachtenantrag so formuliert sein sollte. Er soll ein vollständiges Leistungsbild erstellen und sich zur Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Untersuchten äußern. Er soll nicht feststellen, ob dieser arbeitsunfähig, vermittelbar, verfügbar, berufs- oder erwerbsunfähig ist. Der Gutachter sollte zu eindeutigen Aussagen kommen. Abschwächende Formulierungen wie „meines Erachtens“, „wahrscheinlich“, „möglicherweise“ usw. sollte er vermeiden.

Zu „I. Positives und negatives Leistungsbild“:

Das Gutachten enthält im ersten Abschnitt ein positives [a)], ein negatives [b)] und ein ergänzendes Leistungsbild [c)]. Die Teile a) und b) sind durch Ankreuzen entsprechender Merkmale auszufüllen, Teil c) ist frei, evtl. auch

stichwortartig, zu formulieren. Das ergänzende Leistungsbild soll auf Besonderheiten eingehen, die von den Teilen a) und b) nicht erfasst sind.

So wichtig ein detailliertes Leistungsbild auch ist, so darf es doch nicht zu einer übertriebenen Leistungseinschränkung führen, die den Berater verunsichert und sich als hinderlich bei der Vermittlung oder Eingliederung erweisen kann. Es gilt, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen.

Im schematischen Teil des Leistungsbildes ist zur Arbeitsdauer, zum Arbeitsort, zur Arbeits-schwere und Arbeitshaltung Stellung zu nehmen.

Bei der Arbeitshaltung ist für viele Leiden ein Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen besonders günstig, z.B. bei Wirbelsäulenleiden. Es besteht jedoch die Gefahr, dass der Gutachter in derartigen Fällen schematisch den gleichmäßigen Wechsel dieser Arbeitshaltung empfiehlt. Solche Arbeitsplätze sind jedoch außerordentlich selten, und der Betroffene ist dann oft kaum zu vermitteln. Man sollte sich also entscheiden, welche Arbeitshaltung überwiegend und welche zeitweise möglich ist. Nur in Ausnahmefällen sollte im ergänzenden Leistungsbild der gleichmäßige Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen vorgeschlagen werden.

Das positive Leistungsbild, d.h. die Darstellung der positiven Merkmale des Ratsuchenden, ist sowohl für den Vermittler als auch für den zukünftigen Betrieb wichtiger als das negative.

Im ergänzenden Leistungsbild (Abschnitt c)) soll der Gutachter auf Fähigkeiten eingehen, z.B. das Farbsehvermögen, das Hörvermögen, die geistige Beanspruchung, ob öffentliche Verkehrsmittel benutzt werden können, ob die Gehstrecke begrenzt ist usw..

Im Abschnitt d) sind die Auswirkungen auf die überwiegende oder letzte Tätigkeit, ggf. auch auf den erlernten Beruf darzustellen. Auch Hinweise auf den weiteren Verlauf der Leistungsfähigkeit sowie auf zumutbare Belastungen sollen hier erscheinen.

Der Abschnitt e) dient der Weichenstellung bei möglicher Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger.

Die ärztliche Feststellung einer voraussichtlich bis zu sechs Monate erheblich verminderten Leistungsfähigkeit bzw. einer Leistungsunfähigkeit (§ 125 SGB III) dient der Entscheidung der Leistungsabteilung des Arbeitsamtes über die eigene Zuständigkeit als Sozialleistungsträger. Bei voraussichtlich länger als sechs Monate dauernder Leistungsunfähigkeit im Sinne des § 125 SGB III entscheidet die Leis-

tungsabteilung über eine nahtlose Übergangsleistung der BA bis zur Feststellung von BU oder EU durch den zuständigen Rentenversicherungsträger.

Zu „II. Angaben zu den Zielfragen ...“:

Hier sollen die Zielfragen des Auftraggebers beantwortet werden, soweit sie mit dem Leistungsbild noch nicht beantwortet sind.

Zu „III. Kurzgefasste, laienverständliche Darstellung von Gesundheitsstörungen“:

Hier sind - in laienverständlicher Formulierung - nur diejenigen Gesundheitsstörungen aufzuführen, die zum Verständnis des Leistungsbildes erforderlich sind. Die Übermittlung dieser Angaben an den Vermittler/Berater verletzt nicht die ärztliche Schweigepflicht. Einerseits benötigt der Berater sie für seine Tätigkeit, andererseits erfolgt die Weitergabe mit dem Einverständnis des Betroffenen, das er durch „konkludentes Handeln“ äußert, indem er sich der Untersuchung stellt (siehe auch „Grundlagen der Schweigepflicht, des Datenschutzes und der Akteneinsicht im Ärztlichen Dienst“, S. 69). Mit der Kenntnis der arbeitsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen und den Angaben des Leistungsbildes kann der Vermittler/Berater die Hintergründe von Einschränkungen im Leistungsbild verstehen.

Arbeits- und sozialmedizinisch bedeutungslose Befunde und Diagnosen dürfen aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht nicht genannt werden.

Zu „IV. Arbeitsmedizinische Beurteilung und zusammenfassender Bericht (Epikrise)“:

Die Epikrise ist in zwei Abschnitte [a) und b)] gegliedert.

Nach kurzer Schilderung des Allgemeinzustandes, der psychischen Verfassung und der Verhaltensweise werden die im Vordergrund stehenden Gesundheitsstörungen angeführt und mit den Folgen für die Funktion sowie mit dem voraussichtlichen weiteren Verlauf dargestellt.

Der voraussichtliche Krankheitsverlauf (Prognose) ist in einem arbeitsamtsärztlichen Gutachten ausführlich darzustellen. Wie wird sich die Leistungsfähigkeit, die im positiven und negativen Leistungsbild detailliert dargestellt ist, langfristig ändern, insbesondere verbessern oder verschlechtern? Nur aus dieser Darstellung kann der Berater abschätzen, ob ein Tätigkeitswechsel notwendig ist oder sogar eine Umschulung erforderlich wird.

Anamnestiche Daten oder klinischen Untersuchungsbefunde dürfen nicht mitgeteilt werden (RdErl 18/93).

Das Anforderungsprofil ist, sofern es bekannt ist, im Detail mit dem Leistungsprofil abzugleichen.

Zu „V. Sozialmedizinische Empfehlungen“:

In geeigneten Fällen besteht die Möglichkeit, durch eine medizinische Reha-Maßnahme die Leistungsfähigkeit zu verbessern. Der ärztliche Gutachter kann diese Maßnahmen nur vorschlagen. Die Entscheidung fällt allein der zuständige Kostenträger nach seinen eigenen Rechtsvorschriften.

Ergänzend kann der Gutachter auch die Einschaltung des Technischen Beraters oder des Psychologischen Dienstes vorschlagen oder eine Nachuntersuchung empfehlen. Die Unterstützung des Technischen Beraters ist z.B. bei Rehabilitanden wichtig, die infolge einer Behinderung spezielle technische Hilfsmittel am Arbeitsplatz benötigen. Nachuntersuchungen sind vorzuschlagen, wenn mit einer Änderung der Leistungsfähigkeit des Probanden zu rechnen ist, etwa aufgrund des typischen Krankheitsverlaufes oder nach einem Heilverfahren, einer Operation oder einem Krankenhausaufenthalt.

Ergänzende Hinweise zur Durchführung der Begutachtung

Besprechung mit dem Untersuchten

Das Ergebnis der Untersuchung muss mit dem Untersuchten besprochen werden, soweit es sich auf ärztliche Feststellungen bezieht. Es sollen alle Äußerungen unterlassen und keine Erklärungen abgegeben werden, die versicherungsrechtliche Entscheidungen oder Maßnahmen der bearbeitenden Stelle vorwegnehmen. Neben den medizinischen Tatsachen sind gesetzliche Regelungen, die nicht in den Aufgaben- und Beurteilungsbereich des Arztes fallen, für die Entscheidung maßgebend. Der Arzt wird einzig und allein als Sachverständiger und Berater für das Arbeitsamt tätig. Sein Gutachten dient vorbereitend der Entscheidung der zuständigen Stelle. Der Gutachter sollte darauf hinweisen, dass er Erklärungen und Erläuterungen nur aus der Sicht des Arztes abgibt. Die Verwaltung kann aufgrund gesetzlicher Be-

stimmungen zu anderen Schlussfolgerungen kommen. (Siehe auch „Aufklärungspflicht des Arztes“, S. 39)

Gutachtenabschluss

Das Gutachten ist baldmöglichst abzuschließen. Verzögert sich der Abschluss, so sollte eine Zwischennachricht erteilt werden mit Angabe der Gründe, warum die endgültige Stellungnahme erst später möglich ist. Soweit bereits vorliegende Befunde es zulassen, sollte eine Aussage über die voraussichtliche Leistungsfähigkeit getroffen werden, insbesondere darüber, ob der Untersuchte überhaupt noch in der Lage ist, eine Arbeit zu verrichten. Diese Angabe ermöglicht die Prüfung der Verfügbarkeit durch die Arbeitsvermittlung.

Formulare

Folgende Formulare für die arbeitsamtsärztliche Untersuchung und Begutachtung werden im Ärztlichen Dienst u.a. verwendet:

- Antrag auf ärztliche Begutachtung (ÄD 1 - Blatt 1 und 2)
- Anamneseblatt (ÄD 8) (Einladung mit Fragebogen)
- Laborblatt (ÄD 9)
- Untersuchungsauftrag (für Fremduntersuchung)
- Erhebungsbogen (Hautkrankheiten/Allergien - ÄD 12)
- Auftragschreiben mit Rückantwort (an den behandelnden Hautarzt - ÄD 14)
- Ärztliche Bescheinigung (zur Vorlage bei der Ausländerbehörde) und Ärztlicher Abschlussbericht über die Untersuchung des/der ausländischen Praktikanten/in (8-fach - ÄD 20)
- Ärztliches Gutachten (ÄD 2 - Blatt 1 und 2)

Ein Formularsatz besteht – gleich dem „Antrag auf ärztliche Begutachtung“ – aus drei Blättern: einem weißen Blatt, einem Blatt mit einem grünen Querstreifen und einem Blatt mit einem roten Querstreifen. Seite 2 des Gutachtens wird nur mit zwei Blättern ausgeliefert, weiß und mit grünem Streifen.

⇒ Ausfertigung weiß:

- verbleibt im Ärztlichen Dienst,
 - ⇒ Ausfertigung mit grünem Querstreifen:
wird dem Vermittler/Berater oder der
Verwaltung übersandt,
 - ⇒ Ausfertigung mit rotem Querstreifen:
ist für die Leistungsabteilung vor-
gesehen.
 - Ärztliche Untersuchungsbögen für ausländi-
sche Praktikanten (englisch, französisch,
spanisch; ÄD 21, ÄD 22, ÄD 23)
 - Befundbogen (Erwachsene - ÄD 4)
 - Befundbogen (Jugendliche - ÄD 5))
 - Zusatzbogen (für orthopädische Befunde -
obere/untere Extremität - ÄD 10)
 - Messblatt (für die Wirbelsäule - ÄD 11)
 - Befundbogen (Hautkrankheiten/Allergien -
ÄD 13)
- Sämtliche Befundunterlagen verbleiben im
Ärztlichen Dienst.
- Ein Formular „Ärztliches Gutachten“ und ein
„Befundbogen Erwachsene“ sind nachfolgend
abgedruckt, ferner ein „Messblatt für die Wir-
belsäule“, ein „Zusatzbogen für orthopädische
Befunde“ (obere und untere Extremitäten) und
der „Befundbogen Hautkrankheiten/Allergien“
(siehe S. 18 ff.).

Literaturhinweise

1. Hinweise zur arbeitsamtsärztlichen Begutachtung

Hinweise zur Begutachtung sind in folgenden Ausgaben der „Informationen des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit“ erschienen:

- Lungenfunktionsprüfung 11M/1-5
- Schnelltest-Audiometrie 13/1-2
- Internationales Krankheitsverzeichnis (ICD) – Diagnoseschlüssel 13M/1-8
- Langzeit-EKG in der arbeitsamtsärztlichen Begutachtung 15M/1-2
- Zusatzbogen für orthopädische Befunde (obere/untere Extremitäten) 19M/1-4
- Arbeitsamtsärztliche Untersuchung HIV-Infizierter 30/9-14
- Bildschirmtauglichkeit und gesundheitliche Eignung von Beamtenanwärtern 40/2- 8
- Arbeitshilfen für die „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung Bildschirm-
arbeitsplätze“: 47/3-12
- Neue Berufskrankheiten – Wirbelsäulenerkrankungen 49/2-9
- Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit
Epilepsie 52/5-12

- Übersicht von Fallbeispielen zur Übermittlung ärztlicher Unterlagen 54/3- 8
- Einsatzfähigkeit von Patienten mit chronischer Hepatitis-B- (HBV-) bzw. Hepatitis-C- (HCV-)Infektion im Berufsleben 61/2-4
- Merkblatt für die Nutzung medizinisch-technischer Geräte im Ärztlichen Dienst der BA Sonder-Nr. 3 M41/1-5

2. Sozial- und verkehrsmedizinische Schriften

a) Herausgeber: **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation**, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main

- Arbeitshilfen für die Rehabilitation

Titel	Heft / Ausgabe
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher	1 / 1993
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkranker	2 / 1997
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen	3 / 1993
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten	4 / 1998
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Rheumakranken	5 / 1989
– Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen	6 / 1995
– Arbeitshilfe zur Rehabilitation Krebskranker	7 / 1991
– Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess	8 / 1994
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter	9 / 1993
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten	10 / 1993
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen	11 / 1995
– Arbeitshilfe für die Rehabilitation. Alkohol - Drogen - Medikamente	12 / 1996
– Rehabilitation Behinderter. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. 2. Auflage 1994	
– BAR Wegweiser. Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. 10. Auflage 1998	

- b) Herausgeber: **Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung**, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 500, 53105 Bonn (<http://www.bma.bund.de>)
- Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. November 1996
 - Behinderte und Rehabilitation. Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Januar 1998
 - Eingliederung Behinderter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Broschüre – 2000
 - Berufsbildungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung jugendlicher Behinderter - Erstausbildung – 1999
 - Berufsförderungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Behinderter – Umschulung – 1999
 - Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Januar 2000
- c) Herausgeber: **Bundesanstalt für Straßenwesen**, Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach
- Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 115, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für Neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven 2000.
- d) Herausgeber: **Verband Deutscher Rentenversicherungsträger**
- Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. 5. Auflage. Gustav Fischer Verlag. 1995
- e) Herausgeber: **Bundesanstalt für Arbeit**
- Berufe. Die Datenbank für Ausbildungs- und Tätigkeitsbeschreibungen (im Arbeitsamtsinformationssystem der Bundesanstalt für Arbeit)

Ärztliches Gutachten

☐ mit Untersuchung

☐ nach Aktenlage

Begründende Unterlagen (vorgeschichte, Befunde) liegen im Ärztlichen Dienst vor

Name Vorname Geb.Datum Beg.-L-Nr.

Gutachter Ort/Datum

I. Positives und negatives Leistungsbild

a) Folgende Arbeiten können verrichtet werden (positives Leistungsbild):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ im Freien | ☐ vollschichtig | ☐ Tagesschicht |
| ☐ in Werkhallen, in geschlossenen Räumen | ☐ tägl. von 3 bis unter 6 Std | ☐ Früh-/Spätschicht |
| ☐ in temperierten Räumen | ☐ tägl. weniger als 3 Std.
(wö. unter 15 Std.) | ☐ Nachtschicht |

	ständig	überwiegend	zeitweise
Arbeits- schwere	☐ leichte Arbeit ☐ mittelschwere Arbeit ☐ schwere Arbeit	☐ leichte Arbeit ☐ mittelschwere Arbeit ☐ schwere Arbeit	☐ leichte Arbeit ☐ mittelschwere Arbeit ☐ schwere Arbeit
Arbeits- haltung	☐ stehend ☐ gehend ☐ sitzend	☐ stehend ☐ gehend ☐ sitzend	☐ stehend ☐ gehend ☐ sitzend

b) Folgende Arbeiten oder Belastungen sind auszuschließen (negatives Leistungsbild):

- | | |
|---|--|
| ☐ Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) | ☐ Lärm |
| ☐ Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen | ☐ Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr (z.B. mit Absturzgefahr, mit Starkstrom, an lfd. Maschinen) |
| ☐ Hitzearbeiten | ☐ häufiges Bücken |
| ☐ Staub, Rauch, Gase, Dämpfe | ☐ Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien, Armvorhalt, Vorn- übergebeugt) |
| ☐ Schmutzarbeiten, hautbelastende Stoffe, Feuchtarbeit | ☐ Häufiges Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel |

c) Ergänzendes Leistungsbild (z.B. Besonderheiten der Arbeitshaltung, Seh-, Hör- und Farbsehvermögen, räumliches Sehen, Bildschirmtätigkeit, Feinarbeiten, Erschütterungen, praktische Einhändigkeit, Verantwortung, geistige Beanspruchung, Publikumsverkehr, Arbeitsweg, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, zumutbare Gehstrecke, Fahr- und Steuertätigkeit):

d) Auswirkungen auf überwiegende oder letzte Tätigkeit, ggf. auf den erlernten Beruf, voraussichtlicher Verlauf der Leistungsfähigkeit, zumutbare Belastungen, allgemeine berufliche Eignung

- e) Wenn vermindert oder nicht leistungsfähig: ☐ voraussichtlich bis zu 6 Monaten vermindert oder nicht leistungsfähig
☐ voraussichtlich länger als 6 Monate vermindert oder nicht leistungsfähig

II. Angaben zu den Zielfragen, soweit mit dem Leistungsbild noch nicht beantwortet:

Das Gutachten kann ohne Arzt eröffnet werden ☐ ja ☐ nein

Unterschrift und Stempel des Gutachters

Seite 2 des ärztlichen Gutachtens

Name, Vorname

Beg.L.Nr.

III. Kurzgefasste laienverständliche Darstellung von Gesundheitsstörungen

(soweit für die Verständlichkeit des Leistungsbildes - Ziff. I - im Einzelfall erforderlich):

IV. Arbeitsmedizinische Beurteilung und zusammenfassender Bericht (Epikrise):

a) Allgemein- und Alterszustand, allgemeine körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit

b) Im Vordergrund stehende Gesundheitsstörungen mit Hinweisen auf die funktionelle Auswirkung - **Prognose** - Behandlungsbedürftigkeit

V. Sozialmedizinische Empfehlungen:

☐ Berufliche Rehabilitation

☐ Psychologische Begutachtung

☐ Medizinische Rehabilitation:

☐ Einschaltung des Technischen Beraters

☐ Heilbehandlung

☐ Nachuntersuchung in Wochen/Monaten

☐ Entwöhnungsmaßnahme

Arbeitsamt/Nebenstelle - Ärztlicher Dienst

Datum

Name, Vorname

Gutachter

Geburtsname, Geburtsdatum

Befundbogen Erwachsene

Begutachtungsliste
Nr.

in Begleitung, unter Sprachvermittlung von:

Der Inhalt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht

I. Arbeitsschicksal

1. Schul- und Berufsausbildung
(Schulart und Abschluss, Berufsausbildung und Abschluss)
2. Berufs- und Tätigkeitswechsel
insbes. aus gesundheitl. Gründen:
berufliche Reha-Maßnahmen
3. a) Zuletzt ausgeübte Tätigkeit
b) Belastungen am letzten
Arbeitsplatz und dabei aufgetretene Beschwerden im
Detail
4. Art und Umfang außerberuflicher
Belastungen

II. Vorgeschichte

Arbeitsmed. wichtige anlagebedingte
Krankheiten in der Familie
angeborene Leiden, Anfallsleiden,
frühere Krankheiten, Unfälle,
Operationen, Röntgenuntersuchung,
Krankenhausbehandlung (Ort, Zeit),
letzte Periode
Krankheitsverlauf

III. Sozialmed. Daten

Letzte Arbeitsunfähigkeit
(früherer) Rentenbezug
Renten- und Versorgungsamts
Bescheide
Wehrdienstbeschädigung
Kur- und Heilverfahren (Ort, Zeit)
letzte ärztl. Untersuchungen:
Krankenkasse, Rentendienst,
Versorgungsamt, Gesundheitsamt,
betriebsärztliche Betreuung

IV. Lebensweise

Genußmittel, Drogen, Sport, Hobby

V. Jetzige Beschwerden

Art, Beginn, Stärke, Lokalisation,
Medikation, Diät und weitere
Therapiemaßnahmen
Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten
Behandelnder Arzt:

VI. Untersuchungsbefund

1.			Zunahme	☐
			gleichbleibend	☐
	Alter	Größe/Gewicht - cm/kg (ohne Schuhe, halbbekleidet)	Abnahme	☐

2. Kopf und Hals

☐ unauffällig	Schädel-Gesichtsf.	auffällig ☐
☐ nein	Schädelnarben	ja ☐
☐ nein	Druckschmerz	ja ☐
☐ frei	Nasenatmung	behindert ☐
☐ unauffällig	Gebiss/Zahnfleisch	mit Mängeln ☐
☐ unauffällig	Zunge/Lippen	auffällig ☐
☐ unauffällig	Rachen	auffällig ☐
☐ unauffällig	Sprache	auffällig ☐
☐ unauffällig	Hals	auffällig ☐
cm Halsumfang		

3. Augen und Ohren

rechts	links	Augen	Sehvermögen
			Nahvis.o.Gl.
			Nahvis.m.Gl.
			Fernvis.o.Gl.
			Fernvis.m.Gl.
☐ ja		stereoskop. Sehen	gestört ☐
☐ ja		Farbtüchtigkeit	gestört ☐
☐ unauffällig		Auge/Augenlid	verändert ☐
☐ unauffällig		Bindehaut	verändert ☐

Sehtest mit Gerät

rechts	links	Ohren	Hörvermögen
			Flüstersprache
			Umgangsspr.
☐ intakt		Gehörg./Trommelfell	verändert ☐

Hörtest mit Audiometer:

4. Herz und Kreislauf

☐ unauffällig	Herzgrenzen	verbreitert ☐
☐ rein	Herztöne	Geräusche ☐
☐ regelmäÙ.	Rhythmus	unregelm. ☐
☐ nein	Besonderheiten	ja ☐
RR:	Puls/Min.	
im Liegen		
im Sitzen		
nach Min.Stehen		
Ergebnis von Herz-oder Kreislaufprüfungen		

EKG-Befund:

5. Atmungsorgane

a) Brustkorb

☐ symmetrisch	Form	verformt ☐
☐ nein	Narben	ja ☐
☐ seitengleich	Beweglichkeit	nachschlepp. ☐
☐ nein	Auffälligkeit	ja ☐
cm Atembreite		

Lungenfunktionstest:

b) Lunge

☐ sonor	Klopfschall	verändert ☐
☐ unauffällig	Grenzen	auffällig ☐
☐ vesikulär	Atemgeräusch	verändert ☐
☐ nein	Nebengeräusche	ja ☐
☐ nein	Fehlathmung	ja ☐

6. Stütz- und Bewegungssystem

a) Wirbelsäule

☐ nein	Verbiegungen	ja ☐
☐ frei	Beweglichkeit	eingeschr. ☐
☐ nein	Stauchungsschmerz	ja ☐
☐ nein	Druck- u. Klopfschm.	ja ☐
☐ elastisch	Muskulatur	verändert ☐
☐ nein	Wurzelreizersch.	ja ☐
cm Schober'sches Zeichen		
cm Ott'sches Zeichen		

ggf. Zusatzbefundbogen für orthopäd. Befunde verwenden!

b) obere Gliedmaßen

☐ funkt. tücht.	Schultergürtel	gestört ☐
☐ funkt. tücht.	Arme, Hände	gestört ☐
☐ nein	Narben-Deformit.	ja ☐
☐ gering	Handbeschwiel.	ausgeprägt ☐
☐ nein	Linkshänder	ja ☐
grobe Kraft re./li. in kp		

c) untere Gliedmaßen

☐ unauffällig	Gang	gestört ☐
☐ funkt. tücht.	Beckengürtel	gestört ☐
☐ funkt. tücht.	Beine, Füße	gestört ☐
☐ nein	Narben-Deformit.	ja ☐
☐ nein	Krampfadern	ja ☐
☐ ungestört	arter. Durchblutung	gestört ☐

7. Bauch- und Geschlechtsorgane

☐ funkt. -tücht.	Bauchdecken	verändert ☐
☐ unauffällig	Tastbefund	auffällig ☐
☐ unauffällig	Leber/Milz	auffällig ☐
☐ schmerzfrei	Nierenlager	schmerzh. ☐
☐ fest	Bruchpforten	verändert ☐
☐ unauffällig	äußeres Genitale	auffällig ☐
☐ nein	Besonderheiten	ja ☐
cm Bauchumfang		

8. Nervensystem

☐ unauffällig	Pupillenf. u. Reakt.	verändert ☐
☐ nein	Nystagmus	ja ☐
☐ nein	Lähmung, Atroph.	ja ☐
☐ nein	Koordin.-störungen	ja ☐
☐ unauffällig	Reflexe	gestört ☐
☐ unauffällig	Sensibilität	gestört ☐
☐ ausgegl.	Vegetativum	gestört ☐
☐ intakt	Temp.-, Tastsinn	gestört ☐

9. Psyche

☐ unauffällig	Stimmungslage	auffällig ☐
☐ situat.-ger.	Verhalten	auffällig ☐
☐ normgerecht	Intelligenzeindruck	u. d. Norm ☐
Angaben über psychische Auffälligkeiten, z.B. Ängste, Zwänge, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Denkzerfahrenheit, Verlangsamung des Denk- und Bewegungsablaufes, Störungen des Antriebes, der örtl. und zeitl. Orientierung und des Gedächtnisses		

Der/die Untersuchte scheint fähig, seine/ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen ☐ ja ☐ nein

10. Haut- und Schleimhäute

☐ gut	Durchblutung	gestört ☐
☐ unauffällig	Oberfläche	verändert ☐
☐ unauffällig	Hautturgor	verändert ☐
☐ unauffällig	Behaarung	auffällig ☐
☐ nein	Besonderh./Narben	ja ☐

11. Allgemeineindruck

Alterseindruck	altersentspr.	jünger	älter	
Äußerer Eindruck	unauffällig	gepflegt	ungepflegt	
Ernährungszustand	normal	übermäßig	herabgesetzt	
Körperbau	indifferent	rundwüchsig	athletisch	schlank
Muskulatur	mittel	kräftig	schwach	
Haltung	gelockert	verkrampft	schlaff	gebeugt
Bewegungen	unauffällig	lebhaft	verlangsamt	unbeholfen

12. Labortechnische Befunde

Urin:

pH _____	E _____	Z _____	Ketonk. _____	Bili _____	Blut _____
Leuko _____	Ubg _____	Nitrit _____			

Blut:

Weitere Befunde:

VII. Fremdbefunde

- kurzer Auszug oder Fotokopie
z.B. Arzt-/Krankenhausberichte,
Rentenbescheide, Anerkennung auf
Schwerbehinderung (SB)
- Angaben über Kontaktgespräch m.d. Arzt

VIII. Diagnose

- alle die Belastbarkeit einschränkenden Gesundheitsstörungen
(Reihenfolge nach arbeitsmedizinischer Bedeutung, nach Möglich-
keit neben der Funktionsdiagnose auch pathologisch-anatomische
Diagnose)

- Sonstige Gesundheitsstörungen

Unterschrift des Arztes und Stempel



MESSBLATT FÜR DIE WIRBELSÄULE

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	BEG.L.NR.
------	---------	--------------	-----------

KINN-BRUSTBEIN-ABSTAND
(in cm)



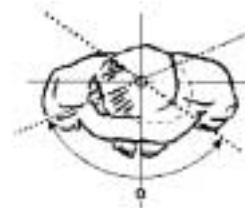
Beugung	0	
Streckung	21	

SEITNEIGUNG DES KOPFES
(in Winkelgraden)



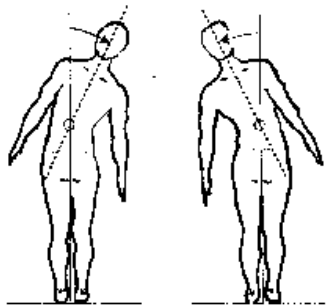
R	35-45°	0	35-45°	L

DREHUNG DES KOPFES
(in Winkelgraden)



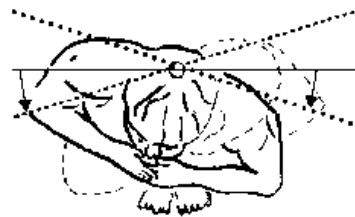
R	70°	0	70°	L

SEITNEIGUNG DES RUMPFES (in Winkelgraden)



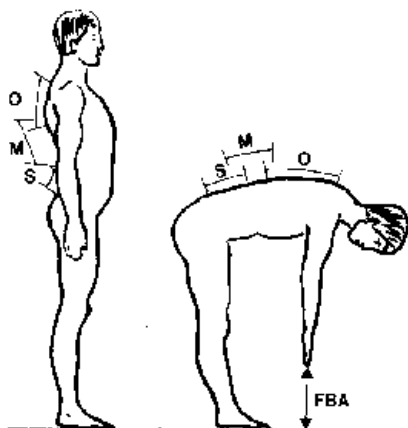
R	30-40°	0	30-40°	L

DREHUNG DES RUMPFES (in Winkelgraden)



R	30-40°	0	30-40°	L

DEHNUNGSFÄHIGKEIT DER WIRBELSÄULE (in cm)



- a) S (SCHÖBER): DF S1 - 10 cm cranial
- b) O (OTT): DF C7 - 30 cm caudal
- c) M (MESSTRECKE): 10 cm mit Mittelpunkt im DF L1
- d) FBA (FINGERKUPPEN- BODEN-ABSTAND)

15	
32	
14	

zur Orientierung: Beckenkammlinie = DF L4/DF = Dornfortsatz

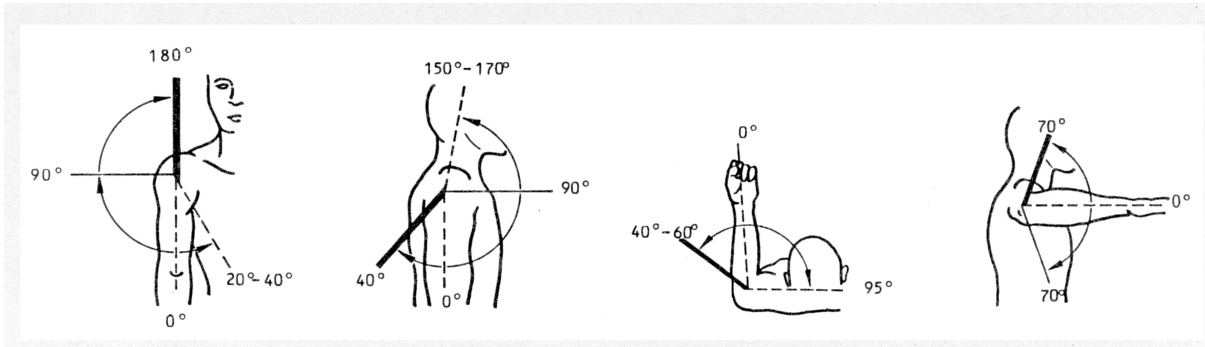
Zusatzbefundbogen für orthopädische Befunde (obere Extremitäten)

Name:

Vorname:

geb.:

Beg. L. Nr.:



Schultergelenk

seitwärts - körperwärts
einwärts
abgehoben

	180°	0°	40°
Re			
Li			

rückwärts - vorwärts

	40°	0°	170°
Re			
Li			

Armdrehung

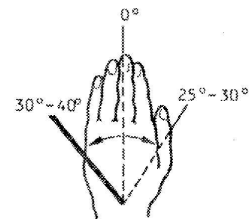
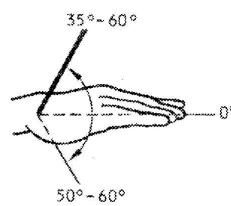
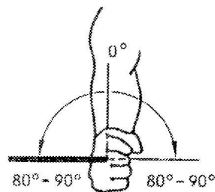
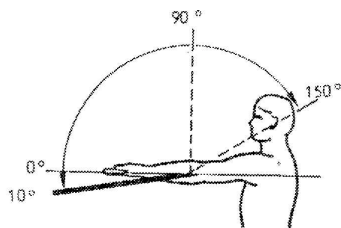
auswärts - einwärts
(Oberarm anliegend)

	60°	0°	95°
Re			
Li			

Armdrehung

auswärts -
(Oberarm 90° seitw.)

	70°	0°	70°
Re			
Li			



Ellenbogengelenk - Handgelenk

Strecken - Beugen

	10°	0°	150°
Re			
Li			

Unterarm

auswärts - einwärts

	90°	0°	90°
Re			
Li			

Handgelenk

handrückenw. - hohlhandw.

	60°	0°	60°
Re			
Li			

Handgelenk

ellenwärts - speichenwärts

	40°	0°	30°
Re			
Li			

Umfangmaße in cm (hängender Arm)

Oberarm, 15 cm über äußerem Oberarmknorren

Ellenbogengelenk

Unterarm, 10 cm unter äußerem Unterarmknorren

Handgelenk

Mittelhand

Rechts

Links

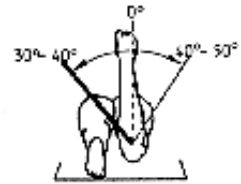
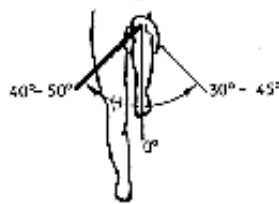
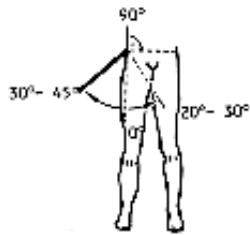
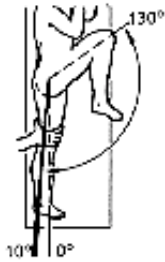
Zusatzbefundbogen für orthopädische Befunde (untere Extremitäten)

Name:

Vorname:

geb.:

Beg. L. Nr.:



Hüftgelenk

Strecken - Beugen

	10°	0°	130°
Re			
Li			

Abspreizen - Anführen

	45°	0°	30°
Re			
Li			

Drehung

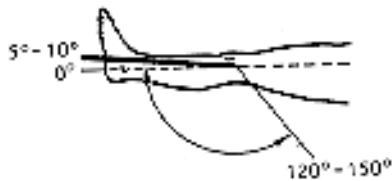
auswärts - einwärts
(in Rückenlage)

	50°	0°	45°
Re			
Li			

Drehung

auswärts - einwärts
(in Bauchlage)

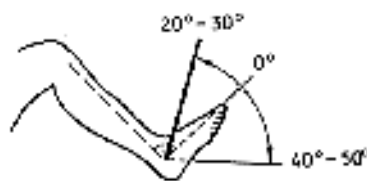
	40°	0°	50°
Re			
Li			



Kniegelenk

Strecken - Beugen

	10°	0°	150°
Re			
Li			



Oberes Sprunggelenk

Heben - Senken

	30°	0°	50°
Re			
Li			

Unteres Sprunggelenk

Heben - Senken des Fuß-
Außenrandes in Bruchteilen
der normalen Beweglichkeit

Re	
Li	

Umfangmaße in cm

Oberschenkel, 20 cm über innerem Kniegelenkspalt

Oberschenkel, 10 cm über innerem Kniegelenkspalt

Kniescheibenmitte

Unterschenkel, 15 cm unter innerem Knie

Knöchel

Mittelfuß

Vorfußballen

Beinlänge, vorderer Darmbeinstachel - Außenknöchel

Rechts

Links

BEFUNDBOGEN

HAUTKRANKHEITEN / ALLERGIEEN

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____ BEG.L.NR. _____

ATOPIEKRITERIEN

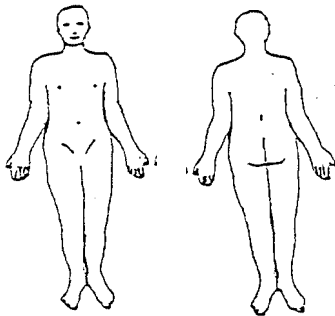
	ja	unge- wiss	nein		ja	unge- wiss	nein
Positive Familienanamnese	☐	☐	☐	Perlèche	☐	☐	☐
Rhinitis/Konjunktivitis/allergisches Asthma	☐	☐	☐	Ohrhagaden	☐	☐	☐
Trockene Haut	☐	☐	☐	Pityriasis alba	☐	☐	☐
Juckreiz (beim Schwitzen)	☐	☐	☐	Hertoghe Zeichen	☐	☐	☐
Textilunverträglichkeit	☐	☐	☐	Dyshidrose	☐	☐	☐
Metallunverträglichkeit	☐	☐	☐	sog. Winterfuß (Pulpitis sicca)	☐	☐	☐
				Weißer Dermographismus	☐	☐	☐

HAUTBEFUND

Anamnestisch:

	ja	unge- wiss	nein
Handekzem	☐	☐	☐
Beugen-/Kniekehlenekzem	☐	☐	☐

Aktueller Hautbefund (Befund bitte einzeichnen):

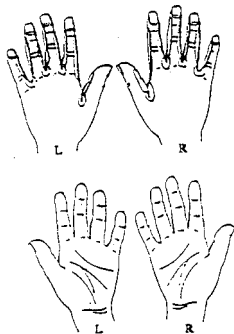


Morphe:

Rhagaden	☐	☐	☐
Bläschen	☐	☐	☐
Erythem	☐	☐	☐
Schuppung	☐	☐	☐
Nässen	☐	☐	☐

Bemerkungen: _____

Aktueller Handbefund (Befund bitte einzeichnen):



Morphe:

Rhagaden	☐	☐	☐
Bläschen	☐	☐	☐
Erythem	☐	☐	☐
Schuppung	☐	☐	☐
Nässen	☐	☐	☐

Bemerkungen: _____

Sozialmedizinische Begriffe

Die Erläuterungen der Begriffe sind für den arbeitsamtsärztlichen Gutachter gedacht und erheben keinen Anspruch auf erschöpfende Darstellung. Rechtsvorschriften finden sich in den Büchern III, V, VI, VII und X des Sozialgesetzbuches, im Bundesbeamtengesetz und in der Berufskrankheitenverordnung.

Arbeitsfähigkeit i.S. des SGB III

mit Hinweisen zu den Begriffen **Leistungsfähigkeit, Verfügbarkeit, Zumutbarkeit**

Gemäß § 119 Abs. 3 SGB III ist arbeitsfähig ein Arbeitsloser, der

1. eine versicherungspflichtige, wöchentlich mindestens 15 Stunden umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben,
2. an Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung in das Erwerbsleben teilnehmen und
3. Vorschlägen des Arbeitsamtes zur beruflichen Eingliederung zeit- und ortsnahe Folge leisten

kann und darf.

Leistungsfähigkeit (siehe dort, S. 30) ist die medizinische Seite der vorgenannten Arbeitsfähigkeit.

Die Grenzen der **Zumutbarkeit** einer Beschäftigung sind anhand des § 121 SGB III zu ermitteln. Zumutbar sind einem Arbeitslosen alle Beschäftigungen, die seiner Arbeitsfähigkeit entsprechen, soweit nicht allgemeine (u.a. gesetzliche, tarifliche, arbeitsschutzrechtliche) oder personenbezogene Gründe (u.a. sehr niedriges Arbeitsentgelt, sehr lange Pendelzeiten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) der Zumutbarkeit dieser Beschäftigungen entgegenstehen.

Verfügbar ist der Arbeitslose, wenn er *arbeitsfähig* und *arbeitsbereit* ist. Dann steht er den Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes zur Verfügung (§ 119 Abs. 2 SGB III; Sonderfälle: § 120 SGB III).

„Nicht arbeitsfähig“ i.S. des § 119 Abs. 3 SGB III ist ein Versicherter u.a. bei fehlender Leistungsfähigkeit (siehe dort). Dieser Fall ist streng abzugrenzen von Arbeitsunfähigkeit im krankenversicherungsrechtli-

chen Sinne (§ 44 Abs. 1 SGB V), auch wenn nicht selten Überschneidungen vorkommen. Zur Vermeidung von Missverständnissen wird empfohlen, den Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“ nur im krankenversicherungsrechtlichen Sinne zu verwenden, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes gesagt wird.

Arbeitslosengeld (Alg)

Arbeitslosengeld ist eine Leistung der Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen der Arbeitslosenversicherung.

Anspruch auf Arbeitslosengeld haben gem. § 117 Abs. 1 SGB III Arbeitnehmer, die

- arbeitslos sind,
- sich beim Arbeitsamt arbeitslos (siehe „Arbeitslosigkeit“) gemeldet und
- die Anwartschaftszeit erfüllt haben.

Arbeitslosenhilfe (Alhi)

Arbeitslosenhilfe ist eine Leistung der Bundesanstalt für Arbeit zu Lasten des Bundes.

Anspruch auf Arbeitslosenhilfe haben gem. § 190 Abs. 1 SGB III Arbeitnehmer, die

- arbeitslos sind,
- sich beim Arbeitsamt arbeitslos (siehe „Arbeitslosigkeit“) gemeldet haben,
- einen Anspruch auf Arbeitslosengeld nicht haben, weil sie die Anwartschaftszeit nicht erfüllt haben,
- die besonderen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt haben und
- bedürftig sind.

Arbeitslosigkeit

Arbeitslos ist gem. § 118 Abs. 1 SGB III ein Arbeitnehmer, der

- vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit) und
- eine versicherungspflichtige, wöchentlich mindestens 15 Stunden umfassende Beschäftigung sucht (Beschäftigungssuche).

Arbeitsunfähigkeit i.S. des § 1 des Lohnfortzahlungsgesetzes und des § 44 Abs. 1 SGB V

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Versicherter aus Krankheitsgründen seiner zuletzt ausgeübten oder einer ähnlich gearteten Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens nachgehen kann. [Urteil des BSG vom 30.05.67; vgl. Med. Sach. 86(1990) Heft 5, Tafeln für den Gutachter Nr. 2]

Das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit berechtigt bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Bezug von Krankengeld (§ 44 Abs. 1 SGB V).

Arbeitsunfähigkeit i.S. des § 44 Abs. 1 SGB V beinhaltet nicht zwangsläufig gleichzeitig fehlende Arbeitsfähigkeit i.S. des § 119 Abs. 3 SGB III, da - trotz Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte oder eine ähnlich geartete Tätigkeit - Arbeitsfähigkeit für andere zumutbare Beschäftigungen bestehen kann.

Arbeitsunfall

Arbeitsunfall ist ein Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der Arbeitsunfall ist ein örtlich und zeitlich bestimmtes, von außen einwirkendes, einen Körperschaden hervorrufendes Ereignis, das der Versicherte während einer versicherungspflichtigen Tätigkeit erleidet. Dazu gehört auch der (Arbeits-) Wegeunfall.

Behinderte

Behinderte sind gem. § 19 SGB III körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigte Personen, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben, wegen Art und Schwere der Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur beruflichen Eingliederung benötigen.

Die Fachdienste der BA, insbesondere der Ärztliche Dienst, bestimmen Art und Schwere

der Behinderung. Anschließend begründet der Reha-Berater des Arbeitsamtes die behinderungsbedingte, nicht nur vorübergehende wesentliche Minderung der Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben und legt die deshalb notwendigen Hilfen fest.

Behinderung

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt eine Behinderung (Disability) vor, wenn folgende Merkmale zusammentreffen: Schädigung (Impairment), Fähigkeitsstörung (Disability) und soziale Beeinträchtigung (Handicap). Als Behinderung gelten also gesundheitliche Schäden und körperliche, geistige oder seelische Veränderungen, die nicht nur vorübergehend zu funktionellen Einschränkungen mit nachfolgenden sozialen Beeinträchtigungen führen. Den Behinderten stehen diejenigen Personen gleich, denen eine Behinderung droht (§ 19, Abs. 2 SGB III). Das Merkmal „Behinderung“ vergibt bei der BA der Reha-Berater.

Berufskrankheit (BK)

Berufskrankheiten sind die in der Anlage der Berufskrankheitenverordnung (BKV) bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleiden (§ 1 BKV). Beruflich verursachte Erkrankungen, die nicht in der BK-Liste stehen, werden unter bestimmten Voraussetzungen vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ebenfalls als Berufskrankheit anerkannt und ggf. entschädigt (§ 9 Abs. 2 SGB VII). Bei begründetem Verdacht ist jeder Arzt zur Meldung einer Berufskrankheit an die gesetzliche Unfallversicherung oder den zuständigen Gewerbearzt verpflichtet (§ 202 SGB VII).

Berufsbildungswerk (BBW)

Berufsbildungswerke stellen überbetriebliche Einrichtungen zur beruflichen Erstausbildung behinderter Jugendlicher dar, die neben der Berufsausbildung eine begleitende ärztliche, psychologische, pädagogische und sportmedizinische Betreuung benötigen. Darüber hinaus führen Berufsbildungswerke Förderungslehrgänge sowie Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung durch.

Berufsförderungswerk (BFW)

Berufsförderungswerke sind überbetriebliche Einrichtungen zur beruflichen Umschulung erwachsener Behinderter, die ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können und ausbildungsbegleitend eine Betreuung durch medizinische, psychologische und soziale Fachdienste benötigen. Darüber hinaus führen Berufsförderungswerke Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, zur Berufsfindung und zur Arbeitserprobung durch.

Berufsunfähigkeit (BU)

Berufsunfähigkeit ist ein Begriff der Rentenversicherung.

Berufsunfähig sind Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in ihrem bisherigen Beruf oder einem zumutbaren Vervollständigungsberuf arbeiten können, bzw. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig, seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.

Aufgrund des Rentenreformgesetzes 1999 (RRG) entfällt ab 01.01.2000 die Rechtskategorie „Berufsunfähigkeit“. Diese Regelung wurde jedoch zwischenzeitlich für ein Jahr ausgesetzt, so dass sie voraussichtlich am 01.01.2001 in Kraft tritt.

Dienstunfähigkeit

Der Begriff der Dienstunfähigkeit wird für Beamte, Richter, Soldaten, Wehr- und Zivildienstleistende im Bund und in den Ländern einheitlich verwendet. Dienstunfähig ist ein Beamter, wenn er infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig ist (§ 26 Beamtenrechtsrahmengesetz; § 42 Abs. 1 Satz 1 Bundesbeamtenengesetz). Entscheidendes Merkmal ist die Unfähigkeit des Beamten, die ihm obliegenden Dienstpflichten zu erfüllen. Dabei sind auch Belange des Dienstherrn zu berücksichtigen. Gesetzlich wird der Nachweis dauernder Dienstunfähigkeit erleichtert, wenn der Beamte infolge Erkrankung innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten mehr als 3 Monate keinen Dienst getan hat und keine Aussicht besteht, dass er innerhalb weiterer 6 Monate wieder voll dienstfähig wird (§ 42 Abs. 1 Satz 2 BBG).

Dienstunfall

Ein Dienstunfall ist ein örtlich und zeitlich bestimmtes, von außen einwirkendes Ereignis, das bei einem Beamten einen Körperschaden hervorruft und in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten ist. Er entspricht dem Arbeitsunfall in der gesetzlichen Unfallversicherung und ist im Beamtenversorgungsgesetz geregelt.

Erwerbsunfähigkeit (EU)

Erwerbsunfähigkeit ist ein Begriff der Rentenversicherung.

Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine selbstständige Tätigkeit ausübt.

Aufgrund des Rentenreformgesetzes 1999 (RRG) wird ab 01.01.2000 die volle Erwerbsminderungsrente gewährt, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nur noch weniger als drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Kann er noch zwischen drei und unter sechs Stunden täglich erwerbstätig sein, erhält er eine halbe Erwerbsminderungsrente.

Grad der Behinderung (GdB)

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertengesetz ist die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB von mindestens 50) durch das Landesamt für Soziales und Versorgung bzw. Versorgungsamt. Die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen werden als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehnergraden abgestuft zwischen 20 und 100, festgesetzt. Vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ publiziert, welche Tabellen mit Richtwerten für den GdB (früher MdE) enthalten. Der GdB hat keine rechtliche Beziehung zum Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im Renten- und Unfallversicherungsrecht.

Leistungsfähigkeit

Leistungsfähigkeit ist die körperlich-geistig-seelische Fähigkeit, eine bestimmte Beschäftigung oder berufliche Tätigkeit - welcher Art

auch immer - unter den üblichen Bedingungen des jeweils in Betracht kommenden Arbeitsmarktes auszuüben. Sie wird durch sozialmedizinische Begutachtung festgestellt. Dabei sind die besonderen Anforderungen hinsichtlich der Arbeitsschwere, des Arbeitsablaufs, der Einflüsse des Arbeitsumfeldes, der Arbeitszeit und der Arbeitsdauer individuell zu berücksichtigen. (Siehe auch „Arbeitsfähigkeit i.S. des SGB III“.)

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

MdE ist ein Begriff des Unfallversicherungs- und des Rentenversicherungsrechtes.

In der Unfallversicherung ist die MdE ein Maß für die Unfall- bzw. Schädigungsfolgen, von dem der Leistungsumfang der Entschädigung abhängt. Dabei wird im Rahmen einer „abstrakten Schadensberechnung“ die Erwerbsmöglichkeit vor einem Arbeitsunfall mit derjenigen danach verglichen. Im Rentenversicherungsrecht ist die MdE ein Maß für die durch Gesundheitsstörungen verlorene Erwerbsfähigkeit.

Rehabilitation

Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Auswirkungen einer Behinderung, also von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen infolge von Krankheit oder Unfall, zu vermindern und die soziale Integration der Betroffenen zu erreichen.

a) Medizinische Rehabilitation

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen der Rehabilitation werden von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 40 und 43 SGB V, von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 9 SGB VI und durch die Unfallversicherungsträger nach § 26 SGB VII erbracht.

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn bei Vorliegen einer oder mehrerer Fähigkeitsstörungen oder drohender Beeinträchtigung über kurative Maßnahmen hinaus die Methoden und Verfahren der rehabilitativen Medizin eingesetzt werden müssen, um diese Fähigkeitsstörungen zu beseitigen oder zumindest erheblich zu verringern.

Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die gesamte physische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (außerhalb der definierten Fähigkeitsstörung) sowie seine Motivation die Durchführung einer bestimmten Reha-

Maßnahme zur Erreichung des Rehabilitationszieles aussichtsreich erscheinen lässt.

b) Berufliche Rehabilitation nach dem Reha-Angleichungsgesetz

Die Leistungen der beruflichen Rehabilitation umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit des Behinderten entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihn hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Diese Leistungen umfassen Hilfen bzw. Maßnahmen

- zur Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme
- zur Berufsvorbereitung (einschließlich Grundausbildung)
- zur beruflichen Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung (einschließlich eines schulischen Abschlusses)
- zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte
- zur Auswahl geeigneter Leistungen, insbesondere zur Berufsfindung oder zur Arbeitserprobung

Sozialleistungsträger

Leistungsträger im Sinne des § 12 SGB I:

- Ämter für Ausbildungsförderung (§ 18 SGB I)
- Arbeitsämter (§§ 20, 25, 29 SGB I)
- Gewerbliche Berufsgenossenschaften (§§ 22, 29 SGB I)
- Betriebskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I)
- Bundesanstalt für Arbeit (§§ 23, 29 SGB I)
- Bundesbahnversicherungsanstalt (§§ 23, 29 SGB I)
- Bundesknappschaft (§§ 21, 23, 29 SGB I)
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (§§ 23, 29 SGB I)
- Ersatzkassen (§§ 21, 29 SGB I)
- Feuerwehrunfallversicherungskassen (§§ 22, 29 SGB I)
- Gemeinden als Versicherungsträger (§§ 22, 29 SGB I)
- Gemeindeunfallversicherungsverbände (§§ 22, 29 SGB I)
- Hauptfürsorgestellen (§§ 20, 24, 29 SGB I)
- Innungskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I)
- Jugendämter (§ 27 SGB I)
- Kreise (§§ 24, 28, 29 SGB I)

- Kreisfreie Städte (§§ 24, 28, 29 SGB I)
- Landesjugendämter (§ 27 SGB I)
- nach Landesrecht bestimmte Behörden (für Wohngeld) (§ 26 SGB I)
- Landesversicherungsanstalten (§§ 23, 29 SGB I)
- Landesversorgungsämter (§§ 24, 29 SGB I)
- Landwirtschaftliche Alterskassen (§§ 23, 29 SGB I)
- Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften (§§ 22, 29 SGB I)
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (§§ 21, 29 SGB I)
- Orthopädische Versorgungsstellen (§§ 24, 29 SGB I)
- Ortskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I)
- See-Berufsgenossenschaften (§§ 22, 29 SGB I)
- Seekasse (§§ 23, 29 SGB I)
- See-Krankenkasse (§§ 21, 29 SGB I)
- Sozialhilfeträger (§§ 28, 29 SGB I, s. a. § 37 BSHG)
- Träger der freien Wohlfahrtspflege (§§ 28, 29 SGB I)
- Unfallkassen und Ausführungsbehörden des Bundes und der Länder (§§ 22, 29 SGB I)
- Versorgungsämter (§§ 24, 29 SGB I)

Verfügbarkeit

Verfügbarkeit ist ein Begriff des SGB III.

Grundsätzlich muss der Arbeitslose, der Alg/Alhi bekommen will, dem Arbeitsamt für die Vermittlung in Arbeit zur Verfügung stehen.

Diese Anspruchsvoraussetzung resultiert aus dem Vorrang, den der Gesetzgeber der Vermittlung in Arbeit gegenüber der Zahlung von Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit eingeräumt hat.

Der Arbeitsvermittlung steht zur Verfügung, wer arbeitsfähig und arbeitsbereit ist (siehe auch „Arbeitsfähigkeit i.S. des SGB III“).

Werkstatt für Behinderte (WfB)

Werkstätten für Behinderte bieten denjenigen Behinderten, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, sofern sie in der Lage sind, ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Zeitrente

Eine Rente wegen BU oder EU kann auf Zeit gewährt werden, wenn begründete Aussicht besteht, dass die BU bzw. EU in absehbarer Zeit behoben sein kann. Sie wird ab der 27. Woche, jedoch längstens drei Jahre (bei Verlängerung sechs Jahre) von der Bewilligung an gewährt.

Zumutbarkeit

Siehe „Arbeitsfähigkeit i.S. des SGB III“.

Arbeitsmedizinische Begriffe im arbeitsamtsärztlichen Gutachten

Hinweis

Die hier gegebenen Definitionen und Erläuterungen beziehen sich auf die in den arbeitsamtsärztlichen Gutachten verwendeten Begriffe. Sie sollen als Anhaltspunkte dienen. Es handelt sich nicht um gesetzliche Festlegungen, sofern nicht ausdrücklich angegeben.

Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (Jugendarbeitsschutzgesetz, Mutterschutzgesetz, Unfallverhütungsvorschriften usw.) wird grundsätzlich vorausgesetzt.

Im Freien

Definition/Erläuterung:

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

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Pollinose/Rhinitis allergica mit durchgehender Symptomatik über mehrere Monate, chronische Entzündungen wie Bronchitis, Nephritis; fortgeschrittene (auch unspezifische) rheumatische Erkrankungen

In Werkhallen

Definition/Erläuterung:

Temperatur: 15-18 °C

Ergänzende Hinweise:

In Werkhallen herrscht oft Zugluft.

In temperierten Räumen

Definition/Erläuterung:

Temperatur: 18-22 °C

Vollschichtig

Definition/Erläuterung:

Übliche, ganztägige Arbeitszeit

Ergänzende Hinweise:

Im arbeitsamtsärztlichen Gutachten ist die Leistungsfähigkeit als „vollschichtig“, für „täglich von 3 bis unter 6 Stunden“ oder für „täglich weniger als 3 Stunden“ anzugeben.

unterhalbschichtig: 2-3 Stunden pro Tag; *halb- bis untervollschichtig:* 4-6 Stunden pro Tag. Diese Begriffe werden im Bereich der Rentenversicherung verwendet.

Tagesschicht

Definition/Erläuterung:

Innerhalb eines Zeitrahmens von 6 bis 18 Uhr

Ergänzende Hinweise:

Auch als „Normalschicht“ bezeichnet

Früh-/Spätschicht

Definition/Erläuterung:

Zwei-Schicht-System mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

psychische Minderbelastbarkeit, fortgeschrittene Herz-Kreislaufkrankungen, schwer einstellbarer Diabetes mellitus

Ergänzende Hinweise:

Ungünstiger Schichtwechsel möglich. Der oft gebrauchte Begriff „Schichtarbeit“ ist kein einheitlicher Begriff; seine Bedeutung hängt ab von der jeweiligen Abweichung von der Tagesschicht.

Nachtschicht

Definition/Erläuterung:

Meist im Ein- oder Drei-Schichtsystem

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

nach Organtransplantation (instabil), ausgeprägte chronische Niereninsuffizienz, Nachtblindheit stärkeren Ausmaßes (falls für die spezielle Tätigkeit relevant), Lungenfunktionsstörungen von Krankheitswert, Anfallsleiden jeglicher Genese, vom Biorhythmus abhängige Medikamenteneinnahme (z.B. bei Zustand nach Organtransplantation), psychovegetative

Störungen von Krankheitswert, ausgeprägte psychotische, neurotische oder organisch bedingte psychische Störungen, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit, chronische Schlafstörungen¹

Ergänzende Hinweise:

Die Anpassung der zirkadianen Rhythmik des Körpers an Nachtarbeit ist nur begrenzt möglich und individuell unterschiedlich. Die Nachtschichtenfolge kann unterschiedlich organisiert sein.

Ständig

Definition/Erläuterung:

91-100 % der Arbeitszeit (oder mehr als 12 mal pro Stunde für Heben und Tragen)

Überwiegend

Definition/Erläuterung:

51-90 % der Arbeitszeit (Der Umfang deckt sich mit demjenigen von „häufig“.)

Ergänzende Hinweise:

Wird „überwiegend“ angegeben, sollte eine korrespondierende Angabe mit „zeitweise“ erfolgen.

Zeitweise

Definition/Erläuterung:

ca. 10 % der Arbeitszeit

Leichte Arbeit²

Definition/Erläuterung:

z.B. Tragen von weniger als 10 kg, auch langes Stehen oder Umhergehen (bei Dauerbelastung)

Ergänzende Hinweise:

Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA: siehe S. 38.

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Mittelschwere Arbeit²

Definition/Erläuterung:

z.B. Tragen von 10 bis 15 kg, auch unbelastetes Treppensteigen (bei Dauerbelastung)

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

fortgeschrittene Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, des Herzens, des Kreislaufs, der Lungen, des Nervensystems

Ergänzende Hinweise:

Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA: siehe S. 38.

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Schwere Arbeit²

Definition/Erläuterung:

z.B. Tragen über 15 kg, auch Steigen unter mittleren bis schweren Lasten (bei Dauerbelastung)

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

fortgeschrittene Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, des Herzens, des Kreislaufs, der Lungen, des Nervensystems, höhergradige Myopie (Gefahr der Netzhautablösung)

Ergänzende Hinweise:

Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA: siehe S. 38.

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Zum Teil erfolgt eine weitergehende Abgrenzung:

„Schwerstarbeit“: z.B. Tragen über 30 kg, auch Steigen unter schweren Lasten

Stehend

Definition/Erläuterung:

Zu differenzieren:
zeitweise/überwiegend/ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

ausgeprägte Varikosis, fortgeschrittene Erkrankungen der LWS und der unteren Extremitäten

Ergänzende Hinweise:

„Wechselnde Körperhaltung“:

1. „Überwiegend sitzend oder gehend, zeitweise stehend“;

¹ Anhaltspunkte zur Durchführung arbeitsmedizinischer Untersuchungen bei Nachtarbeitern gemäß § 6 Abs. 3 Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Bek. des BMA vom 22.08.95, Bundesarbeitsblatt 10/1995, S. 79-82

² Angaben aufgrund des Arbeits-Energieumsatzes (Hettinger, in Konietzko/Dupuis, Handbuch der Arbeitsmedizin, III-4.3).

2. „Überwiegend sitzend, zeitweise gehend und stehend“

Cave: „Im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen“, da es derartige Arbeitsplätze kaum gibt!

Gehend

Definition/Erläuterung:

Zu differenzieren:
zeitweise/überwiegend/ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

fortgeschrittene Erkrankungen der LWS und der unteren Extremitäten

Sitzend

Definition/Erläuterung:

Zu differenzieren:
zeitweise/überwiegend/ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Fortgeschrittene Erkrankungen der WS

Zeitdruck

Definition/Erläuterung:

Erhöhte Anforderung in zeitlicher Hinsicht im Vergleich zur „Normalleistung“

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

psychische Minderbelastbarkeit, psychiatrische und neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ergänzende Hinweise:

Akkordarbeit ist zu differenzieren in *Stückakkord* - *Zeitakkord*, *Gruppenakkord* – *Einzelakkord*

„Normalleistung“ ist diejenige Leistung, die von jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheitsschädigung auf Dauer erreicht werden kann.

Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen

Definition/Erläuterung:

Bereits bei Temperaturen unter + 15 °C ist von einer arbeitsmedizinisch nicht zu vernachlässigenden Kälteeinwirkung auszugehen.

95 % aller Kältearbeitsplätze weisen Temperaturen zwischen - 5 und + 15 °C („mäßig kalt“) auf (jahreszeitlich begrenzt im Freien; in Kühlräumen).

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach G 21 bei Beschäftigten an „tiefkalten“ Arbeitsplätzen mit Temperaturen unterhalb -25 °C (ausgenommen kurzzeitiges Betreten kalter Räume zu Kontrollzwecken).

„Nässearbeit“: siehe unter „Feuchtarbeit“ (Seite 36)

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

rheumatische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungen- und Bronchialerkrankungen, Urogenitalerkrankungen

Ergänzende Hinweise:

Zugluft, Luftfeuchtigkeit und Nässe-Einfluss verstärken das Kälteempfinden und die arbeitsmedizinische Kältewirkung.

Bei Kältarbeit: Schutzkleidung, Herabsetzung der Arbeitsdauer, Pausenregelung.

Hitzearbeit

Definition/Erläuterung:

Hitzearbeitsplatz: Arbeitsplatz, an dem schon in arbeitsüblicher Halb- bis Leichtkleidung und bei körperlicher Ruhe oder nur leichter Tätigkeit unvermeidlich und meist merklich geschwitzt wird, somit ein Arbeitsplatz mit (nicht nur kurzfristig) auftretenden Raumtemperaturen oberhalb 25-30 °C bei geringer Luftgeschwindigkeit und mittlerer relativer Feuchte¹

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Herz-Kreislauf-, Lungen-, Haut-, Nieren-, Stoffwechselerkrankungen; erhebliches Übergewicht, evtl. auch Alter über 45 Jahre

Ergänzende Hinweise:

Hitzeeinwirkung mit der Konsequenz arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 30 liegt vor für:

- hitzeadaptierte Personen unter dauernder Hitzebelastung (= täglich mehr als 1 Stunde) je nach Arbeitsschwere ab 34 bis 30°C NET,
- für kurzzeitig (< 15 Min.) und unregelmäßig hitzeexponierte, nicht hitzeadaptierte Personen bei Schwerarbeit ab 35 °C NET.

Bei den Temperaturangaben handelt es sich um die „Normal-Effektiv-Temperatur“ (NET), ein Klimasummenmaß, welches auch die Luftfeuchtigkeit und die Luftgeschwindigkeit berücksichtigt.

¹ Jansen, G. (Hsg.) „Kompendium der Arbeitsmedizin“, Verlag TÜV Rheinland, Köln 1982

Bei Hitzearbeit: klimatechnische Maßnahmen, evtl. Untersuchungen nach G 30, Schutzkleidung, Pausenregelung, Schichtverkürzung.

Staub, Rauch, Gase, Dämpfe

Definition/Erläuterung:

Disperse Verteilung von Stoffen in der Luft

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Lungen-/Bronchial-, Herz-Kreislaufkrankungen, Neigung zu Entzündungen des äußeren Auges, evtl. Magen-Darm- und Lebererkrankungen

Ergänzende Hinweise:

Mögliche bronchopulmonale Auswirkungen (je nach Stoff): irritativ, toxisch, allergisierend, fibrosierend, krebserzeugend.

(1) Schmutzarbeiten, (2) hautbelastende Stoffe, (3) Feuchtarbeit²

Definition/Erläuterung:

- (1) Arbeit mit häufig notwendiger Hautreinigung
- (2) Hautkontakt mit irritativ bzw. toxisch wirkenden Stoffen
- (3) Tätigkeiten, bei denen die Beschäftigten während eines nicht unerheblichen Teiles ihrer Arbeitszeit, d.h. regelmäßig täglich mehr als ca. ¼ Schichtdauer (ca. zwei Stunden) mit ihren Händen Arbeiten im feuchten Milieu (mit flüssigen wäßrigen oder nicht-wäßrigen Medien) ausführen oder während eines entsprechenden Zeitraumes feuchtigkeitsdichte Handschuhe tragen oder häufig (z.B. 20 mal pro Tag) bzw. intensiv die Hände reinigen müssen

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Chronische Hauterkrankungen, insbesondere Hautallergie, atopische Hautdiathese

Ergänzende Hinweise:

Der Gebrauch von Hautschutzmitteln und Schutzkleidung ist grundsätzlich vorauszusetzen.

Lärm

Definition/Erläuterung:

Schalldruckpegel ab 85 dB(A)

„Beurteilungspegel“: zeitlicher Mittelwert des Schalldruckpegels am Arbeitsplatz bezogen auf die Dauer einer achtstündigen Arbeitsschicht

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Zustand nach Hörsturz, Hörverlust für Knochenleitung, Lärmschwerhörigkeit, M. Ménière, Zustand nach Otosklerose-Op., Ekzem- u.ä. Erkrankungen im Gehörgang, an der Ohrmuschel oder in deren Umgebung, wenn dadurch die Benutzung von Gehörschutz nicht möglich ist

Ergänzende Hinweise:

Eine Hörschädigung bei einem Beurteilungspegel von 85 dB(A) ist nur nach einer Exposition von mehr als 15 Jahren wahrscheinlich, bei 90 dB(A) nach mehr als sechs Jahren, bei 120 dB(A) schon nach Minuten, bei 135 dB(A) schon nach Einzelereignissen (Knalltrauma). Individuell ist eine erhöhte Empfindlichkeit möglich, die am Verlauf erkannt wird (Untersuchungen nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 20).

Beurteilungspegel	
Obergrenzen nach § 15 ArbStV:	
bei überwiegend geistigen Tätigkeiten	55 dB(A)
bei einfachen oder überwiegend mechanisierten Bürotätigkeiten	70 dB(A)
bei anderen Tätigkeiten	85 dB(A)

Gemäß Unfallverhütungsvorschrift VBG 121 muss der Arbeitgeber bei einem Beurteilungspegel von mehr als 85 dB(A) Gehörschutz zur Verfügung stellen.

Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr

Definition/Erläuterung:

Tätigkeiten mit erhöhter Eigen- oder Fremdgefährdung, z.B. auf Leitern und Gerüsten, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

Synkopen, Anfallsleiden, Erkrankungen mit Stand- oder Halteunsicherheit

² TRGS 531 Gefährdung der Haut durch Arbeiten im feuchten Milieu (Feuchtarbeit); Bundesarbeitsblatt 9/1996, S. 65-67

Ergänzende Hinweise:

Die Art der Gefährdung ist zu differenzieren.
Das Symptom „Schwindel“ muss schlüssig abgeklärt werden.

Häufiges Bücken

Definition/Erläuterung:

Mehr als acht mal pro Stunde

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

BWS-/LWS-Erkrankungen, Erkrankungen der unteren Extremitäten.

Zwangshaltungen

Definition/Erläuterung:

Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, verbunden mit statischer Muskelarbeit, z.B. überkopf, vornübergebeugt, mit Armvorhalt, Bücken, Knien

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

WS-Erkrankungen, Erkrankungen der oberen oder unteren Extremitäten

Ergänzende Hinweise:

Die Art der zu vermeidenden Zwangshaltungen ist im „ergänzenden Leistungsbild“ nach Art, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

Häufiges Heben und Tragen (ohne mechanische Hilfsmittel)

Definition/Erläuterung:

Manuelles Bewegen von Lasten in vertikaler (Heben/Senken) und horizontaler (Tragen) Richtung

Arbeitsmedizinische Bedenken: z.B.

WS-Erkrankungen, Erkrankungen der oberen oder unteren Extremitäten, höhergradige Myopie (Gefahr der Netzhautablösung)

Ergänzende Hinweise:

Höchstzumutbare Einzellast [bzw. bei häufigem Heben und Tragen] aus arbeitsmedizinischer Sicht (diese Werte gelten nicht für Akkordarbeit!):

Männer	50 kg [25 kg]
Frauen:	15 kg [10 kg] ¹
Jugendl., männl.	20 kg [15 kg]
Jugendl., weibl.	15 kg [10 kg]
Schwangere	10 kg [5 kg] ²

Exakte Angaben im Leistungsbild zur zumutbaren Gewichtsbelastung für Heben und Tragen sind in der Regel nicht möglich und daher, wenn sie dort angegeben werden, stets nur als Anhaltspunkt zu verstehen!

„Ständig / überwiegend / zeitweise“

Siehe Seite 34.

Häufig

Definition/Erläuterung:

ca. 51-90 % der Arbeitszeit (Der Umfang deckt sich etwa mit demjenigen von „überwiegend“.)

Ergänzende Hinweise:

„Häufiges Heben und Tragen“: 7-12 mal pro Stunde

„Häufiges Händewaschen“: > 20 mal pro Tag

„Häufiges Bücken“: > 8 mal pro Stunde

Gelegentlich

Definition/Erläuterung:

bis 5 % der Arbeitszeit

Ergänzende Hinweise:

„Gelegentliches Heben und Tragen“: bis 6 mal pro Stunde

„Gelegentliches Bücken“: 1-2 mal pro Stunde

¹ § 11 VO über die Beschäftigung von Frauen auf Fahrzeugen

² § 4 MuSchG

Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen

nach REFA¹

Stufe	Bezeichnung	Stufendefinition
0	-	Arbeiten ohne besondere Beanspruchung
I	leicht	Leichte Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen; auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen
II	mittel-schwer	Mittelschwere Arbeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von etwa 10 bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern Ferner: leichte Arbeiten entsprechend Grad I mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen
III	schwer	Schwere Arbeiten wie Tragen von etwa 20 bis 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 Ferner: mittelschwere Arbeiten entsprechend Grad II in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 7 Stunden
IV	schwerst	Schwerste Arbeiten, wie Heben und Tragen von Lasten über 50 kg oder Steigen unter schwerer Last, vorwiegender Gebrauch schwerster Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben. Ferner: schwere Arbeiten entsprechend Grad III in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 6 Stunden

¹ REFA = „Reichsausschuß für Arbeitsstudien“,

heute: „Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V.“

Aufklärungspflicht des Arztes

Die Pflicht eines jeden Arztes, Patienten über die Behandlung aufzuklären, ist in den landesrechtlich verankerten Berufsordnungen der Ärzte, fußend auf der „(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ der Bundesärztekammer (MBO-Ä, Stand 1997¹) geregelt:

MBO-Ä 1997, Kapitel B

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

...

(3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundzüge korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.

...

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

MBO-Ä 1997, Kapitel C

Nr. 1 Umgang mit Patienten

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,
- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, gegebenenfalls über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- den Mitteilungen des Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

Diese Grundsätze gelten für alle Ärzte, also auch bei der ärztlichen Begutachtung im Arbeitsamt.

Für die bei der Bundesanstalt für Arbeit tätigen hauptamtlichen Ärzte und Vertragsärzte gelten jedoch nicht allein die standesrechtlichen Grundsätze der Berufsordnung, sondern auch die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB). In § 32 SGB III ist ausdrücklich bestimmt, dass eine ärztliche Untersuchung (Begutachtung) *mit Einverständnis des Ratsuchenden* durchzuführen ist. Eine gültige Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme setzt aber eine ausreichende Aufklärung voraus, auch dann, wenn die Untersuchung ohne Eingriff in die körperliche Integrität, z.B. nur im Rahmen eines exploratorischen Gesprächs, durchgeführt wird.

Die Aufklärungspflicht erstreckt sich im Arbeitsbereich der BA sinngemäß auf die Begutachtung in ihrer Gesamtheit, d. h. auf alle Maßnahmen, die dabei erforderlich werden. Sie umfasst auch die Mitteilung an den Ratsuchenden, dass eine ärztliche Untersuchung geplant ist. So muss eine weiterführende, zur Diagnosesicherung für notwendig erachtete Untersuchung bei einem Fachkollegen, wie z.B. bei einem Psychiater, dem Ratsuchenden gegenüber begründet und sein Einverständnis für diese Untersuchung eingeholt werden. Etwaige Fragen des Ratsuchenden zum Inhalt und zur Durchführung von Untersuchungen sollten mit der notwendigen Ausführlichkeit beantwortet und Unklarheiten ausgeräumt werden.

Sollte ein Ratsuchender trotz ausführlicher medizinischer Aufklärung und Beratung eine Untersuchung ablehnen, ist auf diese zu verzichten und ein Vermerk über die Ablehnung und die dafür vorgebrachte Begründung anzufertigen. Stimmt ein Ratsuchender erst nach längerem Aufklärungsgespräch einer Untersuchung zu (auch einem fachärztlichen Zusatzgutachten), oder erscheint er nach anfänglicher Ablehnung einige Tage später doch zur Untersuchung, empfiehlt es sich, dies ebenfalls zu vermerken.

Unter keinen Umständen darf auf die Durchführung einer Untersuchung gedrängt werden! Wie in der MBO ausgeführt, hat der Arzt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Ratsuchenden) zu achten. Dessen Entscheidungsfreiheit hat auch dann absolute Priorität, wenn dadurch vom sachverständigen Arzt für sinnvoll oder sogar für zwingend erforderlich gehaltene Maßnahmen unterbleiben.

¹ Dt. Ärztebl. 94(1997) Heft 37, S. C-1772-1780

Lehnt ein Ratsuchender die Untersuchung durch einen bestimmten Arzt z.B. wegen dessen mutmaßlicher Befangenheit ab, sei dieser hauptamtlicher Arbeitsamtsarzt, Vertragsarzt oder zusätzlich begutachtender Arzt, sollte ihm im Rahmen des Möglichen die Untersuchung durch einen anderen Arzt (z.B. Arbeitsamtsarzt aus einem benachbarten Arbeitsamt, anderer Zusatzgutachter) angeboten werden. Die Begründung für diese Vorgehensweise und der Ablauf sind jeweils schriftlich festzuhalten.

Darüber hinaus besteht für den untersuchenden Arzt auch eine Pflicht zur Krankheits- und Befindlichkeitsaufklärung (**Diagnoseaufklärung**). Darunter versteht man die Information des Patienten (Ratsuchenden) über seinen Gesundheitszustand, über erhobene Diagnosen und die sich daraus möglicherweise ergebende medizinische Prognose. Diese beratende Funktion gilt auch für Vertragsärzte und ist bei der Gutachtenhonorierung berücksichtigt („Aufklärung des Untersuchten über das Ergebnis der Untersuchung“, RdErl. 124/89).

Bei der **Sicherungsaufklärung** ist der Arzt aufgrund seiner Fürsorgepflicht dem Patienten (Ratsuchenden) gegenüber verpflichtet, neben den erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen auch die Behandlungsbedürftigkeit einer Erkrankung nicht nur dem Betroffenen

selbst, sondern (mit dessen Einverständnis) auch dessen behandelndem Arzt mitzuteilen. Auch schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. ein Diabetes mellitus werden nicht selten erst anlässlich einer arbeitsamtsärztlichen Untersuchung entdeckt.

Literatur

Berufsordnung für die deutschen Ärzte (Musterberufsordnung), abgedruckt in Dt. Ärztebl. 94 (1996), Heft 37, C-1772-1780

P. Schiwy: *Deutsches Arztrecht*
Loseblattsammlung-Verlag R. S. Schulz

H. Narr: *Ärztliches Berufsrecht*
Loseblattsammlung, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

H.-J. Rieger: *Lexikon des Arztrechts*
Verlag Walter de Gruyter, 1984

Anamnese- und Befundbogen

Hinweise zur Standardanamnese

Für die Anamnese ist das eingeführte Formular („Befundbogen“) zu verwenden. Es empfiehlt sich, dieses Muster bei der Erhebung der Anamnese zur Hand zu haben.

I. Arbeitsschicksal

- *Schul Ausbildung. Schulabschluss*
(falls Sonderschule: **L** für lernbehindert, **G** für geistig behindert)
- *Beruflicher Werdegang*
 - Berufsausbildung, Berufsabschluss
 - Tätigkeitswechsel
 - Belastungen am letzten Arbeitsplatz
 - Veränderungen im Arbeitsumfeld
(Versetzung? neuer Vorgesetzter?)
 - Kündigung
(durch wen? warum? gesundheitliche Gründe?)
- *Vorstellungen des Ratsuchenden zur künftigen beruflichen Tätigkeit*

II. Vorgeschichte

- *Familienanamnese*
 - Erbkrankheiten, gehäuft auftretende Erkrankungen
- *Eigenanamnese*
(in zeitlicher Reihenfolge)
 - wesentliche Kinderkrankheiten
 - andere Erkrankungen
(Herz, Lunge, Leber, Niere, Galle, Magen, Darm, Knochen, Gelenke, Nerven, Haut, andere)
(Bei Unfall, Hauterkrankung, Diabetes mellitus oder zerebralem Anfallsleiden: siehe „Ergänzende Anamnese“, S. 43 bis 52)
 - Allergische Symptome
(z.B. Fließschnupfen? Heuschnupfen? Asthma? Ekzem? Neurodermitis?
wenn ja, „Ergänzende Anamnese bei Hautkrankheiten / Allergien“, siehe S. 44)
 - Operationen
(wann? was? wo? Ergebnis?)
 - Unfälle
(falls ja, „Ergänzende Anamnese bei Unfall“, siehe S. 43)
 - Therapie und Verlauf der im Vordergrund stehenden Gesundheitsstörungen
(Beginn? Dauer? Symptome? Lokalisation? Belastungsabhängigkeit?
Art der Therapie? Erfolg?)

III. Sozialmedizinische Angaben

- *Arbeitsunfähigkeit in letzter Zeit*
(Dauer? Gründe? MDK-Untersuchung? Aussteuerung durch die Krankenkasse?)
- *Heilverfahren*
(wann? wo? wie lange? weshalb)
- *Rentenantrag*
(Untersuchung? wann? wo? Bescheid? Ablehnung? Stand des Verfahrens?
Widerspruch? Klage? Aktenzeichen?)
- *Schwerbehindertenausweis*
(GdB? Merkzeichen?)
- *Bundeswehr*
(Tauglichkeitsgrad? Dauer des Wehrdienstes? Dienstgrad? gesundheitliche Probleme?)
- *Betriebsärztliche Betreuung am Arbeitsplatz*

IV. Lebensweise

- *Genuß-, Rausch- und Arzneimittel*
(Medikamente, Alkohol, Drogen, Nikotin)
- *Ernährungsweise*
(Diät?)
- *Sport*
(welche Sportarten? wie oft? wie lange?)
- *Hobbys*

V. Jetzige Beschwerden

- *Körperliche und psychische Beschwerden*
- *Medikation, Dosierung*
- *Behandelnder Hausarzt (mit Anschrift und Angabe des Fachgebietes)*
- *Behandelnder Facharzt, auch Krankenhausarzt (mit Anschrift und Angabe des Fachgebietes)*

Ergänzende Anamnese bei Unfall

(Erreichbare Fremdbefunde sind beizuziehen!)

- *Umstände*
(Privat-, Sport-, Arbeits-, Dienst-, Schul-, Wege-, Wehrdienst-, fremdverschuldeter Unfall?)
- *Datum*
- *Art der Verletzungen*
- *Therapie*
(welche? stationär? durch wen bzw. welches Krankenhaus? mit welchem Erfolg?)
- *Komplikationen*
- *Dauerfolgen*
- *Nachuntersuchungen und Begutachtungen*
(wann? durch wen? Ergebnis?)
- *Unfallunabhängige Gesundheits-/Funktionsstörungen*

Ergänzende Anamnese bei Hauterkrankungen

Wenn sich die Frage nach der Notwendigkeit einer beruflichen Rehabilitation stellt, müssen Erhebungs- und Befundbogen gemäß Erlass vom 28.04.95, I/ÄD - 1909A verwendet werden!

(Erreichbare Fremdbefunde sind beizuziehen!)

- *Familienanamnese*
(Verwandte 1. Grades: z.B. Fließschnupfen? Heuschnupfen? Asthma? Ekzem? Milchschorf? Neurodermitis? andere Hautkrankheiten?)
- *Eigenanamnese*
 - Erkrankungen an Haut und Schleimhäuten
z.B. Fließschnupfen? Heuschnupfen? Augenjucken? Asthma? Ekzem? Milchschorf? Neurodermitis? andere Hautkrankheiten?)
 - Symptome an der Haut
(z.B. Juckreiz beim Schwitzen? trockene Haut und Lippen? Neigung zu Rhagaden? Unverträglichkeit von Textilien, Wolle, Modeschmuck, Uhrarmband, Jeansknopf, Kosmetika, Medikamenten, Nahrungsmitteln, Tierkontakten?)
 - Allergietestung, Allergiepass
 - Beginn und Dauer (Rückfälligkeit? - präzise Beschreibung!)
 - Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?
 - Art der ärztlichen Behandlung? welche Arzneimittel?
 - Lokalisation?
(z.B. Hände, Beugen, Mamillen?)
 - Ausprägung gegenwärtiger oder früherer Hautsymptome?
(z.B. Juckreiz, Rötung, Bläschen, Schuppen, Nässen?)
 - Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit, mit Arbeitsstoffen?
(Abklingen der Hautveränderungen in Freizeit und Urlaub?)
 - Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz?
(Schutzhandschuhe, Hautpflege, betriebsärztliche Betreuung?)
 - Bisherige Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation?

Sechsseitiger **Erhebungsbogen** gemäß Erlass vom 28.04.95, I/ÄD - 1909A: **siehe S. 45 ff.**

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 1

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Ein von Ihnen angegebenes Haut- oder Atemwegsleiden/Allergie könnte wichtig für die Beratung oder Vermittlung im Arbeitsamt sein. Dieser Erhebungsbogen dient der Vorbereitung der geplanten ärztlichen Untersuchung. Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten Erhebungsbogen zum Untersuchungstermin mit, dazu Ihren Allergiepass und andere wichtige Unterlagen (Schreiben der Berufsgenossenschaft, Allergietestbögen sowie Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen und anderen Untersuchungen), falls vorhanden.

Alle Angaben werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften und unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Das Ausfüllen des Erhebungsbogens ist freiwillig und bei Nichtausfüllung entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie können aber durch Ihre Mithilfe die ärztliche Untersuchung wesentlich erleichtern.

I. Eigene Vorgeschichte:

- | | ja | ungewiss | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Bestand bei Ihnen Hautausschlag im Bereich der Gelenke, z.B. der Kniekehlen, Ellenbeugen oder des Kopfes (endogenes Ekzem, Neurodermitis)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| wenn ja: | | | |
| als Säugling | ☐ | ☐ | ☐ |
| als Kind | ☐ | ☐ | ☐ |
| als Jugendlicher | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Leiden oder litten Sie unter Heuschnupfenbeschwerden oder Nasen- und Augenjucken nur zu bestimmten Jahreszeiten (z.B. bei Pollenflug)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wenn ja: | | | |
| a) in welchen Monaten des Jahres? | | | |
| b) in welchem Jahr erstmals? | | | |
| c) wann zuletzt? | | | |
| 3. Leiden oder litten Sie unter ganzjährigem Schnupfen oder Nasen- und Augenjucken? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wenn ja: | | | |
| a) in welchem Jahr erstmals? | | | |
| b) wann zuletzt? | | | |
| c) worauf führen Sie dies zurück | | | |
| 4. Leiden oder litten Sie unter Bronchialasthma? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wenn ja: | | | |
| a) in welchem Jahr erstmals? | | | |
| b) wann zuletzt? | | | |
| c) wodurch wurde es ausgelöst? | | | |
| durch Anstrengung | ☐ | | |
| durch Aufregung, Ärger, Stress | ☐ | | |
| durch feucht-kalte Witterung | ☐ | | |
| durch schlechte Luft | ☐ | | |
| durch Allergie | ☐ | | |
| 5. Wurden Allergietestungen durchgeführt? | ☐ | | ☐ |
| Wenn ja: | | | |
| a) wann? | | | |
| b) welcher Arzt führte die Testungen durch? | | | |
| (Name und Anschrift) | | | |
| c) welches Ergebnis brachte die Allergietestung? (Bitte Sie Ihren Arzt, Ihnen kostenlos die Allergietestbogen leihweise im Original oder in Kopie auszuhändigen zur Vorlage und Auswertung bei der arbeitsamtsärztlichen Untersuchung!) | | | |

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 2

	ja	ungewiss	nein
d) besitzen Sie einen Allergiepaß ? (wenn ja, bitte mitbringen!)	☐		☐
e) wurde eine Spritzenbehandlung (Hyposensibilisierung) durchgeführt?	☐	☐	☐
Wenn ja:			
a) wann?			
b) mit welchem Erfolg?			
6. Haben Sie häufiger trockene, rissige oder schuppige Haut, z.B. der Hände oder der Lippen?	☐	☐	☐
7. Spannt oder juckt die ganze Haut, wenn Sie diese nach dem Duschen oder Baden nicht regelmäßig eincremen?	☐	☐	☐
Wie häufig duschen oder baden Sie? täglich ☐ ___ mal/Woche ☐			
8. Leiden Sie häufiger unter Juckreiz, wenn Sie schwitzen?	☐	☐	☐
Wenn ja:			
welche Hautveränderungen treten auf?			
9. Jucken oder kratzen Kleidungsstücke aus Wolle auf der Haut?	☐	☐	☐
Wenn ja:			
a) bei welchen Wollarten?			
b) welche Hautveränderungen treten auf?			
10. Vertragen Sie Metall auf der Haut, z.B. Ohringe, Halsketten, Armbänder, Ringe, Jeansknöpfe, BH-Verschluss?	☐	☐	☐
Wenn nein:			
a) an welchen Körperstellen?			
b) wann erstmals aufgefallen?			
11. Vertragen Sie Parfüm, Kosmetika oder Seifen auf der Haut?	☐	☐	☐
Wenn nein:			
a) welche?			
b) welche Hautveränderungen treten auf?			
c) an welchen Körperstellen?			
12. Reagieren Sie mit Hautausschlag auf bestimmte Medikamente oder Nahrungsmittel?	☐	☐	☐
Wenn ja:			
a) worauf			
b) welche Hautveränderungen treten auf?			
c) an welchen Körperstellen?			
13. Treten bei Ihnen Hautveränderungen auf bei Aufregung, Ärger oder Streß?	☐	☐	☐
wenn ja: welche?			
Verstärken sich schon vorhandene Hautveränderungen bei Aufregung, Ärger oder Streß?	☐	☐	☐

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 3

	ja	ungewiss	nein
14. Hatten Sie Hautausschläge an den Händen ?	☐	☐	☐
Wenn ja:			
a) schon als Kind	☐	☐	☐
b) vor dem 16. Lebensjahr	☐	☐	☐
c) erst nach dem 16. Lebensjahr	☐	☐	☐
Wodurch wurden die Hautausschläge an den Händen Ihrer Meinung nach ausgelöst?			
15. Welche Hobbys haben Sie?			
16. Haben Sie Kontakt zu Tieren und damit zu Tierhaaren? Wenn ja, zu welchen Tieren?	☐	☐	☐
17. Vertragen Sie Tierhaare von seiten der Haut/der Atemwege?	☐	☐	☐
18. Rauchen Sie?	☐		☐

II. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

1. Bestand bei einem Familienmitglied als Kind oder Jugendlicher Hautausschlag im Bereich der Gelenke, z.B. der Kniekehlen oder Ellenbeugen, oder des Kopfes (endogenes Ekzem, Neurodermitis)?	☐	☐	☐
wenn ja: bei wem?			
2. Leidet ein Familienmitglied unter Heuschnupfenbeschwerden oder Nasen- und Augenjucken nur zu bestimmten Jahreszeiten (z.B. bei Pollenflug)?	☐	☐	☐
wenn ja: wer?			
3. Leidet ein Familienmitglied unter ganzjährigem Schnupfen oder Nasen- und Augenjucken, z.B. durch Hausstaub oder Tierhaare?	☐	☐	☐
wenn ja: wer?			
4. Leidet ein Familienmitglied unter Asthma (mit oder ohne Allergie)?	☐	☐	☐
wenn ja: wer?			
5. Gibt es andere Hautkrankheiten in Ihrer Familie?	☐	☐	☐
wenn ja: welche und bei wem?			

III. Berufliche Vorgeschichte

1. Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?	☐	☐
wenn ja:		
a) welche?		
b) wann?		
2. Arbeiten Sie zur Zeit in diesem Beruf?	☐	☐
wenn nein :		
seit wann nicht mehr?		
3. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?		
seit wann?		

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 4

		ja	ungewiss	nein
4.	Haben Sie beruflich Hautkontakt mit Chemikalien, Stäuben, Baustoffen oder Flüssigkeiten?	☐	☐	☐
	wenn ja:			
	a) wo? _____			
	b) wie häufig? _____			
	c) mit welchen Körperstellen kommen Sie damit in Kontakt?			
	Finger	☐		
	Handinnenflächen	☐		
	Handrücken	☐		
	Unterarme	☐		
	beide Hände	☐		
	andere Körperstellen _____			
5.	Sind bei Ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit Hautveränderungen aufgetreten?	☐	☐	☐
	wenn ja:			
	a) an welchen Körperstellen? _____			
	b) welche Hautveränderungen? _____			
	c) wann erstmals? (Monat/Jahr) _____			
	d) wann im Laufe des Arbeitstages und der Arbeitswoche traten die Veränderungen auf?			
	direkt zu Arbeitsbeginn	☐		
	im Laufe des Tages	☐		
	nach der Arbeit	☐		
	am Wochenanfang	☐		
	in der Mitte der Woche	☐		
	am Ende der Woche	☐		
6.	Durch welche Arbeitsstoffe oder durch welche Tätigkeiten sind die Hautveränderungen Ihrer Meinung nach ausgelöst oder verstärkt worden?			

7.	Bessert(e) sich die Haut anfangs ohne ärztliche Behandlung			
	a) am Wochenende?	☐	☐	☐
	Seit wann reicht das Wochenende nicht mehr aus, dass sich die Hauterscheinungen zurückbilden? _____			
	b) im Urlaub?	☐	☐	☐
	Nach wieviel Wochen Urlaub sind die Hauterscheinungen wieder verschwunden? _____			
8.	Tragen/Trugen Sie bei Ihrer Tätigkeit Schutzhandschuhe?	☐		☐
	wenn ja:			
	a) seit wann? _____			
	b) wie häufig?			
	dauernd	☐		
	gelegentlich	☐		
	nur beim Umgang mit hautreizenden Stoffen	☐		
	c) haben Sie Schutzhandschuhe vertragen ?	☐	☐	☐
	wenn nein: welche? _____			
	d) Besserten sich die Hautveränderungen durch das Tragen der Handschuhe?			
	erheblich ☐ gering ☐ nein ☐			

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 5

	ja	ungewiss	nein
9. Benutz(t)en Sie in Ihrem Betrieb Hautschutzmittel (Cremes, Salben o.a.)?	☐		☐
wenn ja:			
a) seit wann?	_____		
b) wie häufig?	☐ täglich		☐ gelegentlich
c) besserten sich die Hautveränderungen dadurch?			
erheblich ☐ gering ☐ nein ☐			
10. Hat der Betrieb einen Betriebsarzt?	☐		☐
wenn ja:			
a) haben Sie mit dem Betriebsarzt wegen Ihrer Beschwerden Kontakt gehabt?	☐		☐
b) Name des Betriebsarztes, Name und Adresse des Betriebes	_____		
wenn ja:			
welche Folgen ergaben sich daraus für Sie?	_____		
11. Wurden vor oder während Ihrer Tätigkeit arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen der Haut durchgeführt?	☐	☐	☐
wenn ja:			
a) wann erstmals?	_____		
b) wann zuletzt?	_____		
c) mit welchen Folgen	_____		
12. Wurden irgendwelche Maßnahmen am Arbeitsplatz von Ihnen oder vom Arbeitgeber gegen Ihre Hautveränderungen ergriffen?	☐	☐	☐
wenn ja:			
a) welche?			
Wechsel der Substanzen	☐		
Wechsel der Arbeitsmittel	☐		
Wechsel der Werkzeuge	☐		
Veränderungen an den Maschinen	☐		
Einsatz von Absaugungsanlagen	☐		
andere _____	☐		
b) besserten sich dadurch die Hauterscheinungen?			
erheblich ☐ gering ☐ nein ☐			
13. Haben Sie wegen Ihrer Hauterkrankung die Ausbildungs-/Arbeitsstelle gewechselt oder wurden Sie deswegen auf einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt ?	☐	☐	☐
wenn ja:			
a) wann?	_____		
b) was wurde getan?	_____		
c) besserten sich dadurch die Hauterscheinungen?			
erheblich ☐ gering ☐ nein ☐			
d) sind Sie mit dieser Situation zufrieden?	☐	☐	☐

IV. Ärztliche Behandlung

1. Wurden Sie wegen Ihrer Hauterkrankungen ärztlich untersucht/behandelt? ☐ ☐

Erhebungsbogen Hautkrankheiten/Allergien Seite 6

wenn ja:

a) wegen welcher Hauterkrankungen? _____

b) bei welchem Arzt? _____

c) wann haben Sie erstmals einen Hautarzt aufgesucht? _____

d) ggf. bitte Namen und Anschrift des Hautarztes angeben _____

e) wann zuletzt sind Sie ärztlich/hautärztlich untersucht/behandelt worden? _____

f) erfolgte eine Allergietestung erst nach Abklingen der Hauterscheinungen?

ja	ungewiss	nein
☐	☐	☐

g) welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

h) welchen Erfolg hatten die Behandlungsmaßnahmen? _____

i) welche Empfehlungen gab der behandelnde Arzt?

Benutzung von Hautschutzmitteln

☐

Benutzung von Schutzhandschuhen

☐

Kontakt mit Arbeitsstoffen vermeiden

☐

Wechsel des Arbeitsplatzes

☐

Wechsel des Betriebs

☐

Wechsel des Berufs

☐

andere _____

☐

2. Waren oder sind Sie **wegen Ihrer Hauterkrankung** arbeitsunfähig krank geschrieben?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

wenn ja:

a) wann erstmals? _____

b) wie oft? _____

c) für wie lange jeweils? (bitte möglichst genaue Krankheitsdaten angeben!) _____

d) wann zuletzt? _____

e) von welchem Arzt? _____

3. Wurde die Berufsgenossenschaft eingeschaltet (z.B. Berufskrankheiten-Anzeige)?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

wenn ja:

a) von wem? _____

b) welche Berufsgenossenschaft? _____

c) Ihr Aktenzeichen? _____

d) hat eine ärztliche Untersuchung für die Berufsgenossenschaft bereits stattgefunden oder haben Sie dafür einen Termin?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

wenn ja: wann und durch wen? _____

e) haben Sie einen Bescheid der Berufsgenossenschaft erhalten? (wenn ja, bitte mitbringen!)

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

4. Können Sie Ihre Tätigkeit wieder ohne Hautveränderungen ausüben?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

wenn ja:

seit wann? _____

Ergänzende Anamnese bei Diabetes mellitus

(Erreichbare Fremdbefunde sind beizuziehen!)

- *Krankheitsbeginn*
- *Bisheriger Krankheitsverlauf*
(ambulante/stationäre Blutzuckereinstellung? durch wen? Blutzuckerwerte?)
- *Komplikationen*
(z.B. Koma? Schock? Infekte? Wundheilungsstörungen?)
- *Spätkomplikationen*
(z.B. Augen? Blutgefäße? Nieren?)
Therapie
(Diät? Tabletten? Insulin?)
- *Selbstkontrolle*
(Blutzucker, Urinzucker; Protokoll?)

Ergänzende Anamnese bei zerebralem Anfallsleiden

(Erreichbare Fremdbefunde sind beizuziehen!)

- *Beginn der Erkrankung*
- *Bezug zu Verletzungen / Erkrankungen*
- *Art der Anfälle, Symptome*
(Grand mal-Epilepsie? Absencen? fokale Anfälle? Prodromi? Aura? Dämmerungszustand? Anfallsdauer?)
- *Anfallshäufigkeit, Datum des letzten Anfalls?*
- *Anfälle zu bestimmten Tageszeiten*
(morgens? tagsüber? nachts?)
- *Anfallsprovokation*
(durch Schlafentzug? akustische Reize? Alkohol? Flackerlicht? Fernsehen?)
- *anfallsbedingte Verletzungen*
- *Therapie*
(fachärztlich? durch wen? Art der Therapie? Therapieerfolg? Nebenwirkungen?)
- *Stationäre Untersuchungen / Behandlungen*
(wann? durch wen?)
- *bisheriger Verlauf unter Therapie*
- *Auswirkungen von Krankheit und Therapie auf die Tätigkeit*

Funktionsdiagnose

Die Funktionsdiagnose stellt eine Brücke zwischen der medizinischen Diagnose und dem Leistungsvermögen her. Aus ihr leitet sich die sozialmedizinische Beurteilung in Form des positiven und negativen Leistungsbildes ab. Um zur Funktionsdiagnose zu gelangen, muss die medizinische Diagnose durch die zugehörigen Funktionsstörungen ergänzt werden.

Zum Beispiel kann die „chronische Polyarthrit“ in funktioneller Hinsicht alle Schweregrade von nicht oder nur leichtgradig eingeschränkter Leistungsfähigkeit (leichte Gelenkschwellung, keine Veränderungen im Röntgenbild, keine Funktionsstörungen) bis hin zur Leistungsunfähigkeit (erhebliche Gelenkzerstörungen, Fehlstellungen, Ankylosen, schwerste Funktionsbehinderungen) annehmen.

Aufgrund typischer Röntgenbefunde der Wirbelsäule werden häufig die Diagnosen „Spondylose“ und „Osteochondrose“ in den Gutachten genannt. Diese (Röntgen-) Diagnosen sind jedoch nicht automatisch auch mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit verbunden. Erst zusammen mit den ggf. vorhandenen Funktionsstörungen und Schmerzen, die sich auf diese degenerativen Veränderungen beziehen lassen, gewinnen die Diagnosen Aussagekraft für das Gutachten. Die festgestellten (oder fehlenden) Funktionseinschränkungen und radikulären Reizerscheinungen müssen also unbedingt mit angegeben werden.

Bei Behinderungen der oberen Extremität sind neben der medizinischen Diagnose Hinweise auf die Funktion von großer Wichtigkeit: Erst die ergänzenden Angaben zur Möglichkeit des Faustschlusses, zu Einschränkungen der Greiffunktion, des Greifraumes, der Handgeschicklichkeit, der groben Kraft, zu Störungen der Sensibilität der Finger usw. lassen Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zu.

Oft wird die medizinische Diagnose im Verhältnis zur gestörten Funktion nebensächlich. Ganz gleich, ob das Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk betroffen ist oder ob im Bereich der Gelenkkette „Bein“ eine Parese, eine Durchblutungsstörung oder eine Fehlstellung der Knochenachsen vorliegt, bei allen genannten Schädigungen ist das Stehen, Knien, Hocken, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und das Gehen auf unebenem Boden beeinträchtigt.

Eine Diagnose „Zustand nach“ (z.B. Zustand nach Magenoperation) ist in funktioneller Hinsicht meist nicht aussagekräftig. Der Bezug zur Leistungsfähigkeit muss durch die Diagnoseformulierung deutlich gemacht werden, also z.B. „Zustand nach operativer Teilentfernung des Magens (Billroth II, 1983) ohne Funktionseinschränkung“ oder „mit reduziertem Ernährungs- und Allgemeinzustand“.

Verdachtsdiagnose

Im klinischen Bereich dient eine „Verdachtsdiagnose“ als Arbeitshypothese, die im weiteren Verlauf der Untersuchungen möglichst aufgrund der Anamnese und der Befunde zu verifizieren oder zu falsifizieren ist. Nicht immer - z.B. bei nicht durchführbaren eingreifenden Untersuchungen - kann eine abschließende Klärung der Diagnose erreicht werden, so dass bestimmte Therapiemaßnahmen nur auf einer Verdachtsdiagnose gründen.

Für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung gilt ähnliches. Auch hier arbeitet der Gutachter anfangs mit einer Arbeitshypothese hinsichtlich der Art, Schwere und Prognose einer festgestellten Gesundheitsstörung. Lässt sich eine Diagnose nicht eindeutig stellen, obwohl sie für das Leistungsbild erheblich ist, sind weitere Untersuchungen, auch im Rahmen einer Zusatzbegutachtung, angebracht. Beeinträchtigt die vermutete Gesundheitsstörung das Leistungsvermögen nicht, muss auf ihre Nennung im Gutachten verzichtet werden. Nur solche Angaben sind der das Gutachten veranlassenden Stelle mitzuteilen, die für deren Aufgabenerledigung benötigt werden.

Die Diagnose „Verdacht auf ...“ gehört nicht in ein Gutachten, da mit ihr kein zuverlässiges Leistungsbild zu begründen ist. Der Auftraggeber des Gutachtens benötigt Fakten, um Maßnahmen zu begründen, keine Vermutungen.

Es kommt gelegentlich vor, dass eine Gesundheitsstörung im Detail nicht eindeutig mit einer Diagnose bezeichnet werden kann, z.B. bei einer psychischen Erkrankung, die verschiedene Deutungen zulässt. Ob im Einzelfall eine reaktive oder eine endogene Depression vorliegt, muss oftmals offen bleiben. Dann kann auf eine allgemeinere Diagnose, z.B. „Depressive Verstimmung“ ausgewichen und trotzdem ein zutreffendes Leistungsbild erstellt werden. Im Befundbogen kann die Diagnose „Verdacht auf ...“ selbstverständlich erscheinen. Lässt sich ein Verdacht weder verifizieren noch ausschließen, auch nach Zusatzbegutachtungen, ist die Gutachteraussage entsprechend einzuschränken und ggf. auf die Notwendigkeit einer Nachbegutachtung zu einem späteren Zeitpunkt hinzuweisen.

(Siehe auch S. 55)

Formulierung arbeitsamtsärztlicher Gutachten

Arbeitsamtsärztliche Gutachten werden regelmäßig von medizinischen Laien veranlasst. Damit sie ihren Zweck, einen medizinischen Sachverhalt aufzuklären und zu erläutern, erfüllen können, müssen sie laienverständlich formuliert werden. Dies betrifft sowohl die Nennung der arbeitsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen als auch die Erläuterung der funktionellen Auswirkungen dieser Störungen. Selbstverständlich müssen die Aussagen trotzdem medizinisch korrekt sein, zumal sie häufig auch Ärzten anderer Sozialleistungsträger als Grundlage eigener Stellungnahmen dienen.

Ein Gutachter gab z.B. als Diagnose an: „Linksbetonte Zerebralparese“. Zweifellos kann ein Arzt mit dieser Diagnose gewisse zutreffende Vorstellungen verbinden, kaum jedoch ein medizinischer Laie, selbst wenn ihm die medizinische Nomenklatur nicht ganz fremd ist. Da außerdem im Gutachtentext auf eine Darstellung der funktionellen Auswirkung völlig verzichtet und lediglich festgestellt wurde, der „orthopädische Basiszustand“ habe sich gebessert, bleibt das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen selbst für einen Mediziner unklar. Der mögliche Einwand, der Vermittler/Berater kenne ja den Untersuchten, geht selbstverständlich fehl, weil es gerade Sinn und Zweck der Begutachtung ist, die gesundheitlichen Einschränkungen zu objektivieren. Anstelle der fachsprachlichen Diagnose hätte z.B. formuliert werden können: „Frühkindlich erworbene Schädigung des Gehirns mit allgemeiner Muskelschwäche, links mehr als rechts“. Die funktionellen Auswirkungen hätten im einzelnen geschildert werden müssen.

In einem anderen Gutachten lautete die Diagnose „Zustand nach erweiterter Pneumektomie mit Pericardteilresektion“, eine Formulierung, die wörtlich aus einem Krankenhausentlassungsbericht abgeschrieben war. Als funktionelle Auswirkungen wurden - ohne weitergehende Erläuterungen - „leichte restriktive Ventilationsstörungen“ festgestellt. Was aber soll sich ein medizinischer Laie darunter vorstellen?

Nicht selten finden sich auch anamnestische und diagnostische Angaben im Gutachtentext. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (BfD) hat anlässlich einer datenschutzrechtli-

chen Kontrolle eines Arbeitsamtes Anstoß daran genommen, dass einige der beim Vermittler aufbewahrten ärztlichen Gutachten solche Angaben enthielten. Zwar ist die grundsätzliche Kritik des BfD an der Mitteilung auch anamnestischer Daten aus ärztlicher Sicht nicht nachzuvollziehen, weil diese Daten geeignet sein können, der veranlassenden Stelle Art, Schwere und den voraussichtlichen Verlauf der Gesundheitsstörungen plausibel zu machen. Wenn der Vermittler/Berater die diesbezüglichen Angaben des Gutachters nachvollziehen kann, kann er abschätzen und qualifiziert entscheiden, ob Hilfen bei der beruflichen Eingliederung notwendig sind oder ob ein Tätigkeitswechsel oder gar eine Umschulung erforderlich ist. Dennoch lässt sich nicht leugnen, dass in manchen arbeitsamtsärztlichen Gutachten auch überflüssige Angaben zu finden sind, z.B. für den Laien unverständliche Angaben zu einer angewandten Operationstechnik. Die zusammenfassende Beurteilung im Gutachtenformular ist prinzipiell etwas anderes als eine ausschließlich für Ärzte bestimmte Epikrise im Krankenhausentlassungsbericht. Möglicherweise weckt die Verwendung des Begriffes „Epikrise“ im Gutachtenformular bei manchen Ärzten falsche Assoziationen. Ein ärztliches Gutachten dient stets der Erhellung eines medizinischen Sachverhalts für einen bestimmten Auftraggeber und Zweck. Daher müssen die Formulierungen so gewählt werden, dass der Auftraggeber mit ihnen etwas anfangen kann. Der Umfang der Mitteilungen hat demselben Ziel zu dienen. Mitteilungen, die der Auftraggeber nicht benötigt, müssen unterbleiben. Welche Mitteilungen der Auftraggeber benötigt, ergibt sich allein aus den gestellten Fragen. Als „Fragen“ gelten in diesem Zusammenhang auch die im Formular vorgegebenen Stichworte. Sehr wichtig sind z.B. die Hinweise des Gutachters zur Prognose des Leistungsvermögens, weil sie in entscheidendem Maße die Weichenstellung für die berufliche Zukunft des Arbeit- bzw. Ratsuchenden beeinflussen können.

Das „Was“ und „Wie“ der Gutachtenformulierung bedarf somit eines kritischen Abwägens von Seiten des Gutachters. Die „Anleitung für die Erstellung arbeitsamtsärztlicher Gutachten“ (S. 6) bietet detaillierte Hinweise zur Gutachtererstellung.

Berufskundliche Aussagen

In Gutachtenanträgen werden nicht selten Fragen gestellt, die über den medizinischen Bereich weit hinausreichen. Manche Ärzte beantworten solche Fragen auch dann, wenn ihnen die hinter den Fragen stehenden Rechtsbegriffe und die Konsequenzen ihrer Antworten nicht ausreichend bekannt sind. Ärzte sind nur in medizinischen Fragen kompetent. Besonders bei der Frage der Eignung von Ratsuchenden für bestimmte Berufe kann es leicht zu Fehleinschätzungen der realen Arbeitsbedingungen kommen, die dann ungeeignete, aber kostspielige Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation zur Folge haben.

Der Wandel der Arbeitswelt kann nicht „nebenbei“ so intensiv verfolgt werden, dass die Kenntnisse darüber als uneingeschränkt valide angesehen werden könnten. Nicht umsonst gibt es Spezialisten für Berufskunde in den Arbeitsämtern, die von den Vermittlern/ Beratern hinzugezogen werden können. Zwar können Sammlungen zur (medizinischen) Berufskunde (z.B. „DV-gabi“; „Berufsprofile für die arbeits- und sozialmedizinische Praxis“ [BW-Verlag

1997]; Scholz/ Wittgens *Arbeitsmedizinische Berufskunde* [2. Aufl. 1992, Gentner-Verlag, Stuttgart]) dem ärztlichen Gutachter in vielen Fällen Aufschluss über die gesundheitlichen Anforderungen eines Berufes geben, und nicht selten hat ein Arzt tatsächlich in einem bestimmten Berufsbereich vertiefte berufskundliche Kenntnisse, dennoch sollte der Gutachter sehr genau prüfen, ob eine beabsichtigte berufskundliche Äußerung tatsächlich auf aktuellen berufskundlichen Fakten beruht oder nur auf einer allgemeinen Lebenserfahrung.

Beispielsweise auf die Frage, ob der Versicherte seinen bisherigen Beruf noch weiterhin ausüben kann, sind Formulierungen zweckmäßig wie: „Wenn es in dem Beruf eines ... Arbeitsplätze gibt, die mit dem vorstehend beschriebenen Leistungsbild vereinbar sind, kann der Proband weiterhin in seinem Beruf tätig sein.“ Der Arzt vergibt sich nichts, wenn er die fehlende Kompetenz in nichtmedizinischen Dingen offen ausspricht.

Verwertung von Vorgutachten - Gutachten nach Aktenlage

Die Beziehung von Vorgutachten ist zwar in das Ermessen des ärztlichen Gutachters gestellt, in der Regel wird jedoch ein gewissenhafter Arzt erreichbare Vorgutachten und Befunde für seine aktuelle Begutachtung beziehen und verwerten. Dies beinhaltet die *Sichtung* des Vorgutachtens, eine *Wertung* aller Teilinhalte und die *kritische Auseinandersetzung* mit der arbeits- und sozialmedizinischen Gutachteraussage des Vorgutachters. Erst danach trifft er die Entscheidung, welche der relevanten, d. h. nachvollziehbaren und aussagekräftigen, evtl. auf Spezialuntersuchungen beruhenden Befunde er in das neue Gutachten übernimmt.

Ein entscheidendes Kriterium für die Verwertbarkeit von Vorgutachten, Befundunterlagen, Entlassungsberichten oder Gutachten anderer Sozialleistungsträger stellt die Aktualität und damit die Wertigkeit der darin enthaltenen Befunde dar. Deshalb sind insbesondere ältere Befunde kritisch auf ihre „Zeitnähe“ zu prüfen, d.h. ob sie zum Zeitpunkt der Begutachtung weiterhin relevant sind.

Die Verwertbarkeit älterer Befunde hängt außerdem weitgehend von der Art der vorliegenden Gesundheitsstörung ab. So können bei langsam verlaufenden Verschleißerkrankungen Röntgenaufnahmen des Stütz- und Bewegungsapparates noch nach Jahren aussagekräftig sein, während Laborwerte oder Herz-Kreislauf-Parameter mehr akut oder schubweise verlaufender Leiden z.T. schon nach Tagen überholt sind. Daher lassen sich für Befunde keine allgemeingültigen „Verfallsdaten“ angeben. Ihre Wertung muss der Einschätzung und Erfahrung des begutachtenden Arztes überlassen bleiben. Die Frage der Aktualität von Befunden stellt sich dem Arzt also bei jeder Begutachtung neu.

Für die Abschätzung der *Prognose* bleiben Vorbefunde und Vorgutachten unverzichtbar. Ohne deren Kenntnis und den Vergleich mit neuen Befunden lässt sich der Verlauf eines Leidens und somit die Leistungsfähigkeit nicht hinreichend beurteilen. Und gerade zur Prognose wird der Arbeitsamtsarzt befragt, wenn es z.B. bei Behinderten, Leistungsgeminderten oder Jugendlichen um eine berufliche (Neu-) Orientierung oder den dauerhaften Ansatz an einem Arbeitsplatz geht.

Aus Vorgutachten sollten nur die wichtigsten und aussagefähigen Teile und nicht das ge-

samte Gutachten als Fotokopie übernommen werden. Die Quelle ist anzugeben. Die Übernahme von wertenden, nicht auf Messdaten beruhenden Aussagen des Vorgutachters, z.B. zur Persönlichkeit, zum Verhalten und zum Auftreten des Ratsuchenden, ist natürlich problematisch und muss entsprechend kritisch gehandhabt werden.

In engem Zusammenhang mit der Verwertung von Vorgutachten steht die Erstellung von Gutachten nach Aktenlage. Bislang werden im Bundesdurchschnitt jährlich ca. 26 % aller arbeitsamtsärztlichen Begutachtungen nach Aktenlage erstellt. Ein Gutachten kann nach Aktenlage gefertigt werden, wenn aktuelle und aussagefähige Vorgutachten oder Befunde vorliegen. Als solche können die meisten Befunde und Vorgutachten gelten, die nicht älter als ein halbes Jahr sind. Ältere Unterlagen müssen, wie bereits erwähnt, besonders kritisch hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit geprüft werden, bevor sie als Grundlage für ein Gutachten nach Aktenlage herangezogen werden. Eine wesentliche Voraussetzung für die Eignung der Unterlagen als Grundlage eines Aktenlagengutachtens mit positivem und negativem Leistungsbild ist auch, dass die dargestellten Befunde einen vollständigen Status einschließen, der Schlussfolgerungen zur Funktion aller Organsysteme erlaubt.

In folgenden Fällen bietet sich die Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage an:

- Es liegen aktuelle, arbeits- und sozialmedizinisch aussagefähige Vorgutachten oder ausführliche ärztliche Befundberichte vor, die die Erstellung eines allgemeinen Leistungsbildes und/oder die fundierte Beantwortung der Zielfragen zulassen. Dies kommt z.B. in Betracht bei Begutachtungen im Zusammenhang mit der Bewilligung von Kindergeld, bei Fällen nach § 125 SGB III oder bei sonstigen Begutachtungen, wenn ärztliche Unterlagen, etwa nach kürzlich erfolgter Reha- oder Rentenbegutachtung, unter Beifügung einer vom Probanden ausgefertigten Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht angefordert werden können. (Vermeidung von Doppeluntersuchungen, § 96 SGB X)
- Wenige Monate nach bereits durchgeführter Begutachtung wird wegen einer oder mehrerer Rückfragen erneut ein Gutachtenantrag gestellt.

Die Entscheidung über die Vorgehensweise und die Art der Begutachtung trifft allein der begutachtende Arzt. Damit trägt er allein die Verantwortung für seine Handlungsweise und das Gutachtenergebnis. Dies sollte auch bei Gutachtenanträgen bedacht werden, in denen vom Antragsteller versucht wird, „bahnend“ Einfluss zu nehmen („Ich bitte um Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage“).

Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der beruflichen Eingliederung Behinderter

Begutachtungen im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung Behinderter stellen besonders hohe Anforderungen an den Gutachter. Die „richtige“ Weichenstellung durch die Fachabteilung, von der letztlich die berufliche Zukunft des Rehabilitanden abhängen kann, setzt ein sorgfältig erstelltes Leistungsbild ebenso wie eine fundierte Aussage zur Prognose der Leistungsfähigkeit durch den Arzt voraus. Darüber hinaus fallen bei der beruflichen Rehabilitation oft sehr erhebliche Kosten an. Hierfür trägt der Gutachter seinen Teil der Verantwortung.

Rechtlicher Hintergrund

„(1) Behinderten können Leistungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung erbracht werden, die wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre berufliche Eingliederung zu sichern. (2) Bei der Auswahl der Leistungen sind Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen.“ (§ 97 SGB III). Im Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Reha-Angleichungsgesetz) wird dasselbe Ziel trägerübergreifend formuliert (§ 11 Abs. 1 Reha-AnglG).

Was genau unter der Formulierung „... um ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen“ zu verstehen ist, ist nicht im Gesetz definiert, sondern durch die Rechtsprechung. In der Begründung zu einem Urteil vom 26.08.92 (Az: 9b RAr 3/91, bestätigt mit Urteil vom 24.06.98, Az: B 2 U 36/98) führt das Bundessozialgericht sinngemäß aus, durch die Reha-Maßnahmen sollten die Behinderten befähigt werden, die während der Maßnahmen erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten *auf dem ganzen Berufsfeld*, das durch die Maßnahmen eröffnet werde, *uneingeschränkt* zu verwerten.

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation dürfen somit nur gewährt werden, wenn damit die *volle* Erwerbsfähigkeit erreicht wird.

Auch das Bundessozialgericht ist sich in seiner Urteilsbegründung der Problematik bewusst, dass bei strikter Anwendung des vorgenannten

Grundsatzes eine berufliche Rehabilitation aufgrund von Art und Schwere der Behinderung oftmals nicht möglich ist. Es lässt daher die Reduktion des umfassenden Zieles der Herstellung uneingeschränkter Erwerbsfähigkeit auf einen Teilbereich beruflicher Beschäftigungsmöglichkeiten dann (und nur dann) zu, wenn die Einschränkung für die übrigen in Betracht kommenden Berufe in etwa gleich schwerwiegend ist. Die Entscheidung darüber ist jedoch keine ärztliche, sondern bleibt dem Reha-Berater vorbehalten.

Hinweise für die Begutachtung

1. Wichtig ist die Angabe des Gutachters, ob bzw. wann voraussichtlich die medizinische Rehabilitation abgeschlossen ist, so dass mit der beruflichen Rehabilitation begonnen werden kann.
2. Besteht der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit, muss dies im Gutachten vermerkt werden. Ferner muss der Arzt die entsprechende Meldung an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeben (§ 202 SGB VII). Stets sind anlagebedingte Leiden auszuschließen bzw. abzugrenzen. *Festgestellt* wird eine Berufskrankheit ausschließlich durch den zuständigen Unfallversicherungsträger.
3. Bei Unfällen, gleichgültig ob es sich um Arbeitsunfälle oder andere Unfälle handelt, müssen im Befundbogen die unfallbedingten Dauerschäden und die unfallunabhängigen Funktionsstörungen festgehalten werden.
4. Bei berufskundlichen Aussagen ist Zurückhaltung angebracht. Primär liegt die Zuständigkeit für die Umsetzung des Leistungsbildes in konkrete berufliche Zielvorstellungen in der Zuständigkeit des Reha-Beraters, erforderlichenfalls in Zusammenarbeit mit dem Sachgebiet „Berufskunde“ und dem Technischen Berater. Der Arzt sollte nur dann selbst berufskundliche Aussagen in sein Gutachten aufnehmen, wenn er absolut sicher ist, das Berufsfeld hinreichend zu kennen und die Tragweite seiner Aussagen auch verantworten zu können. (Siehe auch S. 56)

Werkstatt für Behinderte (WfB)

Die Werkstätten für Behinderte stellen einen Sonderarbeitsmarkt für solche Behinderten dar, denen der allgemeine Arbeitsmarkt wegen Art und Schwere ihrer Behinderung (noch) verschlossen ist. Die Behinderten sollen im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich der WfB so gefördert werden, dass sie in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in den Produktionsbereich der WfB eingegliedert werden können. Derartige Fördermaßnahmen dauern maximal zwei Jahre. Langfristig soll auch ein Übergang aus dem Produktionsbereich der WfB zum allgemeinen Arbeitsmarkt möglich werden. (Tatsächlich erreichen weniger als 5 % der in die WfB eingegliederten Behinderten den Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt.)

Voraussetzungen für die Aufnahme eines Behinderten in eine WfB sind:

1. Abschluss der medizinischen Rehabilitation, so dass das Ziel der Fördermaßnahme, nämlich die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Tätigkeit im Arbeitsbereich der WfB zu schaffen, erreicht werden kann.
2. Pflege-Unabhängigkeit. Der Behinderte muss von der Pflege anderer Personen soweit unabhängig sein, dass eine Teilnahme an Maßnahmen im Eingangsverfahren bzw. Arbeitstrainingsbereich möglich erscheint. In diesem Bereich beträgt der Betreuungsschlüssel 1 : 6 (ein Betreuer auf sechs Behinderte).
3. Gemeinschaftsfähigkeit des Behinderten. Hierzu muss der Gutachter konkret Stellung nehmen.

Zusammenarbeit mit der Leistungsabteilung: Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe (Alg/Alhi)

Berührungspunkte zwischen Leistungsabteilung und Ärztlichem Dienst

Die Leistungsabteilung des Arbeitsamtes benötigt bei ihrer Entscheidung, ob ein Antrag auf Leistungen ganz (§ 119 SGB III) oder teilweise (§ 144 SGB III) abzulehnen ist, in welcher Höhe (§§ 133, 200 SGB III) Leistungen zu erbringen sind und ob der Arbeitgeber zur Erstattung des Alg (§128 AFG) verpflichtet ist, oftmals ein ärztliches Gutachten als Entscheidungshilfe. Sinn und Zweck des arbeitsamtsärztlichen Gutachtens ist es, das Leistungsvermögen des Empfängers von Alg oder Alhi bzw. des Antragstellers ärztlich zu beurteilen.

Sperrzeit (§ 144 SGB III)

Führt ein Versicherter seine Arbeitslosigkeit selbst ohne „wichtigen Grund“ herbei, können ihm gem. § 144 SGB III die Leistungen der BA mehrwöchig gesperrt werden. Dasselbe gilt, wenn er als Arbeitsloser eine ihm angebotene zumutbare Tätigkeit nicht aufnimmt. Als „wichtiger Grund“ gilt u. a. eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die es dem Betroffenen unmöglich macht, diese Tätigkeit (weiter) zu verrichten.

Die Fachabteilungen sind bei der Entscheidung, ob die Aufgabe eines Arbeitsverhältnisses medizinisch begründet war, auf ärztliche Aussagen angewiesen und schalten zu diesem Zweck in der Regel den Ärztlichen Dienst ein. Werden die geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen durch den Gutachter bestätigt, tritt im allgemeinen keine Sperrzeit ein, da ein wichtiger Grund i.S. des § 144 SGB III anerkannt wird. Bestätigt das Gutachten die gesundheitlichen Einschränkungen nicht, erhält der Versicherte während der daraufhin verhängten Sperrzeit kein Alg/Alhi.

Beispiel

Ein Hilfsarbeiter kündigt das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen, weil er dauernd bis zu 25 kg schwere Lasten heben muss. Anlässlich der Arbeitslosmeldung und Antragstellung wird ein Arztgutachten in Auftrag gegeben, zum einen zur Frage des wichtigen Grundes für die Arbeitsaufgabe, zum anderen zu der Frage, welche Tätigkeiten noch verrichtet werden können. Stellt der Gutachter fest, der Arbeitslose könne wegen eines Rückenleidens

keine Lasten über 20 kg dauernd heben, wird ein „wichtiger Grund“ anerkannt. Eine Sperrzeit tritt nicht ein. Beinhaltet das Gutachtenergebnis die Aussage, der Versicherte könne keine Lasten über 30 kg dauernd heben, wird das Arbeitsamt dem Arbeitslosen keinen „wichtigen Grund“ für die Lösung seines Beschäftigungsverhältnisses anerkennen, da er nur Lasten bis zu 25 kg zu heben hatte. Es wird eine Sperrzeit festgesetzt.

Ähnliches gilt, wenn ein Arbeitsloser eine vom Arbeitsamt angebotene Arbeit aus gesundheitlichen Gründen ablehnt. Werden die geltend gemachten Einschränkungen durch das Arztgutachten bestätigt, tritt in der Regel keine Sperrzeit ein, da das Arbeitsangebot dem Arbeitslosen nicht zuzumuten war.

Wichtig:

Nicht der begutachtende Arzt, sondern die das Gutachten veranlassende Stelle trifft Entscheidungen über Sperrzeiten.

Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung

Begriff der Verfügbarkeit (§ 119 SGB III)

Grundsätzlich muss ein Arbeitsloser, der Alg/Alhi beansprucht, den Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes zur Verfügung stehen („verfügbar“ sein). Die Vermittlung in Arbeit hat stets Vorrang vor der Zahlung von Lohnersatzleistungen. Der Arbeitsvermittlung steht zur Verfügung, wer arbeitsfähig und arbeitsbereit ist. Hierzu gehört u.a., dass der Arbeitslose eine zumutbare versicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Stunden wöchentlich unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben

- *darf*, d. h., es bestehen keine gesetzlichen Beschäftigungsverbote (z.B. Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz, fehlende Arbeitserlaubnis),
- *kann*, d. h., er muss ein ausreichendes Leistungsvermögen für eine derartige Tätigkeit besitzen (leistungsfähig sein) und
- *will*, d. h., er muss dazu auch bereit sein.

Die „Üblichkeit der Bedingungen“ einer Tätigkeit beurteilt der Arbeitsvermittler/-berater, während für die Beurteilung des Leistungsvermögens der Arbeitsamtsarzt zuständig ist. (Mit „üblichen Bedingungen“ ist gemeint, dass es

die in Frage kommenden Beschäftigungen nicht nur in Einzelfällen, sondern in nennenswertem Umfange geben muss, ferner Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit, das Arbeitsentgelt, Art und Umfang der zu leistenden Arbeit, der Arbeitsweg usw.)

Wichtig:

Nicht der begutachtende Arzt, sondern die das Gutachten veranlassende Stelle trifft Entscheidungen über die Verfügbarkeit.

**Arbeitsunfähigkeit und Verfügbarkeit
(§ 126 SGB III)**

Arbeitslose erhalten Alg/Alhi nur, wenn sie der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen (siehe oben). Ein häufiger Grund, warum ein Arbeitsloser der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht, ist Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit.

Arbeitsunfähig im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ist gem. § 44 Abs. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) derjenige Versicherte, der seiner bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit oder einer ähnlichartigen Tätigkeit überhaupt nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes nachgehen kann.

Bei *arbeitslosen* Erkrankten ist die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht nach der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern nach allen zumutbaren Tätigkeiten zu beurteilen, die der Arbeitsmarkt zur Verfügung stellt. Innerhalb der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit lassen die gesetzlichen Krankenkassen bei arbeitslosen Versicherten prüfen, ob Leistungsunfähigkeit für mehr oder weniger als sechs Monate besteht. Nur bei Leistungsunfähigkeit für weniger als sechs Monate halten sie ihre Zuständigkeit für die Zahlung von Krankengeld nach Ablauf der sechswöchigen Leistungsfortzahlungsfrist für gegeben. Bei einer voraussichtlich längeren als sechsmonatigen Dauer der Leistungsunfähigkeit kommt dann ein Nahtlosigkeitsverfahren nach § 125 SGB III in Betracht (siehe S. 63 sowie RdErl v. 27.07.98, IIa4 -71118/.../1966/...). Wird die länger als sechs Monate dauernde Leistungsunfähigkeit erst nach Ablauf von zehn Wochen durch die Krankenkasse festgestellt (sechs Wochen Leistungsfortzahlungsfrist plus vier Wochen Handlungsspielraum), ist die Zuständigkeit der Krankenkasse als Leistungsträger gegeben.

Beispiel

Ein Maurer mit erheblicher Funktionseinschränkung des Handgelenks mag zwar, bezogen auf seine zuletzt ausgeübte Maurertätigkeit, arbeitsunfähig sein. Dennoch kann er die

medizinischen Kriterien der Verfügbarkeit erfüllen, wenn er z.B. noch als Telefonist arbeiten kann. Beruht die Arbeitsunfähigkeit hingegen auf einem schweren Allgemeininfekt, steht er für die Dauer der Erkrankung der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weil er in seinem Zustand für keine Tätigkeiten in Betracht kommt.

Stellt der ärztliche Gutachter bei einem Arbeitslosen eine vorübergehende, höchstens sechs Monate dauernde Leistungsunfähigkeit fest, sollte er den Arbeitslosen umgehend zur Behandlung an seinen Arzt verweisen. Dabei sollte er es vermeiden, beim Probanden und beim behandelnden Arzt den Eindruck zu erwecken, er empfehle dem Probanden, sich „krankschreiben“ zu lassen. Die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit obliegt bei gesetzlich krankenversicherten Personen ausschließlich den Vertragsärzten der gesetzlichen Krankenversicherung und darf nach Meinung der Krankenkassenverbände und deren Vertragsärzte nicht vom Arbeitsamtsarzt „gebahnt“ werden.

Anmerkung

Bei Arbeitsunfähigkeit erhält der Arbeitslose nur dann eine der sechswöchigen Lohnfortzahlung analoge Leistung, wenn er dem Arbeitsamt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegt.

Hat der arbeitsunfähige Arbeitslose bei Krankheit Anspruch auf Krankengeld, ruht gem. § 142 SGB III der Anspruch auf Alg/Alhi. In derartigen Fällen braucht das Arbeitsamt die „Verfügbarkeit“ nicht zu überprüfen, so dass sich auch eine ärztliche Begutachtung erübrigt. Besteht jedoch kein Krankengeldanspruch, z.B. aufgrund selbstverschuldeter Arbeitsunfähigkeit oder wegen Aussteuerung durch die Krankenkasse oder mit Ablauf der einmonatigen Nachversicherungsfrist nach Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses oder, weil die Krankenkasse nach vertrauensärztlicher Begutachtung zu der Ansicht gelangt ist, der Versicherte sei noch leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, muss das Arbeitsamt die „Verfügbarkeit“ prüfen. In der Regel wird dann ein arbeitsamtsärztliches Gutachten zur Frage der Leistungsfähigkeit veranlasst.

Kann der Arbeitslose nach dem Ergebnis des Gutachtens keine Tätigkeit verrichten, steht er der AV nicht zur Verfügung, und Alg/Alhi wird nicht gezahlt. In diesem Fall wird er zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes auf Leistungen des Sozialamtes angewiesen sein, sofern er nicht erwerbs- oder berufsunfähig ist und einen Rentenanspruch hat.

Nahtlosigkeitsregelung (§ 125 SGB III)

Ist das Leistungsvermögen eines Arbeitslosen nach dem arbeitsamtsärztlichen Gutachten soweit gemindert, dass Verfügbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr gegeben ist, wird die „Nahtlosigkeitsregelung“ nach § 125 SGB III wirksam. Nach dieser Vorschrift hat der Arbeitslose - im Vorgriff auf eine spätere Rentenzahlung durch die Rentenversicherung - dann weiterhin Anspruch auf Alg/Alhi, wenn er zwar wegen einer *nicht nur vorübergehenden* (= voraussichtlich mehr als 6 Monate dauernden) Minderung der Leistungsfähigkeit keine *längere als kurzzeitige Beschäftigung* (= mindestens 15 Stunden wöchentlich) ausüben kann, aber die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen für den Leistungsbezug erfüllt. Im Antrag auf ärztliche Begutachtung wird deshalb u.a. danach gefragt, bis zu welcher Zahl täglicher Arbeitsstunden der Arbeitslose belastbar ist. Eine Belastbarkeit von unter drei Stunden täglich führt zur Anwendung der Nahtlosigkeitsregelung, weil dann davon auszugehen ist, dass keine mindestens 15 Wochenstunden umfassende Beschäftigung mehr ausgeübt werden kann. Eine vorausgegangene Zeit langdauernder Arbeitsunfähigkeit (z.B. Krankengeldbezug bis zur Aussteuerung) wird als Indiz gewertet, dass die Nahtlosigkeitsregelung anzuwenden ist.

Mit dem § 125 SGB III verpflichtet der Gesetzgeber das Arbeitsamt, in derartigen Fällen so lange Leistungen weiterzuzahlen, bis durch den Rentenversicherungsträger geklärt ist, ob Erwerbsunfähigkeit (EU) oder Berufsunfähigkeit (BU; nur noch bis 31.12. 1999) vorliegt. Die BA tritt somit in Vorleistung, bis der Rentenversicherungsträger entschieden hat. Der Arbeitslose muss bei diesem Verfahren seinerseits in der Form mitwirken, dass er Leistungen zur medizinischen Reha bzw. Rente beantragt. Tut er dies nicht, ruht die Leistung des Arbeitsamtes. In der Praxis legt das Arbeitsamt den Fall mit Einverständnis des Betroffenen dem zuständigen Rentenversicherungsträger zur Entscheidung vor. Divergierende Leistungsbeurteilungen durch den Rentenversicherungsträger und die BA werden in direkten ärztlichen Kontakten zwischen dem AA und dem Rentenversicherungsträger ausgeräumt. Verneint der Rentenversicherungsträger, z.B. nach Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, das Vorliegen von BU/EU, und hat sich der Arbeitsamtsarzt dieser Leistungsbeurteilung angeschlossen, bleibt kein Raum mehr für Leistungen des Arbeitsamtes gemäß § 125 SGB III. In diesen Fällen überprüft das Arbeitsamt die Verfügbarkeit auf der Grundlage des vom Arbeitsamtsarzt erstellten Leistungsbildes.

Persönliche Arbeitslosmeldung durch Vertreter (§ 125 Abs. 1 SGB III)

Auch in Nahtlosigkeitsfällen ist die persönliche Arbeitslosmeldung zur Begründung eines Anspruches auf Arbeitslosengeld notwendig. Diese kann, wenn der Leistungsgeminderte sich wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich melden kann, durch einen legitimierten Vertreter erfolgen. Ob die Arbeitslosmeldung durch den Vertreter rechtswirksam ist, orientiert sich an der i.d.R. nach Aktenlage getroffenen Feststellung des Arbeitsamtsarztes zum Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für die Nahtlosigkeitsregelung. Liegen diese Voraussetzungen aufgrund der Stellungnahme des Arbeitsamtsarztes nicht vor, können Leistungen frühestens nach persönlicher Meldung des Arbeitslosen im Arbeitsamt gezahlt werden.

Arbeitslosengeld und Leistungsvermögen

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im ärztlichen Gutachten kann Auswirkungen auf die Höhe des Arbeitslosengeldes haben. Arbeitslosengeld wird nach dem im letzten Jahr durchschnittlich erzielten Arbeitsentgelt bemessen. Hat sich das Leistungsvermögen eines Alg-Empfängers so verschlechtert, dass es nur noch für eine geringere wöchentliche Arbeitszeit als bisher ausreicht, wird das Arbeitslosengeld anteilmäßig entsprechend der noch leistbaren Stundenzahl berechnet. Soweit, wie im Formular des arbeitsamtsärztlichen Gutachtens vorgesehen, Zeitkorridore („tägl. weniger als 3 Std.“, „tägl. von 3 bis unter 6 Std.“, „vollschichtig“) angegeben werden, wird jeweils die Obergrenze des im Einzelfall zutreffenden Korridors zur Berechnung des Arbeitslosengeldes herangezogen.

Arbeitslosenhilfe und Leistungsvermögen

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im ärztlichen Gutachten kann auch Auswirkungen auf die Höhe der Arbeitslosenhilfe haben. Arbeitslosenhilfe wird normalerweise nach dem letzten Arbeitsentgelt bemessen. Hat sich jedoch das Leistungsvermögen eines Alhi-Empfängers seit der Arbeitslosmeldung so verschlechtert, dass es nur noch für eine geringere tägliche Arbeitszeit ausreicht oder aber die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, so wird seine Alhi nach dem Tarifentgelt bemessen, für das er mit dem verbleibenden Leistungsvermögen noch in Betracht kommt (§ 200 Abs. 2 Satz 1 SGB III).

Konkret bedeutet dies für den Arbeitslosen eine Herabsetzung der ihm gezahlten Leistung. Bei dieser Prüfung sind alle Anhaltspunkte auszuwerten. So kann auch ein während des Alg-Bezuges zur Eignungsfeststellung veranlasstes arbeitsamtsärztliches Gutachten, aus dem sich ein entsprechend gemindertes Leistungsvermögen ergibt, zur Herabsetzung der Alhi führen.

Erstattungspflicht des Arbeitgebers (§ 128 AFG)

(nur noch bis 06.04.99)

Nach § 128 AFG hat der Arbeitgeber, bei dem der Arbeitslose bestimmte Vorbeschäftigungszeiten zurückgelegt hat, der Bundesanstalt für Arbeit für die Zeit nach Vollendung des 58. Lebensjahres, längstens für zwei Jahre, Alg bzw. Alhi zu erstatten; dies gilt nicht, wenn das Arbeitsverhältnis vor Vollendung des 56. Lebensjahres beendet worden ist.

Ziel dieser Regelung ist es, den Arbeitgeber immer dann an den entstehenden Kosten zu beteiligen, wenn die Arbeitslosenversicherung aufgrund sogenannter Frühverrentungsregelungen mit der Zahlung von Alg/Alhi eintreten soll. Vereinbarungen zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben mit dem Ziel, die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Alg/Alhi (und in der Folge auf Altersrente wegen Arbeitslosigkeit aus der Rentenversicherung) zu schaffen, gehören nämlich nicht zum Versicherungsrisiko der Arbeitslosenversicherung.

Der Arbeitgeber wird allerdings unter bestimmten Voraussetzungen von der Erstattungspflicht befreit. So z.B., wenn der Arbeitslose einen Anspruch auf eine andere Sozialleistung (z.B. Altersrente, Leistungen bei Krankheit, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) hat oder der Arbeitgeber, unabhängig davon wie das Arbeitsverhältnis beendet wurde, berechtigt war, aus wichtigem Grunde außerordentlich zu kündigen (§ 128 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 AFG). Einen solchen wichtigen Grund stellen u. a. auch gesundheitliche Einschränkungen dar, derentwegen der Arbeitnehmer die vertraglich geschuldete Arbeit *auf Dauer* nicht mehr verrichten kann. Diese gesundheitlichen Einschränkungen müssen allerdings den Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne entsprechen und auf absehbare Zeit nicht behebbar sein (länger als 6 Monate). Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit ist dabei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit.

Ergeben sich Anhaltspunkte für gesundheitliche Einschränkungen des Arbeitslosen oder trägt der Arbeitgeber gehäufte, lang anhaltende oder andauernde Arbeitsunfähigkeit vor, wird - ggf. unter Beifügung einer Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes - ein ärztliches Gutachten mit gezielter Fragestellung veranlasst. Kann der Arbeitslose danach wegen nicht nur vorübergehender Minderung seiner Leistungsfähigkeit keine längere als kurzzeitige Tätigkeit mehr ausüben und hat er deshalb Anspruch auf Leistungen nach § 125 SGB III, wird unabhängig von der späteren Entscheidung des Rentenversicherungsträgers angenommen, dass ein wichtiger Grund für eine außerordentliche Kündigung vorgelegen hat. Der Arbeitgeber wird dann von der Erstattungspflicht befreit.

Gleiches gilt, wenn Arbeitsunfähigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne - ggf. unter Einbeziehung vorausgegangener Zeiten der Arbeitsunfähigkeit - für mehr als 6 Monate vorliegt.

Der Arbeitsplatzbeschreibung durch den (früheren) Arbeitgeber kommt eine wichtige Rolle zu. Nicht ganz selten bezieht sich die vom früheren Arbeitgeber gelieferte Arbeitsplatzbeschreibung nicht auf den letzten Arbeitsplatz, sondern auf den Arbeitsplatz, an dem der Arbeitnehmer früher einmal eingestellt worden war. Tatsächlich ist der Arbeitnehmer dann jedoch innerbetrieblich auf einen erheblich weniger belastenden Arbeitsplatz umgesetzt worden, den er auch weiterhin noch hätte ausfüllen können. Da die Erstattungspflicht des Arbeitgebers nur bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers am *letzten* Arbeitsplatz erlischt, kommt einer korrekten Beschreibung des *letzten* Arbeitsplatzes große Bedeutung zu. Findet sich in der Arbeitsanamnese des Arbeitslosen ein nennenswerter Widerspruch zur Arbeitsplatzbeschreibung des Arbeitgebers, ist für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit die Arbeitsplatzbeschreibung des ehemaligen Arbeitnehmers zugrunde zu legen.

Die Erstattungspflicht des Arbeitgebers nach § 128 AFG ist am 01.04.97 entfallen. Eine Übergangsregelung ist jedoch noch bis zum 06.04.99 anzuwenden, in seltenen Ausnahmefällen auch noch länger.

Empfehlungen für den Gutachter

Aus den vorstehenden Ausführungen ist erkennbar, in welchem Maße die Sachbearbeitung in der Leistungsabteilung vom Ergebnis der ärztlichen Begutachtung abhängt. Klare Aussagen in den Gutachten sind daher unabdingbar. Im Hinblick auf die Sperrzeitregelung

bzw. die Verfügbarkeit sollte deutlich herausgestellt werden, ob der Arbeitslose die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nur wegen der speziellen Eigenart des letzten Arbeitsplatzes nicht mehr ausüben konnte und er durchaus noch in seinem Beruf einsetzbar ist oder ob er die Tätigkeit bzw. den Beruf generell nicht mehr ausüben kann.

Die das Gutachten veranlassende Stelle sollte unverzüglich unterrichtet werden, wenn das für die Entscheidung im Leistungsverfahren notwendige Ergebnis (siehe Fragestellung im Gutachtenantrag) feststeht und sich die Fertig-

stellung des Gutachtens nur noch z.B. wegen zusätzlicher Aussagen zur Eignung und deshalb einzuholender Facharztgutachten verzögert.

Nützlich ist ein persönlicher Kontakt zwischen dem Arbeitsamtsarzt und dem Abschnittsleiter der Leistungsabteilung. Durch einen direkten Informationsaustausch, der sich selbstverständlich nicht auf Sachverhalte beziehen darf, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, lassen sich manche Zweifelsfragen schnell klären.

Arbeitsamtsärztliche Begutachtung zur Frage der Arbeitsaufgabe bzw. Arbeitsablehnung

Gibt ein Versicherter seine Arbeit aus eigenem Antrieb auf und beantragt anschließend Arbeitslosengeld, so tritt eine Sperrzeit ein, wenn der Arbeitslose nicht „wichtige Gründe“ für seine Arbeitsaufgabe nachweisen kann. Nicht als „wichtiger Grund“ zählt z.B. Ärger mit dem Vorgesetzten. Hingegen können gesundheitliche Einschränkungen, die das weitere Verbleiben an der bisherigen Arbeitsstätte unzumutbar machen, als „wichtiger Grund“ anerkannt werden. Entsprechendes gilt bei Ablehnung einer vom Arbeitsamt angebotenen Arbeitsstelle durch einen Arbeitslosen. Zur Beurteilung, ob die vorgebrachten Gesundheitsstörungen die Arbeitsaufgabe bzw. -ablehnung rechtfertigen, wird eine arbeitsamtsärztliche Stellungnahme benötigt. (Siehe auch „Sperrzeit“, S. 61) Um diese Frage beantworten zu können, ist eine genaue Kenntnis der Arbeitsbedingungen am letzten bzw. vorgesehenen Arbeitsplatz erforderlich. Entsprechende Angaben sollen daher bereits dem Gutachtenantrag zu entnehmen sein. Der Gutachter soll jedoch selbst den Probanden bei der Untersuchung nochmals befragen. Im Einzelfall kann eine Arbeitsplatzbeurteilung durch den Gutachter erforderlich sein.

Wichtig ist auch die Kenntnis des Krankheitsverlaufs (Beginn, Dauer, Therapieversuche, Therapieerfolge usw.) sowie des Zeitraumes, in dem die aufgegebenen Tätigkeit verrichtet wurde. Bei vielen Gesundheitsstörungen sind - auch über einen längeren Zeitraum - Therapieversuche zumutbar, bevor eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses als medizinisch begründet angesehen werden kann.

Zu begutachten ist stets die Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe bzw. Arbeitsablehnung. Probleme ergeben sich häufig durch den zeitlichen Abstand zwischen Arbeitsaufgabe und Begutachtung, der nicht selten mehrere Monate beträgt. In derartigen Fällen ist die Beziehung vorhandener Befundunterlagen durch Anforderung eines Krankheitsberichtes des behandelnden Arztes notwendig. Wenn solche Unterlagen nicht erreichbar sind und der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe sich nicht mehr klären lässt, muss der Gutachter die ihm gestellte Frage offen lassen. Entsprechendes gilt auch, wenn die Arbeitsbedingungen am letzten Arbeitsplatz nicht ausreichend genau eruiert werden können.

Zumutbarkeit und Mitwirkung, Mitwirkungspflicht des Probanden

Untersuchungen im Ärztlichen Dienst der BA erfolgen ausnahmslos nur mit dem Einverständnis des Betroffenen. Lehnt der Proband die Untersuchung ab, darf sie nicht durchgeführt, geschweige denn, etwa durch Anwendung einer List, erzwungen werden. Dies gilt uneingeschränkt auch dann, wenn der Gutachter zu der Meinung gelangt, der Proband schade sich durch seine Weigerung selbst. Zwar ist dies eine Selbstverständlichkeit, die sich aus den Persönlichkeitsrechten des Probanden ableitet, dennoch soll sie hier noch einmal ausgesprochen werden, weil es bereits Fälle gegeben hat, in denen fehlerhaft verfahren wurde.

Lehnt ein Arbeitsloser die von der zuständigen Fachabteilung des Arbeitsamtes veranlasste ärztliche Begutachtung, ggf. auch eine erforderliche fachärztliche Zusatzuntersuchung, ab und gibt dies dem ÄD z.B. durch Nichterscheinen oder Protest bekannt, teilt der ÄD der veranlassenden Stelle die Ablehnung mit (RdErl 16/98). Für den ÄD ist der Fall damit abgeschlossen. Falls der Arbeitslose später doch noch bereit ist, sich untersuchen zu lassen, wird die Fachabteilung die Begutachtung erneut veranlassen.

Von **Mitwirkung** spricht das Sozialgesetzbuch I im Dritten Abschnitt (§ 60-67). Danach ist jemand, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, u.a. verpflichtet, alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben sowie der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Gemäß § 62 SGB I soll er sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind. Verweigert der Antragsteller bzw. Leistungsempfänger die Mitwirkung, kann der Leistungsträger die Leistung versagen oder entziehen (§ 66 SGB I). [Es ist jedoch *nicht* Aufgabe des Arztes, den Leistungsempfänger darüber aufzuklären!]

Grenzen der Mitwirkung

Für die Mitwirkungspflichten gibt es Grenzen, die im § 65 SGB I festgelegt sind. Danach bestehen diese Mitwirkungspflichten nur inso-

weit, als ihre Erfüllung in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht. Der Betroffene braucht auch dann nicht mitzuwirken, wenn ihm dies aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

Nach § 65 Abs. 2 SGB I kann der Antragsteller bzw. Leistungsempfänger eine Untersuchung ablehnen, wenn dabei im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder wenn sie einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

Zumutbarkeit von ärztlichen „Eingriffen“

Grundsätzlich gilt jeder Eingriff eines Arztes als Körperverletzung, gleichgültig, ob er medizinisch indiziert ist oder nicht, ob der Arzt fehlerhaft oder sachgerecht handelt, ob der Eingriff Erfolg hat oder mißlingt. Als „Eingriffe“ gelten nicht nur Operationen, sondern auch invasive diagnostische Maßnahmen, Bestrahlungen, Injektionen, bis hin zur Verordnung von oral einzunehmenden Medikamenten. Derartige „Eingriffe“ sind nur dann *nicht* rechtswidrig, wenn der Patient seine Einwilligung erklärt. Weitere Voraussetzung ist, dass er die Tragweite seiner Entscheidung erkennen kann. Dies kann er aber nur, wenn er vorher ausreichend aufgeklärt wurde.

Der notwendige Umfang der Aufklärung richtet sich u.a. nach der Dringlichkeit des Eingriffs. Ein vital indizierter Eingriff rechtfertigt einen geringeren Grad an Aufklärung als eine invasive Maßnahme ohne therapeutischen Wert. Insbesondere eine Begutachtung bringt dem Probanden in der Regel keinen gesundheitlichen Nutzen. Weder dient sie der Therapie, noch ist sie medizinisch dringlich. Daher erfordern diagnostische Maßnahmen zur Begutachtung, die über belanglose Rou-

tineeingriffe hinausreichen, ein eingehendes aufklärendes Gespräch über den Ablauf, die Risiken und die Komplikationsmöglichkeiten des Eingriffes.

Nach HENNIES gibt es zwar bisher keine juristische Definition, mit welchem Grad an Wahrscheinlichkeit ein „Schaden für Leben oder Gesundheit“ auszuschließen sein muss, um einen diagnostischen Eingriff als zumutbar erscheinen zu lassen. Eine „hohe“ Wahrscheinlichkeit, wie im § 65 SGB I gefordert, dürfte aber sicher in der Größenordnung von 80 % anzunehmen sein. Venenpunktionen zur Blutentnahme sind bei sorgfältiger Technik sicher mit einem sehr geringen Komplikationsrisiko behaftet, so dass Blutuntersuchungen ohne Zweifel zu den im Rahmen von Begutachtungen zumutbaren „Eingriffen“ zählen. Dasselbe gilt für sämtliche Untersuchungsverfahren, die im ÄD der Arbeitsämter üblicherweise durchgeführt werden.

Unbestimmt ist auch der Begriff „erhebliche Schmerzen“. Was in diesem Zusammenhang als „erheblich“ anzusehen ist, hängt sicherlich von der Schmerzempfindlichkeit im Einzelfall ab. Dennoch wird bei Abwägung einer längerfristig beanspruchten Sozialleistung gegen den kurzzeitigen und im allgemeinen unbedeutenden Schmerz bei einer Venenpunktion oder bei einem körperlichen Untersuchungsverfahren die Zumutbarkeit der im ÄD vorgenommenen „Eingriffe“ nicht zweifelhaft sein.

„Erhebliche Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit“ werden im ÄD nicht vorgenommen. Als solcher gilt beispielsweise die Pneumenzephalographie (HENNIES).

Allgemein ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Gutachter im Rahmen der allgemein anerkannten Regeln ärztlicher Tätigkeit grundsätzlich jedes diagnostische Verfahren anwenden darf, das für die Beantwortung der im Gutachtenantrag gestellten Fragen notwendig ist, sofern der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt, der Proband ausreichend aufgeklärt wurde und er danach sein Einverständnis gegeben hat.

Literatur

HENNIES, G. *Zumutbarkeit diagnostischer Maßnahmen bei Begutachtungen*
Med Sach 87(1991) Heft 6, S. 189-192

LAMBERT, G. *Sind Röntgenuntersuchungen bei der Begutachtung mit der Röntgenverordnung vereinbar?*
Med Sach 92(1996) Heft 2, S. 37-40;
Nachdruck: Arbeitsmed. Sozialmed.
Umweltmed. 31(1996) Heft 7, S. 294-297

LINDNER, J. *Relevanz der Medizintechnik für die medizinische Begutachtung - aus Sicht eines Sozialrichters*
Med Sach 95(1999) Heft 2, S. 37-42

Grundlagen der Schweigepflicht, des Datenschutzes und der Akteneinsicht im Ärztlichen Dienst

Vorbemerkung

Der Datenschutz ist für den Bereich der BA im **RdErl 100/94** geregelt. Detaillierte, auf den Ärztlichen Dienst der BA bezogene Hinweise zur ärztlichen Schweigepflicht, zur Offenbarung bzw. Übermittlung ärztlicher Unterlagen und zum Einsichtsrecht gemäß § 25 SGB X sind dem **RdErl 128/85**, aktualisiert durch **RdErl 98/92** und **RdErl 100/94** mit Ergänzungslieferungen sowie ergänzt durch **RdErl 73/93** und **RdErl 28/97**, zu entnehmen. Fallbeispiele, zuletzt veröffentlicht in den Informationen des Ärztlichen Dienstes Nr. 54 (März 1995), erleichtern die korrekte Anwendung der bestehenden Weisungen.

Im folgenden sollen daher lediglich die wesentlichen **Rechtsgrundlagen** für den Umgang mit geschützten Daten und für die Akteneinsicht kurz dargestellt werden. Im Anhang dieses Kapitels sind die einschlägigen Rechtsvorschriften auszugsweise abgedruckt.

Schutz persönlicher Daten

Jeder Bürger ist Herr seiner persönlichen Daten. Dieses „informationelle Selbstbestimmungsrecht“ gehört zu den Grundrechten, die im Art. 2 des Grundgesetzes verankert sind. Andere Gesetze, in denen der Umgang mit persönlichen Daten der Bürger geregelt ist, bilden sozusagen die Durchführungsanweisungen.

Der Arzt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und der Verpflichtung zum Datenschutz. Beide Pflichten dienen dem Schutz des Persönlichkeitsrechts des Patienten, indem sie die unbefugte Weitergabe von persönlichen Daten verhindern und die Handhabung dieser Daten regeln.

Rechtsgrundlage der ärztlichen Schweigepflicht ist zum einen die landesrechtlich verankerte Berufsordnung für die deutschen Ärzte, zum anderen das Strafgesetzbuch (§ 203 StGB). Im Sozialgesetzbuch (§ 76 Abs. 1 SGB X) wird auf den § 203 StGB Bezug genommen.

Diese Vorschriften stellen „private Geheimnisse“, welche Ärzten und ihren Mitarbeitern in ihrer beruflichen Funktion bekannt werden, unter den besonderen gesetzlichen Schutz vor unbefugter Offenbarung bzw. Übermittlung.

Grundsätzlich dasselbe Ziel wie die vorgenannten Vorschriften, jedoch ohne Beschränkung auf spezielle Berufsgruppen, verfolgt das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Zweck dieses Gesetzes ist es, den einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird (§ 1 Abs. 1 BDSG). Gegenüber anderen Rechtsvorschriften des Bundes, die auf personenbezogene Daten anzuwenden sind, ist das BDSG nachrangig (Ausnahme: Verarbeitung personenbezogener Daten aufgrund des Verwaltungsverfahrensgesetzes).

Das Sozialgesetzbuch schützt in seinem Gültigkeitsbereich - über den von der ärztlichen Schweigepflicht erfassten Bereich hinaus - die Sozialdaten und regelt den Umgang der jeweiligen Behörde mit diesen Daten (§ 35 SGB I, § 67 ff. SGB X). Dabei ist einerseits das **Transparenzgebot** (das Verwaltungshandeln ist dem betroffenen Bürger möglichst offenzulegen), andererseits das **Restriktionsgebot** (bei der Übermittlung von Sozialdaten an Dritte ist restriktiv zu verfahren) zu beachten (RdErl 100/94, Nr. 4 Abs.2 und 3).

Im Falle von Mitarbeitern der BA werden personenbezogene Daten in den Personalakten gespeichert. Grundsätzlich gehören auch ärztliche Befundunterlagen, die im Zusammenhang mit personalärztlichen (nicht betriebsärztlichen!) Begutachtungen beim Ärztlichen Dienst aufbewahrt werden, zur Personalakte des Betroffenen. Der Schutz dieser Daten ist in den Personalaktenrichtlinien der BA geregelt. Ärztliche Unterlagen im Ärztlichen Dienst bzw. beim Betriebsarzt unterliegen selbstverständlich darüberhinaus der ärztlichen Schweigepflicht.

Für den Umgang mit sämtlichen ärztlichen Begutachtungsunterlagen im Ärztlichen Dienst der BA setzt die ärztliche Schweigepflicht den vorrangigen Maßstab, da sie diese hochsensiblen Daten umfassend schützt. Daneben gelten für die Handhabung der Daten (Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung an andere Stellen, Auskunftserteilung) die Vorschriften des SGB und des BDSG.

Offenbarung / Übermittlung personenbezogener Daten aus Unterlagen des Ärztli- chen Dienstes

Der Begriff der „Offenbarung“ wurde im Sozialgesetzbuch durch den Begriff „Übermittlung“ ersetzt. Im Strafgesetzbuch und in der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte ist jedoch weiterhin der Begriff „Offenbarung“ in Gebrauch. Im folgenden werden die beiden Begriffe synonym verwendet.

Für die Übermittlung von Daten, die sich in den Unterlagen des Ärztlichen Dienstes befinden, gibt es nur drei Arten von Rechtfertigungsgründen:

1. **Einwilligung des Betroffenen**
2. **Gesetzlicher Offenbarungstatbestand**
3. **Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes**

Grundsätzlich benötigt der Ärztliche Dienst für alle Vorgänge, die mit der Weitergabe von Begutachtungsunterlagen verbunden sind, die Einwilligung des Betroffenen, also eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Ausnahmen finden sich bei gesetzlichen Offenbarungstatbeständen. Bei diesen handelt es sich um Meldepflichten und -befugnisse, die z.B. im Bundesseuchengesetz (ab 01.01.2001 ersetzt durch das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000, IfSG), im Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und im SGB VII geregelt sind. Eine erweiterte Übermittlungsbefugnis leitet sich darüber hinaus aus dem § 69 SGB X (Übermittlung zur Erfüllung sozialer Aufgaben) her. Diese ist allerdings durch ein Widerspruchsrecht des Betroffenen nach § 76 SGB X eingeschränkt.

Eine Rechtsgüterabwägung kommt in Betracht, wenn z.B. krankheitsbedingt ein erheblich gefährdendes Verhalten im Straßenverkehr zu befürchten ist.

Im Ärztlichen Dienst der BA muss daher, von den wenigen vorgenannten Ausnahmen (2. und 3.) abgesehen, stets die Zustimmung des Betroffenen zur Weitergabe von ärztlichen Unterlagen vorliegen. Dies gilt beispielsweise auch für die Weitergabe von Facharztberichten an einen Zusatzgutachter bei nachträglich veranlasster Zusatzbegutachtung. Bevor die ärztlichen Unterlagen weitergegeben werden, muss die Zustimmung des Betroffenen eingeholt werden. Hinsichtlich der Abgabe des fertigen Gutachtens an die veranlassende Stelle kann die Zustimmung unterstellt werden, wenn der Betroffene sich der ärztlichen Unter-

suchung unterzogen und der Weitergabe des Gutachtens nicht widersprochen hat (konkludentes Handeln).

Grundsätzlich dürfen Informationen, die die anfragende Stelle nicht benötigt, nicht übermittelt werden. Dies gilt für jede Art gutachterlicher Stellungnahmen.

Im Verfahren nach § 125 SGB III können die ärztlichen Unterlagen ohne ausdrückliche Einwilligung an den zuständigen Rentenversicherungsträger übermittelt werden, sofern der Betroffene der Übermittlung nicht widersprochen hat (§ 76 Abs. 2 SGB X).

Einsichtsrecht

Sozialdaten

Personen, deren Daten von Dienststellen der BA gespeichert werden, haben ein Recht auf *Einsicht* in die über sie geführten Akten bzw. auf *Auskunft* über die gespeicherten Daten.

Akteneinsicht

Das Recht auf *Akteneinsicht* ist für den Bereich der Sozialleistungsträger im § 25 SGB X geregelt. Akteneinsicht ist innerhalb eines Verwaltungsverfahrens (z.B. bei Widerspruch oder Klage gegen eine Entscheidung des jeweiligen Sozialleistungsträgers) dann zu gewähren, wenn der Betroffene die Kenntnis der Akten zur Durchsetzung seines rechtlichen Interesses benötigt. Das Recht auf Akteneinsicht bezieht sich auch auf die beim Ärztlichen Dienst der BA geführten Akten und beinhaltet einen Rechtsanspruch auf Aushändigung von Fotokopien (§ 25 Abs. 5 SGB X).

Mitarbeiter des Bundesrechnungshofes (BRH) und des Vorprüfungsamtes der BA (VPA) sind im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben berechtigt, Einsicht in die beim ÄD geführten Akten zu nehmen (RdErl 28/97).

Aktenauskunft

Auskunft über gespeicherte Daten, ihre Herkunft und ihren Verwendungszweck muss dem Betroffenen nach § 83 SGB X bzw. § 19 BDSG gewährt werden. Für aktenmäßig gespeicherte Daten gilt dies nur, wenn der Aufwand für die Erteilung der Auskunft nicht außer Verhältnis zum Informationsinteresse des Betroffenen steht.

Dem Wunsch eines Betroffenen nach Aktenauskunft einschließlich Einsichtnahme und/

oder Aushändigung von Kopien, auch außerhalb eines Verwaltungsverfahrens, ist regelmäßig nachzukommen. Auskunft über *Gutachten* ohne Befundunterlagen erteilt im Allgemeinen die zuständige Fachabteilung, sofern die Eröffnung des Gutachtens nicht dem Arzt vorbehalten wurde. Falls auch Auskunft über *Befundunterlagen* gewünscht wird, ist der AD selbst zuständig (RdErl 100/94 Nr. 8.4).

Einschränkung und Verweigerung der Akteneinsicht und -auskunft

Wenn durch die Einsichtnahme, z.B. bei psychischer Krankheit, ein Schaden für den Betroffenen zu befürchten ist, sollen die Akteneinsicht und die Herausgabe von Fotokopien innerhalb eines Verwaltungsverfahrens nach § 25 SGB X, außerhalb eines Verwaltungsverfahrens analog dazu (nach Rechtsgüterabwägung), nur in Gegenwart eines Arztes erfolgen. Die Rechtsgüterabwägung, die selbstverständlich sorgfältig vorzunehmen ist, liegt allein in der Kompetenz des Arztes.

Eine Aktenauskunft hat unter bestimmten Umständen zu unterbleiben, nämlich wenn

- die Auskunft die ordnungsgemäße Erfüllung der in der Zuständigkeit der speichernden Stelle liegenden Aufgaben gefährden würde,
- die Auskunft die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährden oder sonst dem Wohle des Bundes oder eines Landes Nachteile bereiten würde oder
- die Daten oder die Tatsache ihrer Speicherung nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheimgehalten werden müssen

und deswegen das Interesse des Betroffenen an der Auskunftserteilung zurückstehen muss (§ 83 Abs. 4 SGB X, § 19 BDSG, Abs. 4).

Personaldaten

Mitarbeiter der BA haben aufgrund beamten- bzw. tarifrechtlicher Bestimmungen ein Einsichtsrecht in die sie betreffenden vollständigen Personalakten (§ 90 BBG, § 13 MTA). Zu diesen gehören auch im Ärztlichen Dienst aufbewahrte Befundunterlagen von personal-ärztlichen (nicht betriebsärztlichen!) Untersuchungen.

Betriebsärztliche Unterlagen werden vom Betriebsarzt aufbewahrt und unterliegen einem Einsichts- und Herausgaberecht des Patienten aufgrund von Art. 2 des Grundgesetzes.

Dieses Recht bezieht sich auf die objektiven Feststellungen (Befunde) sowie auf Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf einer Behandlung, soweit dadurch nicht schutzwürdige Interessen anderer (auch des Arztes) berührt werden. Subjektiv wertende Urteile des Arztes in den Unterlagen müssen dem Patienten nicht geoffenbart werden.

Anhang

Rechtsvorschriften

(Auszug)

1. Kapitel B § 9 Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärzte (MBO-Ä 1997)¹

Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, - auch über den Tod des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist, oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

...

2. § 202 Sozialgesetzbuch VII

Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten

Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form (§ 193 Abs. 8) unverzüglich anzuzeigen. Die Ärzte oder Zahnärzte haben die Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihnen den Unfallversicherungsträger und die Stelle zu nennen, denen sie die Anzeige übersenden. § 193 Abs. 7 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

¹ Dt. Ärztebl. 94(1997) Heft 37, S. C-1772-1780

[Anmerkung: „§ 193 Abs. 8“ betrifft die Ermächtigung des BMA, Inhalt und Form der Anzeige festzulegen. „§ 193 Abs. 7 Satz 3 und 4“ betrifft die wechselseitigen Informationspflichten der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörde und des zuständigen Unfallversicherungsträgers.]

3. § 203 Sozialgesetzbuch VII

Auskunftspflicht von Ärzten

(1) Ärzte und Zahnärzte, die nicht an einer Heilbehandlung nach § 34 beteiligt sind, sind verpflichtet, dem Unfallversicherungsträger auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Der Unfallversicherungsträger soll Auskunftsverlangen zur Feststellung des Versicherungsfalles auf solche Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen beschränken, die mit dem Versicherungsfall in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können. § 98 Abs. 2 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben den Versicherten auf ein Auskunftsverlangen nach Absatz 1 sowie auf das Recht, auf Verlangen über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden, rechtzeitig hinzuweisen. § 25 Abs. 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

[Anmerkung: § 34 betrifft die Heilbehandlung durch den Unfallversicherungsträger. § 98 Abs. 2 Satz 2 SGB X besagt sinngemäß, dass Auskünfte auf Fragen, deren Beantwortung der auskunftspflichtigen oder einer ihr nahestehenden Person die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, verweigert werden können.]

4. § 206 Sozialgesetzbuch VII

Übermittlung von Daten für die Forschung zur Bekämpfung von Berufskrankheiten

(1) Ein Arzt oder Angehöriger eines anderen Heilberufes ist befugt, für ein bestimmtes Forschungsvorhaben personenbezogene Daten den Unfallversicherungsträgern und deren Verbänden zu übermitteln, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind und die Genehmigung des Forschungsvorhabens öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Unfallversicherungsträger oder die Verbände haben den Versicherten oder den früheren Versicherten schriftlich über die übermittelten Daten

und über den Zweck der Übermittlung zu unterrichten.

(2) Die Unfallversicherungsträger und ihre Verbände ...

5. § 203 Strafgesetzbuch

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. ...

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. ...

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekannt gegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(3) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. ...

...

6. § 35 Sozialgesetzbuch I

Sozialgeheimnis

(1) Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden. Sozialdaten der Beschäftigten und ihrer Angehörigen dürfen Personen, die Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch von Zugriffsberechtigten weitergegeben werden. ... Die Beschäftigten haben auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei den genannten Stellen das Sozialgeheimnis zu wahren.

(2) Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches zulässig.

...

7. § 67 Sozialgesetzbuch X

§ 67 [Begriffsbestimmungen]

§ 67 a [Datenerhebung]

§ 67 b [Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung]

§ 67 c [Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung]

§ 67 d

Übermittlungsgrundsätze

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 bis 77 oder nach einer anderen Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch vorliegt.

(2) Die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung trägt die übermittelnde Stelle. Erfolgt die Übermittlung auf Ersuchen des Empfängers, trägt dieser die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben in seinem Ersuchen.

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen personenbezogenen Daten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 3 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuchs genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der speichernden Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen.

[Anmerkung: § 69 Abs. 1 Nr. 1 betrifft die Erfüllung sozialer Aufgaben]

...

9. § 83 Sozialgesetzbuch X

Auskunft an den Betroffenen

(1) Dem Betroffenen ist auf Antrag Auskunft zu erteilen über

1. die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten, auch soweit sie sich auf Herkunft oder Empfänger dieser Daten beziehen, und
2. den Zweck der Speicherung.

In dem Antrag soll die Art der Sozialdaten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnet werden. Sind die Sozialdaten in Akten gespeichert, wird die Auskunft nur erteilt, soweit der Betroffene Angaben macht, die das Auffinden der Daten ermöglichen, und der für die Erteilung der Auskunft erforderliche Aufwand nicht außer Verhältnis zu dem vom Betroffenen geltend gemachten Informationsinteresse steht. Die speichernde Stelle bestimmt das Verfahren, insbesondere die Form der Auskunftserteilung, nach pflichtgemäßem Ermessen. § 25 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) ...

(3) ...

(4) Die Auskunftserteilung unterbleibt, soweit

1. die Auskunft die ordnungsgemäße Erfüllung der in der Zuständigkeit der speichernden Stelle liegenden Aufgaben gefährden würde,
2. die Auskunft die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährden oder sonst dem Wohle des Bundes oder eines Landes Nachteile bereiten würde oder
3. die Daten oder die Tatsache ihrer Speicherung nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheimgehalten werden müssen

und deswegen das Interesse des Betroffenen an der Auskunftserteilung zurückstehen muss.

...

10. § 25 Sozialgesetzbuch X

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 ...
- (2) Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde statt dessen 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. ... Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.

...

11. § 19 Bundesdatenschutzgesetz

Auskunft an den Betroffenen

(1) Dem Betroffenen ist auf Antrag Auskunft zu erteilen über

1. die zu seiner Person gespeicherten Daten, auch soweit sie sich auf Herkunft oder Empfänger dieser Daten beziehen, und
2. den Zweck der Speicherung.

... Die speichernde Stelle bestimmt das Verfahren, insbesondere die Form der Auskunftserteilung, nach pflichtgemäßem Ermessen.

...

(4) Die Auskunftserteilung unterbleibt, soweit

1. die Auskunft die ordnungsgemäße Erfüllung der in der Zuständigkeit der speichernden Stelle liegenden Aufgaben gefährden würde,
2. die Auskunft die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährden oder sonst dem Wohle des Bundes oder eines Landes Nachteile bereiten würde oder
3. die Daten oder die Tatsache ihrer Speicherung nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheimgehalten werden müssen

und deswegen das Interesse des Betroffenen an der Auskunftserteilung zurückstehen muss.

...

12. § 90 Bundesbeamtengesetz

Einsichtsrecht in die Personalakten

Der Beamte hat, auch nach Beendigung des Beamtenverhältnisses, ein Recht auf Einsicht in seine vollständigen Personalakten; dazu gehören alle ihn betreffenden Vorgänge. ...

13. § 13 Bundesangestelltentarif

(gleichartig im Manteltarifvertrag für die Arbeiter bzw. Angestellten der BA)

Personalakten

(1) Der Angestellte hat ein Recht auf Einsicht in seine vollständigen Personalakten. Er kann das Recht auf Einsicht auch durch einen hierzu schriftlich Bevollmächtigten ausüben. ...

...

Literatur

ROMPE, G.
*Datenschutz, Schweigepflicht und ärztliche
Gutachtertätigkeit - aus ärztlicher Sicht*
Med Sach 88(1992) Heft 3, S. 82-83

HAHNE-REULECKE, K.
*Datenschutz, Schweigepflicht und ärztliche
Gutachtertätigkeit - aus juristischer Sicht*
Med Sach 88(1992) Heft 3, S. 84-87

NARR, H.
Ärztliches Berufsrecht
Loseblattsammlung, 2. Auflage, Deutscher
Ärzte-Verlag, Köln

Sonderfälle der Begutachtung

Feststellung der Berufskraftfahrereignung

Probleme in der Begutachtung der Berufskraftfahrereignung ergeben sich aus dem Spannungsfeld zwischen den hohen Anforderungen im modernen Straßenverkehr, insbesondere beim Personen- und Gefahrguttransport und den oft vorhandenen Einschränkungen der Probanden in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht. Unausgesprochen steht immer auch die Frage der charakterlichen Eignung eines Bewerbers im Raum. Obwohl grundsätzlich von großer Bedeutung, ist diese Frage für die arbeitsmedizinische Begutachtung im engeren Sinne nicht relevant. Hier kommt es in erster Linie auf die messbaren organischen Befunde an. Bei zweifelhafter charakterlicher Eignung ist eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) zu veranlassen; bei psychiatrischen Auffälligkeiten kann ein psychiatrisches Gutachten notwendig sein.

Es gibt einige pathologische Parameter, die mittelbar auf Haltlosigkeit, Sucht oder Kontrollverlust hinweisen. Dies sind z.B. die toxisch bedingt erhöhten Konzentrationen der Leberenzyme im Blut, der Nachweis von Drogen im Urin, von Alkohol im Blut oder von „Carbohydrate deficient transferrin“ (CDT) im Blut als Marker für chronischen Alkoholmissbrauch. Bei nachgewiesener Drogen- oder Alkoholabhängigkeit kann Kraftfahrtauglichkeit nicht festgestellt werden. Schwieriger zu beurteilen ist oft die Phase der beginnenden Abstinenz, wenn noch kein Jahr sogenannter Trockenheit bzw. des „Clean“-Seins verstrichen ist. Oft fallen die einschlägigen Tests trotz heftigsten Leugnens von Drogenkonsum positiv aus, oder die jeweiligen Hausärzte setzen sich gegenüber dem Gutachter vehement für die Resozialisierung bzw. Reintegration ein, obwohl ein stabiles Leistungsvermögen noch nicht festgestellt werden kann. Hier ist eine besonders kritische Einstellung des Gutachters geboten.

Probleme bereitet nicht selten auch die Einschätzung von Probanden mit Rückenschmerzen. Oft wünschen diese die Umschulung zum Berufskraftfahrer, weil sie in anderen Berufen wegen mangelnder Belastbarkeit der Wirbelsäule gescheitert sind. Die einseitige Arbeitshaltung des Kraftfahrers, die Dauerbelastung durch Vibrationen im LKW und Ladetätigkeiten lassen Personen mit „Wirbelsäulenproblemen“ in aller Regel ungeeignet für die Tätigkeit des

Berufskraftfahrers erscheinen. Eine sorgfältige Zusatzbegutachtung durch den Fachorthopäden ist in derartigen Fällen zu empfehlen.

Neurologische Erkrankungen wie Epilepsie, M. Parkinson oder solche aus dem schizophrenen Formenkreis erfordern regelmäßig eine fachärztliche Begutachtung. Ebenso ist bei chronischen inneren Erkrankungen wie Herzrhythmusstörungen, Angina-pectoris-Anfällen und Diabetes mellitus stets eine fachinternistische Beurteilung der Möglichkeit von Bewusstseinsintrübungen, bei Diabetes mellitus ferner der Nachweis regelmäßiger Blutzuckerkontrollen notwendig. Bei Erkrankungen, welche die Einnahme von Arzneimitteln erfordern, sind mögliche Nebenwirkungen und Intoxikationen im Gutachten zu berücksichtigen.

Bei Körperbehinderungen sind die Richtlinien der Vereinigung der Technischen Überwachungsvereine für „Sicherheitsmaßnahmen bei körperbehinderten Kraftfahrern“ in neuester Fassung (Merkblatt der VdTÜV Kraftfahrwesen 745, Ausgabe 11.99) hilfreich. Dort sind alle wesentlichen Beschränkungen und Auflagen abgehandelt (auszugsweise abgedruckt im Anhang B der „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung“, siehe unten).

Die Grenze zwischen Eignung und Nichteignung ist niemals schematisch, sondern immer nur unter Beachtung der Besonderheiten des Einzelfalles zu ziehen. Besondere menschliche Veranlagungen, Einstellungen oder Verhaltenssteuerungen, auch Gewöhnung, können die Eignungsvoraussetzungen modifizieren. In allen Grenzfällen, in denen die Prognose von der Lebensführung oder von anderen medizinisch-psychologischen Fragen abhängt, ist eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) sinnvoll, teilweise auch durch die Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vorgeschrieben.

Unterstützung bei der gutachterlichen Beurteilung in allen Fragen von Kraftverkehr und Krankheit bieten die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 115, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für Neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven 2000. (Mindestkriterien für die Sehschärfe: siehe dort S. 19 ff)

Arbeitsamtsärztliche Begutachtung der Notwendigkeit von Leistungen der Kraftfahrzeughilfe

Die Kraftfahrzeughilfe umfasst Leistungen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges und/ oder einer behinderungsgerechten Zusatzausstattung sowie zur Erlangung der Fahrerlaubnis, außerdem Zuschüsse zu den Kosten der Beförderung eines Behinderten (insbesondere durch Beförderungsdienste), wenn dieser ein KFZ nicht selbst führen kann oder die Übernahme der Beförderungskosten wirtschaftlicher ist. Die Notwendigkeit der Benutzung eines Kraftfahrzeuges wird anerkannt, wenn die Behinderung die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel unmöglich macht. In Frage kommen in erster Linie Gehbehinderungen, jedoch auch schwere innere Leiden wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Störungen der Atmung infolge Missbildung des Brustkorbes, Lungenerkrankungen oder schwere Entstellungen des Gesichts. Auch Contergangeschädigte ohne Arme, die sich in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht festhalten können, können ein Anrecht auf KFZ-Förderung geltend machen.

Leistungen der Kraftfahrzeughilfe werden auch gewährt, wenn Behinderte zwar öffentliche Verkehrsmittel benutzen können, jedoch nicht in der Lage sind, deren Haltestellen zu erreichen, etwa wenn die Entfernung von der Wohnung zur Haltestelle die dem Behinderten zumutbare Gehstrecke überschreitet.

Weiterhin ist eine KFZ-Förderung möglich für Familienheimfahrten während der Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme, wenn feststeht,

dass der Rehabilitand nach Beendigung der Maßnahme wegen seiner Behinderung seinen Arbeitsplatz nur mit einem Kraftfahrzeug erreichen kann und wenn dies wirtschaftlicher ist als die Übernahme von Beförderungskosten (z.B. Taxi oder Beförderungsdienste). Diese ist im Rahmen der Kraftfahrzeughilfe grundsätzlich ebenfalls möglich.

Oft wird der Ärztliche Dienst zur Beurteilung der Notwendigkeit der Beschaffung eines orthopädischen Fahrersitzes (z.B. Recarositz) eingeschaltet. Der Gutachter muss zu einer eindeutigen Aussage kommen, ob der orthopädische Fahrersitz aus medizinischen Gründen notwendig ist oder nicht.

Bei der Frage, ob wegen einer Behinderung technische Zusatzausrüstungen am KFZ erforderlich sind, ist der notwendige Umfang der Zusatzausstattung im allgemeinen aus den in der Fahrerlaubnis vermerkten Auflagen zu entnehmen. Meist empfiehlt es sich jedoch, die Einschaltung des Technischen Beraters vorzuschlagen.

Der begutachtende Arzt sollte sich in seiner Aussage streng auf die Behinderung und ihre Auswirkungen beschränken. Sonstige von Antragstellern oft geltend gemachte Gründe, z.B. eine ungünstige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel oder besondere Arbeitszeiten, sind nicht vom Arzt zu bewerten.

Personalärztliche Gutachten und Stellungnahmen

Rechtsgrundlagen

In personalärztlicher Funktion berät der Arbeitsamtsarzt als medizinischer Sachverständiger und Vertrauensarzt seinen Dienststellenleiter und dessen Beauftragte in medizinischen Fragen mit personalrechtlicher Relevanz.

Rechtsgrundlagen sind:

- die geltenden **Manteltarifverträge** für die Angestellten (MTA, entspricht dem BAT) und Arbeiter (MTArb; dieser ist im Hinblick auf die hier interessierenden Fragen praktisch identisch mit dem MTA)
- das **Beamtenrecht**.

(In datenschutzrechtlicher Hinsicht sind die Dienstblattrunderlasse 128/85, 98/92, 73/93 und 100/94 zu beachten!)

Untersuchungen auf tarifrechtlicher Grundlage

Einstellungsuntersuchung

Gemäß § 7 Abs. 1 MTA hat der Angestellte (gemäß § 10 MTArb der Arbeiter) auf Verlangen des Arbeitgebers vor der Einstellung seine körperliche Eignung (Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit) durch das Zeugnis eines vom Arbeitgeber bestimmten Arztes nachzuweisen. Zu beurteilen ist bei der Einstellungsuntersuchung die Frage, ob der Bewerber für die in Aussicht genommene Tätigkeit arbeitsfähig ist und *auf absehbare Zeit* (nicht bis zum Rentenalter!) voraussichtlich bleibt. Im Bereich der BA wird eine Einstellungsuntersuchung nur in besonderen Fällen veranlasst, z.B. wenn der einstellenden Dienststelle gesundheitliche Probleme des Bewerbers bekannt werden, oder wenn spezielle gesundheitliche Anforderungen des Arbeitsplatzes zu beachten sind (RdErl 187/82). Die konkreten Gründe für die Durchführung einer Einstellungsuntersuchung sollten dem Gutachtenantrag zu entnehmen sein.

Laut RdErl 43/85 ist bei Nachwuchskräften, unabhängig davon, ob eine allgemeine Einstellungsuntersuchung veranlasst wird oder nicht, grundsätzlich die Bildschirmtauglichkeit festzustellen. Daher umfasst eine Einstellungs-

untersuchung regelmäßig auch die Prüfung der Bildschirmtauglichkeit. Die dabei zu beachtenden Kriterien finden sich im RdErl 51/93. Werden die sog. Mindestanforderungen nicht erreicht, sollte dem Bewerber anheimgestellt werden, einen Augenarzt aufzusuchen und die Augen überprüfen zu lassen. Wenn der Bewerber eine aktuelle augenärztliche Bescheinigung vorlegt, wonach aus augenärztlicher Sicht keine gesundheitlichen Bedenken gegen Bildschirmtätigkeit bestehen, ist dies i.d.R. zu akzeptieren. Einäugigkeit oder Farbsinnstörungen schließen die Eignung für büroübliche Bildschirmarbeit grundsätzlich *nicht* aus. Eine Vorstellung beim Augenarzt zu Lasten der BA kommt bei Personen, die noch nicht eingestellt wurden, nicht in Betracht.

Dienstfähigkeitsuntersuchung

Nach § 7 Abs. 2 Satz 1 MTA kann der Dienststellenleiter bei gegebener Veranlassung durch einen Vertrauensarzt oder durch das Gesundheitsamt feststellen lassen, ob der Angestellte dienstfähig oder frei von ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten ist. Nach Satz 2 dieser Vorschrift darf von dieser Befugnis nicht willkürlich Gebrauch gemacht werden.

„Dienstfähigkeit“

Der Begriff bezieht sich auf die Fähigkeit, die zuletzt verrichtete Tätigkeit auszuüben. Der mögliche Anlass einer vom Arbeitgeber gewünschten ärztlichen Untersuchung ist, wie der Text des Manteltarifvertrages zeigt, eng umschrieben. Insbesondere muss ein sachlicher Grund vorliegen, wie etwa erkennbar gewordene Zweifel an der Dienstfähigkeit (z.B. bei akuter Alkoholisierung), der Verdacht auf das Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder die beabsichtigte Verwendung des Mitarbeiters auf einem bestimmten Dienstposten.

Es ist dem Arbeitgeber *nicht* uneingeschränkt erlaubt, ihm vorgelegte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Arzt seines Vertrauens überprüfen zu lassen. Bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitern und Angestellten ist durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein hinreichender Schutz

gegen den Missbrauch der AU-Bescheinigungen gegeben. Wenn der Arbeitgeber begründete Zweifel an der Richtigkeit einer AU-Bescheinigung hat, kann er die Überprüfung durch den MDK bei der Krankenkasse verlangen. Bei Angestellten, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, kann nach Meinung der BA-Verwaltung die Überprüfung der AU durch den Arbeitsamtsarzt im Einzelfall notwendig und zulässig sein, allerdings müssen die Zweifel an der Richtigkeit der AU-Bescheinigung durch Tatsachen begründet sein.

Gemäß RdErl 73/93, Nr. 2, kommt eine Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit nur durch einen nicht zum Betriebsarzt seiner Dienststelle bestellten Arbeitsamtsarzt in Frage, und dies auch nur bei Beschäftigten, die von der Krankenversicherungspflicht befreit sind.

Im konkreten Fall sollte der Arzt

- prüfen, ob möglicherweise der MDK für die Überprüfung bescheinigter Arbeitsunfähigkeit zuständig ist,
- den Arbeitnehmer in einem Einladungsschreiben unmissverständlich über den Sinn der geplanten Untersuchung aufklären, wodurch es dann in das Belieben des Arbeitnehmers gestellt ist, bei der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit mitzuwirken.

Häufig wünscht der Arbeitgeber zu wissen, ob und ggf. wann mit der Wiederherstellung der Dienstfähigkeit zu rechnen ist. Diese Fragestellung ist zulässig, da der Arbeitgeber diese Information benötigt, um den weiteren Personaleinsatz zu planen.

Ein weiterer Anlass für eine ärztliche Untersuchung kann in der Fürsorgepflicht für den Angestellten liegen, z.B. wenn dieser an einem anderen Arbeitsplatz angesetzt werden soll, oder wenn vermutet wird, dass Fehlzeiten durch besondere Belastungen am Arbeitsplatz bedingt sind (Beispiel: häufige Dienstreisen in Länder mit belastendem Klima). Hier wird jedoch i.d.R. der Betriebsarzt eingeschaltet.

Im Rahmen der Überprüfung der Dienstfähigkeit kann der Arbeitgeber durch den Amtsarzt (des Gesundheitsamtes) feststellen lassen, ob bei dem Angestellten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit i.S. der Rentengesetze anzunehmen ist. Diese Frage stellt sich z.B. bei sehr langen Fehlzeiten. Verzögert der Angestellte schuldhaft den Rentenantrag, oder ist er nicht gesetzlich rentenversichert, so kann das Arbeitsverhältnis mit Ablauf des Monats, in dem dem Angestellten das Ergebnis der

amtsärztlichen Untersuchung bekanntgegeben worden ist, beendet werden (§ 59 MTA).

Nicht selten wird jedoch zunächst nicht der Amtsarzt zur Frage der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingeschaltet, sondern gemäß § 7 Abs. 2 MTA der Arbeitsamtsarzt. Die Personalstelle argumentiert in solchen Fällen, man wolle erst prüfen, ob überhaupt der Amtsarzt (mit Aussicht auf Erfolg) eingeschaltet werden solle. Sofern der Angestellte bereit ist, sich vom Arbeitsamtsarzt begutachten zu lassen, bestehen keine Bedenken gegen die Durchführung derartiger Untersuchungen. Der Arbeitsamtsarzt wird sich seinerseits einem derartigen Ansinnen nicht widersetzen können. Dabei spielt es keine Rolle, dass Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit i. S. der Rentengesetze auch von außermedizinischen Faktoren abhängt und daher nur vom Rentenversicherungsträger *festgestellt* werden kann. Der hauptamtliche Arzt der BA soll in diesen Fällen lediglich äußern, ob seiner gutachterlichen Einschätzung nach die medizinischen Voraussetzungen (Minderung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als 50 % derjenigen eines Gesunden mit vergleichbarer Ausbildung) vorliegen.

„Ansteckende oder ekelerregende Krankheit“

Selten wird von der Verwaltung eines Amtes die Frage nach dem Vorliegen einer ansteckenden Krankheit gestellt. Diese Fälle werden meist von den behandelnden Ärzten und dem Gesundheitsamt vorgeklärt. Anlass für eine Anfrage der Verwaltung kann z.B. eine Häufung von aus Laiensicht unerklärlichen Erkrankungen in einem Bereich des Amtes sein, etwa wenn einer der Erkrankten vorher eine Urlaubsreise in die Tropen unternommen hatte.

Die Feststellung einer ansteckenden Krankheit bezieht sich in erster Linie auf solche i.S. des Bundesseuchengesetzes (ab 01.01.2001 ersetzt durch das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000) und zieht ggf. - z.B. bei Typhus, Hepatitis usw. - die gesetzlich vorgeschriebene Meldung an das Gesundheitsamt nach sich. Im Falle einer meldepflichtigen Infektionskrankheit bei erhaltener Arbeitsfähigkeit (also beim Fehlen von Leistungseinschränkungen) kann das Gesundheitsamt u.U. ein Arbeitsverbot aussprechen (§ 38 BSeuchG bzw. § 31 IfSG). Dann erhält der Betroffene, dem ja Arbeitsunfähigkeit nicht bescheinigt werden kann, weder Lohnfortzahlung noch Krankengeld. An dessen Stelle tritt dann eine Verdienstausschüttung (§ 49 BSeuchG bzw. § 56 IfSG).

Die Frage, ob eine „ekelerregende“ Krankheit vorliegt, wird in der Praxis selten oder nie gestellt. Falls sie doch einmal gestellt werden sollte, ist sie nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen.

Umfang der ärztlichen Mitteilungen an den Arbeitgeber

Die medizinischen Erkenntnisse, die der Arzt über einen Arbeitnehmer gewonnen hat, unterliegen in vollem Umfang der ärztlichen Schweigepflicht. Unterzieht sich der Arbeitnehmer der ärztlichen Untersuchung, so kann der Arzt i.d.R. davon ausgehen, dass der Betroffene mit der Weitergabe des Ergebnisses der Untersuchung an den Arbeitgeber einverstanden ist („konkludentes Handeln“ des Arbeitnehmers). Allerdings setzt dies voraus, dass der Arbeitnehmer über Sinn und Umfang der Untersuchung wie auch über den Umfang der geplanten Mitteilungen aufgeklärt ist. Da der Arzt derjenige ist, der Informationen weitergibt, ist er es, der sich vergewissern muss, dass der Arbeitnehmer die notwendige Kenntnis hat. Der Umfang der ärztlichen Mitteilung an den Arbeitgeber hat sich auf das Ergebnis der Untersuchung zu beschränken, also z.B. auf die Feststellung, ob ein Bewerber geeignet ist oder nicht. Die Frage nach der Bildschirmtauglichkeit sollte getrennt von der allgemeinen Eignungsfeststellung beantwortet werden. Diagnosen und Befund gehen den Arbeitgeber grundsätzlich nichts an. Erscheinen im Einzelfall weitergehende Mitteilungen angebracht, ist das Einverständnis des Betroffenen unbedingte Voraussetzung.

Hinweis:

Bei Stellungnahmen nach Aktenlage ist gem. RdErl. 73/93, Nr. 3, darauf zu achten, dass im Antrag auf ärztliche Begutachtung die Kenntnis des Beschäftigten von dem Vorgang vermerkt ist.

Untersuchungen auf beamtenrechtlicher Grundlage

Einstellungsuntersuchung

Bei der Einstellungsuntersuchung von Beamtenanwärtern lautet die Frage an den Gutachter üblicherweise (HDA B 118 Nr. 2):

„Ich bitte, eine ärztliche Untersuchung durchzuführen und mitzuteilen, ob der Bewerber (Angestellte) nach dem erhobenen Befund den an einen Beamten in der Lauf-

bahn (Bezeichnung der Laufbahn) zu stellenden Anforderungen in geistiger und körperlicher Hinsicht voll genügt.“

bei Schwerbehinderten oder Gleichgestellten:

„Ich bitte, eine ärztliche Untersuchung durchzuführen und mitzuteilen, ob der Bewerber (Angestellte) nach dem erhobenen Befund das Mindestmaß körperlicher Eignung für den für ihn in Betracht kommenden Verwendungsbereich (Bezeichnung des Bereichs) besitzt und voraussichtlich noch mindestens fünf Jahre dienstfähig – gerechnet vom Zeitpunkt der Einstellung an – bleibt.“

In allen Fällen wird i.d.R. folgende Ergänzungsfrage gestellt:

„Ferner bitte ich um Untersuchung der Bildschirmtauglichkeit der Bewerberin/des Bewerbers“. (Vgl. HDA B 118 Nr. 1 Abs. 4; RdErl 43/85)

In seiner Antwort hat der Arbeitsamtsarzt nur diese beiden Fragen zu beantworten. Es wird also weder eine Diagnose angegeben noch ein Leistungsbild erstellt.

„Anforderungen an einen Beamten in geistiger und körperlicher Hinsicht“

Die Einstellungsuntersuchung bei Beamtenanwärtern (bzw. die Untersuchung von Angestellten anlässlich der Übernahme in das Beamtenverhältnis) hat den Zweck, die gesundheitliche Eignung (§ 8 Abs. 1 BBG) für die vorgesehene Laufbahn, also für die in der jeweiligen Laufbahn zu erwartenden Tätigkeiten, zu prüfen. Darüber hinaus ist zu beurteilen, ob der vorzeitige Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann (zum Begriff „Dienstunfähigkeit“ siehe weiter unten). Kann vorzeitige Dienstunfähigkeit - soweit vorhersehbar - nicht ausgeschlossen werden, besteht keine gesundheitliche Eignung.

Mit der ärztlichen Untersuchung sollen chronische Leiden ausgeschlossen werden, die eine vorzeitige Versetzung in den Ruhestand erwarten lassen. Es gibt jedoch weder allgemeinverbindliche Vorschriften, welche Untersuchungen bei Beamtenanwärtern durchzuführen sind, noch einen Katalog mit Diagnosen, bei denen eine Verbeamtung ausgeschlossen wäre. So wird man z.B. bei Bewerbern mit Colitis ulcerosa, Enteritis regionalis (Crohn), Leberzirrhose, malignen Tumoren, Herzklappenfehlern stets im Einzelfall sorgfältig abwägen

müssen, wie die Prognose einzuschätzen ist. Nicht selten müssen in derartigen Fällen, falls der Bewerber nicht schon aussagekräftige Krankheitsunterlagen (Krankenhausentlassungsberichte, ärztliche Befundberichte und dgl.) vorlegt, fachärztliche Zusatzuntersuchungen, evtl. mit gutachterlicher Stellungnahme zu bestimmten Zielfragen, veranlasst werden.

Eine Ausnahme bilden Bewerber mit **Mukoviszidose** (= **Zystische Fibrose**) und **Diabetes mellitus**. Für diesen Bewerberkreis gibt es detaillierte Verfahrenshinweise bzgl. der Untersuchung und Beurteilung der Eignung (Handbuch des Dienstrechts, Allgemeiner Teil, [HDA] B 118 Nr. 4).

Bei nicht schwerbehinderten Bewerbern mit **Diabetes mellitus** ist eine Zusatzbegutachtung durch einen „diabetologisch erfahrenen Arzt“ mit vorgeschriebener Fragestellung erforderlich. Die an den Arbeitsamtsarzt im Gutachtenauftrag zu formulierende Fragestellung lautet:

„Bestehen aus diabetologischer Sicht Bedenken gegen eine Berufung in das Beamtenverhältnis in der Laufbahn ... <Bezeichnung der Laufbahn> ? Die Berufung in das Beamtenverhältnis setzt voraus, dass der Bewerber allen Anforderungen, welche die Laufbahn an seine körperlichen und geistigen Kräfte stellt, voll genügen wird und zwar, soweit das voraussehbar ist, bis zur Erreichung der Altersgrenze.“

Außerdem sind EKG, Röntgen-Thoraxaufnahme, Laboruntersuchungen und augenärztliche Untersuchung vorgeschrieben. Eignungsvoraussetzungen sind ferner regelmäßige ärztliche Stoffwechselkontrollen sowie regelmäßige (dokumentierte) häusliche Stoffwechsel-Selbstkontrollen des Bewerbers.

Bei Bewerbern mit **Mukoviszidose** ist ein Rundschreiben des Bundesministeriums für Inneres (BMI) zu beachten, das dem HDA B 118 als Anlage 3 beigelegt ist. Hier gelten die Voraussetzungen, die im folgenden für Schwerbehinderte allgemein aufgeführt sind. Diese gelten übrigens auch für **schwerbehinderte Diabetiker**.

Besondere Beurteilungskriterien gelten für die Eignung als Beamter, wenn der Bewerber Schwerbehinderter, d.h. Inhaber eines Schwerbehindertenausweises, ist. Dann wird nämlich nur noch eine mindestens fünfjährige uneingeschränkte Dienstfähigkeit (wenn auch nur mit dem Mindestmaß körperlicher Eignung) anstelle der vollen Dienstfähigkeit bis zum Erreichen der Altersgrenze vorausgesetzt. Regelmäßig zu erwartende Fehlzeiten von mehr

als unbedeutender Dauer entsprechen der uneingeschränkten Dienstfähigkeit nicht. Die Fünfjahresgrenze rührt daher, dass erst nach fünfjähriger Dienstzeit Anspruch auf beamtenrechtliche Versorgung besteht.

Beamter kann somit, vereinfacht ausgedrückt, nur werden, wer entweder kerngesund oder schwerbehindert (GdB $\geq$ 50) ist.

Bildschirmtauglichkeit von Beamtenanwärtern

Bildschirmtauglichkeit

ist gegeben, wenn aus arbeitsmedizinischer Sicht keine gesundheitlichen Bedenken gegen Bildschirmtätigkeit bestehen.

Bildschirmtätigkeit

ist die Tätigkeit am Bildschirmarbeitsplatz, soweit sie gewöhnlich einen nicht unwesentlichen Teil der Arbeit einnimmt. Unter Tätigkeiten, die „einen nicht unwesentlichen Teil der Arbeit“ einnehmen, sind z.B. solche Arbeiten zu verstehen, die ohne Bildschirm nicht erledigt werden können.

Bildschirmarbeitsplatz

ist ein Arbeitsplatz, der mit einem Bildschirm zur Darstellung alphanumerischer Zeichen und/oder von Grafik sowie ggf. mit weiteren Arbeitsmitteln zur Datenerfassung bzw. -verarbeitung ausgestattet ist. (Die Technik der Darstellung von Zeichen bzw. Grafik ist dabei nicht von Belang. Daher gelten auch Mikrofilm-Lesegeräte als Bildschirmgeräte)

Die Eignung eines Bewerbers für die Beamtenlaufbahn, insbesondere diejenige des gehobenen nichttechnischen Dienstes, wird erfahrungsgemäß zunehmend vom Nachweis der Bildschirmtauglichkeit abhängig gemacht.

Die arbeitsamtsärztliche Stellungnahme zur Frage der Bildschirmtauglichkeit eines Bewerbers setzt entweder eine Untersuchung nach RdErl. 51/93 oder aussagekräftige, aktuelle Befundunterlagen eines Augenarztes voraus. Werden die im genannten Rundschreiben angegebenen „Mindestanforderungen im Siebtest“ nicht erreicht, bleibt es einem Bewerber, der noch nicht bei der BA beschäftigt ist, überlassen,

- entweder seine Augen vom Augenarzt überprüfen und ggf. korrigieren zu lassen, um anschließend den Siebtest beim Arbeitsamtsarzt zu wiederholen, oder

- aktuelle, aussagekräftige Befundunterlagen eines Augenarztes beizubringen, die eine Beurteilung der Bildschirmtauglichkeit (Definition siehe oben) durch den Arbeitsamtsarzt erlauben.

Bewerber, die bereits bei der BA beschäftigt sind, können zu Lasten der BA zur augenärztlichen Ergänzungsuntersuchung überwiesen werden, wenn eine augenärztliche Untersuchung, ggf. mit bestmöglicher Korrektur, aktuell bereits stattgefunden hat und trotzdem die „Mindestanforderungen“ nicht erreicht werden.

Für die Beurteilung der Bildschirmtauglichkeit gelten prinzipiell die gleichen Kriterien wie bei der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung gem. RdErl 51/93. Allerdings ist hier die Prognose bis zur Altersgrenze zusätzlich von Bedeutung. Grundsätzlich schließt Einäugigkeit die Tauglichkeit für Bildschirmtätigkeit nicht aus. Ein uneingeschränktes Farbunterscheidungsvermögen ist an Bildschirmarbeitsplätzen nur dann erforderlich, wenn die Farbe selbst Träger der zu erkennenden Information ist (im Bürobereich üblicherweise nie). Dies müsste ggf. von der Verwaltung im Gutachtenantrag näher erläutert werden.

Beurteilung von Dienstunfällen

Im § 31 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) wird der Dienstunfall als „ein auf äußerer Einwirkung beruhendes, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis“ definiert, „das in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten ist“. Nach der Meldung eines Dienstunfalles durch den Beamten schaltet die Personalstelle regelmäßig einen hauptamtlichen Arzt der BA ein, um begutachten zu lassen,

- ob das Ereignis geeignet war, den erlittenen Körperschaden zu verursachen,
- ob Auslösung oder Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens vorliegt,
- ob infolge des Unfalles eine wesentliche Beschränkung der Erwerbsfähigkeit (mindestens 25 %) eingetreten oder zu erwarten ist, und wie lange diese ggf. voraussichtlich dauern wird,
- welche Folgen der Körperschaden zurückgelassen hat.

Auch ein leichter Dienstunfall hat für den Beamten wirtschaftliche Konsequenzen, nämlich insofern, als bei Dienstunfall

- sämtliche Behandlungskosten, soweit sie „notwendig“ und „angemessen“ sind, vom Dienstherrn übernommen werden,
- bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (siehe unten) von mehr als 25 % ein „Unfallausgleich“ gewährt wird.

Nicht ganz einfach ist mitunter die auf der Grundlage des BeamtVG geforderte Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Laut Verwaltungsvorschrift (VwV) zum BeamtVG gelten für erhebliche äußere Körperschäden die in der VwV Nr. 4 zu § 30 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) festgelegten Mindest-Vomhundertsätze.

Beispiel:

Verlust eines Beines im Bereich des Unterschenkels bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke

60 %

Teilverlust des Fußes,

einseitig **30 %**

beidseitig **50 %**

Da diese Liste nur wenige Richtwerte für die Einschätzung der MdE bietet, wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) die wesentlich detaillierteren „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (Bonn, 1996) von den in der VwV Nr. 4 genannten Mindest-Vomhundertsätzen abgeleitet und publiziert. Da das Beamtenrecht in diesem Punkt, nämlich bzgl. der Bewertung von Körperschäden, ausdrücklich auf das soziale Entschädigungsrecht verweist, kann man im konkreten Fall die „Anhaltspunkte“ des BMA als Richtschnur heranziehen. Eine Einschätzung der MdE, die der Arzt anhand der „Anhaltspunkte“ belegen kann, hält auch der verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung stand. (Im folgenden wird die MdE dem in den „Anhaltspunkten“ angegebenen Grad der Behinderung (GdB) gleichgesetzt.)

Zu beachten ist, dass die MdE nur für Gesundheits- bzw. Funktionsstörungen anzugeben ist, die länger als sechs Monate anhalten. Auch wenn ein Beamter mehrere Wochen bettlägerig ist, rechtfertigt dies noch nicht die Feststellung einer MdE. Erst der Restschaden, der nach sechs Monaten noch verblieben ist, bedingt eine MdE. Darüber hinaus können die Unfallfol-

gen im zeitlichen Ablauf wechselnd ausgeprägte Beschwerden machen. In diesen Fällen ist von einer durchschnittlichen MdE auszugehen. Wenn sich also ein knieverletzter Beamter einige Zeit nach der operativen Versorgung des Knies nochmals für vier Tage ins Krankenhaus begibt, um Kirschnerdrähte entfernen zu lassen, so wird er durch diesen Eingriff zwar kurzzeitig immobilisiert, jedoch beeinflusst dies die durchschnittliche MdE nicht.

Die einzelnen Werte für die MdE werden in den „Anhaltspunkten“ häufig in Bereichen, z.B. 30-50 %, angegeben. Dies zeigt an, dass es sich nicht um exakt zu übernehmende Werte handelt, sondern dass stets die besonderen Umstände des Einzelfalles bei der Bewertung zu berücksichtigen sind. Erhebliche chronische Schmerzzustände wirken sich beispielsweise MdE-erhöhend aus.

Schließlich sollte noch beachtet werden, dass bei mehreren Körperschäden nicht einfach die jeweiligen Vorphundertsätze aus der Tabelle zu addieren sind. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Die „Anhaltspunkte“ enthalten in ihrem allgemeinen Teil ausführliche Hinweise zur Anwendung der GdB-Tabellen.

Im Zusammenhang mit Dienstunfällen kann der Arbeitsamtsarzt von der Verwaltung auch eingeschaltet werden, um die „Notwendigkeit“ von Aufwendungen sowie deren „Angemessenheit“ zu überprüfen. **Notwendigkeit** und **Angemessenheit** der Aufwendungen i.S. der Heilverfahrensverordnung (HeilvFV) sind grundsätzlich nach denselben Kriterien zu beurteilen, wie in Fragen der Beihilfe. Allerdings kann die besondere Fürsorgepflicht für den dienstunfallverletzten Beamten es gebieten, diese Bestimmungen nicht eng auszulegen (RdErl 112/87).

„Notwendig“ sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst (und/oder für Leistungen eines Heilpraktikers). Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Maßnahmen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht als „notwendig“ anzusehen. In der Praxis kann es erforderlich sein, festzustellen, ob die erbrachten Leistungen wegen der Unfallfolgen notwendig waren, oder ob sie aufgrund der angegebenen Diagnosen *nicht* mit dem Dienstunfall in Verbindung zu bringen sind.

„Angemessen“ sind die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, wenn sie sich im Rahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bewegen. Bei Überschreitung der Gebührenschwelle in ärztlichen Rechnungen ist auf eine plausible Begründung mit in der Person des Patienten liegender, besonderer Schwierigkeit der einzelnen Leistung zu achten. Überschreitungen der Regelspanne aufgrund einer Abdingungsvereinbarung zwischen Patient und Arzt sind nicht „angemessen“. Ferner ist bei Arztrechnungen darauf zu achten, dass nicht Leistungen gesondert abgerechnet werden, die Bestandteil einer anderen, ebenfalls abgerechneten Leistung sind (§ 4 Abs. 2a GOÄ '96). Kommentare zur GOÄ geben hier detaillierte und kompetente Hinweise. Die Ausstattung mit Heil- und Hilfsmitteln wegen eines Dienstunfalles kann wegen der besonderen Fürsorgepflicht auch zweckmäßige Güter umfassen, die durch das Bundesministerium des Innern (BMI) von der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgenommen sind. Diese Aufwendungen sind dann in diesem besonderen Fall ebenfalls als „angemessen“ zu betrachten (RdErl 112/87).

Beurteilung der Dienstfähigkeit

Anmerkung

Seit Anfang 1992 ist bei der Pensionierung auf Veranlassung des Dienstherrn (sog. Zwangspensionierung) der Amtsarzt (des Gesundheitsamtes) einzuschalten. Die Personalstellen haben gelegentlich Schwierigkeiten, die amtsärztlichen Aussagen richtig zu deuten. Dann wird möglicherweise der Arbeitsamtsarzt eingeschaltet, um die Angelegenheit mit ihm zu besprechen. In Zweifelsfällen wird der Arbeitsamtsarzt sogar um eine eigene Begutachtung des Beamten gebeten. Daher muss er die rechtlichen Hintergründe derartiger Begutachtungen kennen.

Der Begriff „Dienstunfähigkeit“ wird im Beamtenrecht in zwei Varianten verwendet:

(Vorübergehende) **Dienstunfähigkeit wegen Krankheit** liegt vor, wenn der Beamte krankheits- oder unfallbedingt seinen Dienstpflichten nicht nachkommen kann. Insofern entspricht sie inhaltlich im wesentlichen der Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern. Sie ist vom Beamten auf Verlangen des Dienstvorgesetzten nachzuweisen (§ 73 BBG), i.d.R. durch ärztliches Attest *ohne* Krankheitsbezeichnung.

Dauernde Dienstunfähigkeit ist im Bundesbeamtengesetz in Verbindung mit ihren dienstrechtlichen Konsequenzen definiert:

„Der Beamte auf Lebenszeit ist in den Ruhestand zu versetzen, wenn er infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) ist.“ (§ 42 Abs. 1 Satz 1 BBG)

„Als dienstunfähig kann der Beamte auch dann angesehen werden, wenn er infolge Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten mehr als drei Monate keinen Dienst getan hat und keine Aussicht besteht, dass er innerhalb weiterer sechs Monate wieder voll dienstfähig wird.“ (§ 42 Abs. 1 Satz 2 BBG)

Der Feststellung dauernder Dienstunfähigkeit durch den Dienstherrn folgt - je nach Beamtenstatus - entweder die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung des Beamten.

Satz 2 des § 42 Abs. 1 BBG erleichtert dem Dienstherrn den Nachweis dauernder Dienstunfähigkeit. Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.01. 1958 ist ein Beamter „dauernd unfähig zur Ausübung seiner Dienstpflichten, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung die Wiederherstellung seiner Dienstfähigkeit in absehbarer Zeit unwahrscheinlich ist.“

Für die Feststellung von Dienstunfähigkeit sind - abweichend von den Grundsätzen, die für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitnehmern gelten - nicht nur Merkmale der Person, sondern auch Erfordernisse des Dienstherrn zu berücksichtigen, so z.B., wenn gehäufte Fehlzeiten eines Beamten die Aufgabenerledigung der Dienststelle erheblich beeinträchtigen.

Spezielle Tauglichkeitsbestimmungen, wie sie in Bereichen mit besonderen Anforderungen an das körperliche Leistungsvermögen bestehen (Bundeswehr, Bahn, Polizei), gibt es für den Bereich der BA nicht.

Das ärztliche Gutachten soll dem Dienstherrn als Grundlage für dessen eigene Urteilsbildung dienen. Die Personalverwaltung benötigt vom Arzt (der Arbeitsamtsarzt wird hier als „Vertrauensarzt“ der Behörde tätig) üblicherweise folgende Informationen, wenn ärztlicherseits Dienstunfähigkeit festgestellt wird:

- Relevante Diagnosen (nur bei Dienstunfähigkeit!); diese werden dem Beamten bei der Versetzung in den Ruhestand mitgeteilt,
- Schilderung der Einschränkungen der körperlichen und geistigen Kräfte und der Beschwerden mit bisherigem Verlauf und voraussichtlicher weiterer Entwicklung sowie ihrer Auswirkungen auf die dienstlichen Verrichtungen,
- Stellungnahme zur Dienstunfähigkeit entsprechend der Fragestellung des Dienstherrn, insbesondere, ob der Beamte noch in der Lage ist, den Aufgaben seines Amtes (nicht nur des letzten Dienstpostens!) nachzukommen,
- Gegebenenfalls Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden Gutachten zur Dienstfähigkeit des Beamten,
- Evtl. Hinweise auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten mit Erörterung der Zumutbarkeit für den Beamten (erheblich risikobehaftete Behandlungen sind für ihn unzumutbar),
- Stellungnahme zu der Frage, ob aus ärztlicher Sicht die Umsetzung auf einen anderen Dienstposten oder andere Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eine angemessene Weiter- bzw. Wiederverwendung des Beamten erwarten lassen,
- Empfehlung einer Nachuntersuchung nach Ablauf einer anzugebenden Frist, wenn die Dauer der Dienstunfähigkeit noch nicht endgültig beurteilt werden kann.

Das Gutachten muss für medizinische Laien verständlich sein, wenn es seinen Zweck erfüllen soll. Notwendige Fachbegriffe sollten daher stets allgemeinverständlich erläutert werden. Die vom Dienstherrn häufig gestellte Frage nach Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation hat nur selten praktische Relevanz. Für einen wegen seines körperlichen oder psychischen Leidens dienstunfähigen Beamten der BA, der ja meist eine Bürotätigkeit verrichtet, gibt es kaum erfolgversprechende Rehabilitationsmöglichkeiten, da es körperlich und geistig weniger beanspruchende Tätigkeiten im Verwaltungsdienst kaum gibt.

Die Umsetzung auf einen anderen Dienstposten wegen arbeitspsychologischer Probleme ist in der Praxis erfahrungsgemäß außerordentlich schwierig. Eine psychologische Beratung durch den Psychologischen Dienst der BA, etwa im Hinblick auf motivationshemmendes Verhalten eines Vorgesetzten oder auf die

Lösung eines Konflikts zwischen mehreren Bediensteten einer Organisationseinheit, ist in der BA nicht vorgesehen und daher nicht möglich. Derartige Fälle, in denen „Krankheit“ im eigentlichen Sinne zunächst nicht vorliegt, enden oft so, dass sich nach einiger Zeit tatsächlich Depressionen, Verhaltensstörungen und dgl. einstellen. Wegen dieser Erkrankungen erfolgt dann schließlich die vorzeitige Versetzung in den Ruhestand.

Wird vom Arzt dauernde Dienstunfähigkeit verneint, so genügt der Hinweis an die Verwaltung, dass die medizinischen Voraussetzungen dauernder Dienstunfähigkeit nicht gegeben sind und dass Aussicht auf Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit innerhalb weiterer sechs Monate besteht. Es wird weder eine Diagnose angegeben noch ein Leistungsbild erstellt.

Neuerdings ist auch zu einer evtl. bestehenden Teildienstfähigkeit Stellung zu nehmen (RdErl 59/98).

Ärztliche Schweigepflicht

Der ärztlichen Schweigepflicht (Kapitel B § 9 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte; § 203 des Strafgesetzbuches) unterliegen grundsätzlich alle Kenntnisse über den zu begutachtenden Beamten, die dem Arzt und seinen Mitarbeitern in ihrer beruflichen Funktion bekannt geworden sind. Für die Weitergabe des Ergebnisses der Begutachtung an die Verwaltung sollte immer das Einverständnis des Beamten vorliegen. Unterzieht sich der Beamte einer personalärztlichen Begutachtung durch den Arbeitsamtsarzt, so kann das Einverständnis des Beamten vorausgesetzt werden, sofern der Beamte nichts Gegenteiliges äußert („konkludentes Handeln“).

Der Beamte ist bei beamtenrechtlich vorgeschriebenen Begutachtungen zur Erteilung seines Einverständnisses mit der Weitergabe des Begutachtungsergebnisses an den Dienstherrn verpflichtet. Verweigert er dieses Einverständnis (in der Praxis ein extrem seltener Fall), und hindert er so die Verwaltung an der Durchführung ihrer Aufgaben, hat er mit disziplinaren Konsequenzen seitens des Dienstherrn zu rechnen.

Ob der Arzt sich an eine ausdrückliche Beschränkung der Auskunftserlaubnis durch den Untersuchten zu halten hat, ist fraglich. Angesichts der Bedeutung des „informationellen Selbstbestimmungsrechtes“ sollte man meinen, der Arzt habe sich in jedem Falle an eine

derartige Beschränkung zu halten und ggf. nur die Tatsache der Beschränkung der Verwaltung mitzuteilen. Dies wird jedoch von der Verwaltung der BA - gestützt auf den einschlägigen Kommentar von FÜRST („Beamtenrecht des Bundes und der Länder“) - anders gesehen. Der Kommentator vertritt die Ansicht, ein auf gesetzlicher Vorschrift (§ 43 Abs. 1, § 44 Abs. 1 BBG) beruhender Gutachtauftrag sei ein Rechtfertigungsgrund zur Offenbarung der für die Versetzung in den Ruhestand wesentlichen Fakten an den Auftraggeber, auch gegen den Willen des Betroffenen.

Die für den Dienstherrn wesentlichen Fakten umfassen das Begutachtungsergebnis, also die Stellungnahme zur Dienstfähigkeit aus ärztlicher Sicht, und - bei Dienstunfähigkeit - die Diagnose. Als Diagnose reicht u.U. eine allgemeine Formulierung aus (z.B. „Psychische Erkrankung“). Die Angabe der Diagnose dient letztlich dem Schutz des Beamten. Sie erlaubt es ihm, gegen die Entscheidung des Dienstherrn begründeten Widerspruch einzulegen.

Im Zweifelsfall kann der Arzt zu seiner eigenen Absicherung die Meinung der zuständigen Ärztekammer einholen. Diese ist hinsichtlich der Beurteilung der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht als kompetent anzusehen, weil die Schweigepflicht im ärztlichen Standesrecht verankert ist.

Begutachtung für die Beihilfenfestsetzungsstelle

Heilmaßnahmen

Rechtsgrundlage der Gewährung von Beihilfe sind die Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes. Beantragt ein beihilfeberechtigter Bediensteter der BA die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung, so hat die für die Anerkennung zuständige Festsetzungsstelle das Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes über die „Notwendigkeit“ der Heilmaßnahme einzuholen. Für derartige Anträge der Bediensteten eines Arbeitsamtes ist der jeweilige Arbeitsamtsarzt als Vertrauensarzt seiner Dienststelle zuständig. Die Initiative zur Begutachtung geht in diesen Fällen stets von der Beihilfenstelle aus. Aus Gründen der Vereinfachung geben die Mitarbeiter ihre Anträge auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Heilkur bzw. Sanatoriumsbehandlung bei der zuständigen Personalstelle ab. Diese legt die Anträge vor der Übersen-

dung an die Beihilfenstelle dem Arbeitsamtsarzt zur Begutachtung vor.

Hinweis

Die erforderliche Kenntnis des Betroffenen bei Stellungnahmen nach Aktenlage (RdErl. 73/93) kann bei Anträgen auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung grundsätzlich unterstellt werden, da die amts- oder vertrauensärztliche Begutachtung durch die Beihilfevorschriften ausdrücklich vorgesehen ist. Eines schriftlichen Vermerks der Verwaltung über die Kenntnis des Betroffenen von der Begutachtung bedarf es daher in diesen Fällen nicht.

Sanatoriumsbehandlung (§ 7 BhV)

Definitionen/Erläuterungen

Sanatorium:

Synonyme: Kurklinik, Reha-Klinik

In der Regel privates (unter der Aufsicht des Gesundheitsamtes stehendes) Krankenhaus zur Durchführung einer unbedingt notwendigen Spezialbehandlung einer meist chronischen oder langwierigen Erkrankung, wobei die ärztliche Behandlung sowie die sonstige Pflege und Betreuung wie in einem normalen Krankenhaus vor sich geht

Sanatoriumsbehandlung:

Vorwiegend konservative stationäre Behandlung chronischer Leiden in einem Sanatorium, auch als Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausbehandlung wegen schwerer Erkrankung

Abgrenzung der Sanatoriumsbehandlung von der stationären Behandlung im Akutkrankenhaus: Während bei stationärer Behandlung im Akutkrankenhaus i.S. von § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV die pflegerischen Maßnahmen sich der ärztlichen Einflussnahme auf den Gesundheitszustand des Patienten eher unterordnen, treten bei der Sanatoriumsbehandlung die pflegerischen Maßnahmen eher neben die ärztliche Behandlung.

Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

- Die Sanatoriumsbehandlung wird innerhalb der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt (Ausnahmen: siehe , S. 87 unten).
- Nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten ist die Sanatoriumsbehandlung notwendig und kann nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden.
- Vorherige Anerkennung durch die Beihilfenstelle
- Keine bereits im laufenden oder in den drei vergangenen Kalenderjahren durchgeführte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur

Ausnahmen in besonderen Fällen (§ 7 Abs. 3 BhV):

1. nach schwerer, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung oder
2. wenn sofortige Einweisung zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist oder
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn aufgrund vertrauensärztlicher Begutachtung die Sanatoriumsbehandlung aus zwingenden medizinischen Gründen in einem kürzeren Zeitabstand erforderlich ist.

Heilkur (§ 8 BhV)

Definitionen/Erläuterungen

Heilkur:

Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem Kurort durchgeführt wird

Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (Kurheim, Pension; nicht im Wohnwagen o. dgl.).

Kurort:

Heilkurort, welcher im Heilkurortverzeichnis (Anhang 2 BhV) verzeichnet ist

Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

- Die Anerkennung ist nur bei Bediensteten (nicht bei Familienangehörigen oder Versorgungsempfängern) möglich.

- Die Heilkur wird innerhalb der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt (Ausnahmen in besonderen Fällen; siehe Hinweis S. 87 unten).
- Nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten ist die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Krankheit erforderlich, oder es ist bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig und kann nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in dessen Einzugsbereich, ersetzt werden.
- Vorherige Anerkennung durch die Beihilfenstelle
- Keine bereits im laufenden oder den vergangenen drei Kalenderjahren durchgeführte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur

Ausnahmen in besonderen Fällen (§ 8 Abs. 4 BhV):

bei schwerem chronischem Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland (§ 13 BhV)

Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

- Die Voraussetzungen für eine Heilkur nach § 8 BhV liegen vor.
- Durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten wurde nachgewiesen, dass die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist.
- Die Kur wird in einem Kurort durchgeführt, der im Heilkurortverzeichnis Ausland (Anhang 3 BhV) verzeichnet ist.

Zugelassene Heilkurorte im Ausland:

- ⇒ Abano Terme
- ⇒ Badgastein
- ⇒ Dorf Badgastein

- ⇒ Bad Hofgastein
- ⇒ Galzignano
- ⇒ Ischia
- ⇒ Montegrotto

ferner

- ⇒ Ein Boqeq, Sdom am Toten Meer,

wenn eine schwere Hauterkrankung (z.B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind.

Hinweis

Aufwendungen für Behandlungen

- im kleinen Walsertal (Österreich),
- in der Höhenklinik Valbella, Davos (Schweiz), der Genossenschaft Sanatorium Valbella (gilt beihilferechtlich als Sanatorium),
- in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra (gilt beihilferechtlich als Sanatorium),
- in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz (gilt beihilferechtlich als Krankenhaus)

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, in den genannten Orten der Schweiz jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes die Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist.

Anmerkungen zu den Heilmaßnahmen „Heilkur“ und „Sanatoriumsbehandlung“

Einer Sanatoriumsbehandlung bedürfen insbesondere Patienten, bei denen - trotz allgemeiner Kurfähigkeit - die Kuranwendungen Nebenwirkungen hervorrufen können, welche schnell erkannt und behandelt werden müssen. Weiterhin ist eine Sanatoriumsbehandlung notwendig bei solchen Patienten, die ihre Lebensweise, z.B. bei notwendiger Diät, ohne eine strenge Hausordnung nicht zweckentsprechend gestalten können. Auch Patienten mit erheblichen psychovegetativen Störungen (nicht jedoch solche mit akuten endogenen Psychosen!), die neben den kurmäßigen Anwendungen einer psychologischen Führung

bedürfen, kann durch eine Sanatoriumsbehandlung oft entscheidend besser geholfen werden als durch eine offene Heilkur. Die „psychologische Führung“ erfordert dabei keineswegs immer einen spezialisierten Psychotherapeuten, sondern kann oft wirkungsvoll auch durch den Sanatoriumsarzt und das Pflegepersonal erfolgen. Schließlich benötigen auch Patienten nach einer Behandlung im Akutkrankenhaus, z.B. nach einem schwerwiegenden Eingriff, nicht selten ein Anschlussheilverfahren, um eine für das Alltagsleben ausreichende Belastbarkeit wiederzuerlangen.

Wenn eine Sanatoriumsbehandlung als „notwendig und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar“ erachtet wird, kann nicht alternativ eine Heilkur erforderlich sein. Eine Sanatoriumsbehandlung kommt nur in Betracht, wenn ambulante ärztliche Behandlung oder eine Heilkur nicht ausreicht und eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich ist.

Eine Heilkur im Ausland ist nur dann in Betracht zu ziehen, wenn nachweislich (!) die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Erfolg ausgeschöpft sind und die Behandlung im Ausland wesentlich größere Erfolgsaussicht bietet. Erfahrungsgemäß sind diese Kriterien nur selten erfüllt. Beispielsweise bei sehr ausgedehnten und therapieresistenten Fällen von Psoriasis oder Neurodermitis kann eine Behandlung am Toten Meer eine wesentlich größere Erfolgsaussicht bieten.

Die Beurteilung der Notwendigkeit einer Heilmaßnahme unter beihilferechtlichen Gesichtspunkten erfordert unbedingt aussagekräftige Krankheitsnachweise, entweder in Form eines detaillierten Krankheitsberichtes des behandelnden Arztes oder in Form eigener Befunde. Ohne Kenntnis der bisherigen Therapie ist eine zuverlässige Beurteilung nicht möglich. Im Zweifelsfall müssen daher vom Antragsteller weitere Unterlagen nachgereicht werden.

Spezieller Teil

Leistungsbeurteilung bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Leistungseinschränkungen im Bereich des Stütz- und Bewegungssystems stellen mit Abstand den häufigsten Anlass für eine arbeitsamtsärztliche Begutachtung dar. Erkrankungen in diesem Bereich werden bei der arbeitsamtsärztlichen Begutachtung dementsprechend am häufigsten als „Erstschaden“ diagnostiziert.

Zur Systematik

Für die Erstellung des aktuellen Leistungsbildes sind vorrangig die Funktionsstörungen, weniger die Diagnosen wichtig. Aus diesem Grunde richtet sich im folgenden die Einteilung der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates primär nach topographisch-funktionellen Gesichtspunkten (Gelenk- bzw. Wirbelsäulenregionen):

1. Erkrankungen der Schulterregion
2. Erkrankungen der Ellenbogenregion
3. Erkrankungen der Hand und des Handgelenks
4. Erkrankungen der Hüftregion
5. Erkrankungen der Knieregion
6. Erkrankungen der Sprunggelenke und des Fußes
7. Erkrankungen der Halswirbelsäule
8. Erkrankungen der Brust- und Lendenwirbelsäule

Als ätiologisches Ordnungsprinzip dient die Unterscheidung in

- Weichteil- bzw. entzündliche Erkrankungen,
- Traumatische Veränderungen,
- Präarthrosen / Arthrosen
- Fehlhaltungen / Fehlformen,

ungeachtet der Tatsache, dass zwischen diesen Erkrankungsformen zum Teil fließende Übergänge und pathophysiologische Zusammenhänge bestehen.

Die in den einzelnen Rubriken angegebenen Diagnosen wurden aufgrund ihrer Häufigkeit und Relevanz für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung ausgewählt und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zur Begutachtung

Bei orthopädischen Fragestellungen ist, wie auch bei anderen arbeitsamtsärztlichen Begutachtungen, neben einer ausführlichen Anamnese eine gründliche klinische Untersuchung erforderlich. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der exakten **Befunddokumentation**. Hierfür sind neben dem üblichen Befundbogen das Messblatt für die Wirbelsäule und die Zusatzbefundbögen für orthopädische Befunde der oberen und unteren Extremitäten zu verwenden. Bei eingeschränkter Gelenkbeweglichkeit ist diese zwingend mittels **Neutral-Null-Methode** zu dokumentieren. Da Gelenk- bzw. Wirbelsäulenerkrankungen regelmäßig auch zu Reaktionen der zugehörigen Muskulatur (erhöhter Muskeltonus, Atrophie) führen, gehört die Beurteilung der Muskulatur einschließlich der Erfassung der Umfangsmaße der jeweiligen Extremität unverzichtbar mit zum Untersuchungsprogramm.

Röntgendiagnostik und andere bildgebende Verfahren stellen eine wichtige Ergänzung zum klinischen Befund und zur Beschwerdesymptomatik dar, wenn auch letztere für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit stets vorrangige Bedeutung haben. Für den möglichen Einsatz der Röntgendiagnostik sind neben wirtschaftlichen Kriterien auch Aspekte des Strahlenschutzes (Röntgenverordnung) zu berücksichtigen. So ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die im Gutachten zu beantwortenden Fragen tatsächlich eine Röntgenuntersuchung erforderlich machen. Zwischen dem Recht des Einzelnen auf körperliche und psychische Unversehrtheit einerseits und der Plausibilität und Aussagefähigkeit des Gutachtens andererseits ist eine Rechtsgüterabwägung vorzunehmen.

Eine Röntgenuntersuchung ist beispielsweise unzulässig¹,

- wenn bereits Röntgenaufnahmen existieren, die den Untersuchungszweck erfüllen (bei chronischen Krankheiten sind bis zu zwei Jahre alte Aufnahmen meist als ausreichend aktuell anzusehen),
- wenn das diagnostische Ziel auch mit anderen, weniger belastenden Untersuchungsmethoden erreicht werden kann (z.B. mittels Sonographie),
- wenn sie zur diagnostischen Abklärung im Zusammenhang mit der Fragestellung im Gutachtenantrag, schon vorab ersichtlich, nichts beiträgt (etwa „der Vollständigkeit halber“).

Wenn sich systemische Erkrankungen am Stütz- und Bewegungssystem manifestieren, müssen sie selbstverständlich hinsichtlich *sämtlicher* (auch nicht-orthopädischer) Auswirkungen bei der Leistungsbeurteilung berücksichtigt werden (z.B. Psoriasis, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises).

Für den Auftraggeber des arbeitsamtsärztlichen Gutachtens sind neben dem aktuellen Leistungsbild regelmäßig Hinweise zur Prognose wichtig. In der Regel sind sie um so wichtiger, je jünger der Proband und je stärker ausgeprägt die gesundheitlichen Einschränkungen sind. Daher enthalten die nachfolgenden Hinweise zu den Leistungsbildern auch prognostische Aussagen.

Die Strukturen des Stütz- und Bewegungssystems benötigen den Wechsel von Be- und Entlastung. Die Knorpelstrukturen im Bereich der Gelenkoberflächen und im Bereich der Wirbelsäule besitzen ebenso wie die inneren Faserbündel des straffen Bindegewebes (Sehnen, Bänder, Gelenkkapseln) keine Blutgefäße und werden daher nur per Diffusion ernährt. Nur der regelmäßige Wechsel von Be- und Entlastung, ein Pump-Saug-Mechanismus, ermöglicht den Stoffwechsel dieser bradytrophen Binde- und Stützgewebe. Daraus leitet sich die Forderung nach einer Gelenk- und Bandscheiben-„Hygiene“ ab, die diesen Erkenntnissen Rechnung trägt.

Bei der arbeitsamtsärztlichen Begutachtung sollte auch auf therapeutische Möglichkeiten hingewiesen werden. So können Gelenke und Wirbelsäule muskulär gut stabilisiert und eine Minderbelastbarkeit dieser Strukturen weitgehend kompensiert werden („Muskelkorsett“). Auch auf Möglichkeiten zur Beseitigung zusätzlicher Risikofaktoren wie z.B. der Adipositas sollte aufmerksam gemacht werden. (Allerdings wäre es nicht korrekt, bestehende Funktionsstörungen allein auf eine Adipositas zurückzuführen.)

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die nachfolgenden Hinweise zur Leistungsbeurteilung nur als orientierende Arbeitshilfe anzusehen sind. Sie ersetzen weder die stets erforderliche individuelle Begutachtung, noch machen sie das Studium der einschlägigen Lehrbücher der Orthopädie entbehrlich.

¹ vgl. auch Lambert, G. „Sind Röntgenuntersuchungen bei der Begutachtung mit der Röntgenverordnung vereinbar?“ Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin 31(1996)7, S. 294-297; MedSach 92(1996)2, S. 37-40

Erkrankungen der Schulterregion

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Arthritis</i> <i>Myotendopathien</i> <i>(z.B. Rotatoren-manschettensyndrom; Steife Schulter = "frozen shoulder", Schulter-Arm-Syndrom)</i> <i>Bursitis calcarea bzw. subacromialis</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>Omarthrose</i> <i>(= Arthrose des Acromioclavicular- bzw. des Scapulo-humeralgelenks)</i>
Spezielle Hinweise	Neben den Erkrankungen der Schulterregion manifestieren sich häufig Belastungs- und Funktionsstörungen cervikaler Genese mit ähnlicher Beschwerdesymptomatik in der Schulterregion Arthrosen treten wegen der geringeren statischen Belastung in der Schulterregion seltener auf als an den unteren Extremitäten und sind rein funktionell zu bewerten.		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte und mittelschwere Arbeit vor.		
Leistungseinschränkungen	Abhängig vom Ausmaß der Funktionseinschränkungen und der Beschwerdesymptomatik sind Zwangshaltungen, insbesondere Arbeiten überkopf und mit Armvorhalt, häufiges Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel sowie Vibrationsbelastungen nicht zumutbar. Bei ausgeprägten Funktionsstörungen sind Arbeiten mit erhöhtem Absturzrisiko auszuschließen, bei rheumatischer Genese Nässe, Kälte und Zugluft.		
Prognose	Das Schulter-Arm-Syndrom hat häufig einen hartnäckigen und chronisch-rezidivierenden Verlauf, ist aber einer Therapie gut zugänglich. Frakturen und Luxationen weisen bei geeigneter Therapie eine günstige Prognose auf. Das gilt wegen der minimalen statischen Belastung auch für in Fehlstellung verheilte Frakturen.		

Erkrankungen der Ellenbogenregion

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen	Traumatische Veränderungen	Präarthrosen / Arthrosen
	<i>Epicondylitis</i> <i>Bursitis olecrani</i> <i>Myositis ossificans</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	<i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i>	<i>Osteochondrose (z.B. M. Panner = Epiphysiolysis capituli humeri) einschließlich Osteochondrosis dissecans und Chondromatose</i>
Spezielle Hinweise	Verletzungen und Erkrankungen des Ellenbogengelenks können nicht nur die Streck- und Beugefähigkeit auf Dauer beeinträchtigen, sondern aufgrund der Nachbarschaftsbeziehung zum proximalen Radioulnargelenk auch die Pro- und Supination erheblich einschränken und somit, abhängig von der Gebrauchshand, eine erhebliche Leistungsminderung bedingen.		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte und mittelschwere Arbeit vor.		
Leistungseinschränkungen	Abhängig vom Ausmaß der Funktionseinschränkungen und der Beschwerdesymptomatik sind Zwangshaltungen, insbesondere Arbeiten überkopf und mit Armvorhalt, gehäufte Drehbewegungen des jeweiligen Armes, häufiges Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel sowie Vibrationsbelastungen (z.B. Schlagbohren) nicht zumutbar. Bei ausgeprägten Funktionsstörungen sind Arbeiten mit erhöhtem Absturzrisiko auszuschließen, bei rheumatischer Genese Nässe, Kälte und Zugluft.		
Prognose	Weichteilerkrankungen zeigen häufig einen hartnäckigen und chronisch-rezidivierenden Verlauf, sind aber therapeutischen Maßnahmen gut zugänglich. Zusammenhänge mit HWS-Erkrankungen sind zu beachten. Frakturen und Luxationen führen häufiger zu Arthrosen und Funktionseinschränkungen. Freie Gelenkkörper führen zu Einklemmungen und Blockierungen und sind in der Regel operativ zu entfernen. Die postoperative Prognose ist gut, meist wird wieder volle Belastbarkeit erreicht.		

Erkrankungen der Hand und des Handgelenks

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen	Traumatische Veränderungen	Präarthrosen / Arthrosen
	<i>Karpaltunnelsyndrom</i> <i>Tendovaginitis / Paratenonitis</i> <i>Dupuytren'sche Kontraktur</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	<i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i> <i>Sudeck-Syndrom</i>	<i>Rhizarthrose (Daumensattelgelenk)</i> <i>Heberden-Arthrose (Fingerendgelenke)</i> <i>Bouchard-Arthrose (Fingermittelgelenke)</i> <i>Osteochondrose (z.B. Lunatummalazie) einschließlich Osteochondrosis dissecans und Chondromatose</i>
Spezielle Hinweise	Die Hand ist ein hochdifferenziertes Greiforgan. Die Gebrauchsfähigkeit der Hände ist für nahezu jede berufliche Tätigkeit wesentlich. Bei Störungen der Gebrauchshand sind die Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit besonders gravierend. Bei der Leistungsbeurteilung einer beschädigten Hand müssen immer die Sensibilität und die verbliebenen Greifmöglichkeiten geprüft und dokumentiert werden: Feingriff, Spitzgriff, Zangengriff, Faustschluss, Daumenfunktion (der Daumen ist der einzige Opponent der Finger II bis V) usw.. Die verbliebene Handkraft sollte mittels eines vergleichenden Handdrucktestes des Untersuchers (mit gekreuzten Armen) und des Handdynamometers beurteilt werden. Außerdem ist auf Arbeitszeichen, z.B. Handbeschwellung, an den Greifflächen zu achten. Die Berufsgenossenschaften machen i.d.R. keinen Unterschied zwischen Rechts- und Linkshändigkeit, da die Hilfshand nach Anpassung + Gewöhnung + Training den Funktionswert einer Haupthand gewinnt.		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte und mittelschwere Arbeit vor.		
Leistungseinschränkungen	Abhängig vom Ausmaß der Funktionseinschränkungen und der Beschwerdesymptomatik können Feinarbeiten, beidhändiges Arbeiten und Arbeiten in Zwangshaltungen meist nicht mehr verrichtet werden. Ebenso einzuschränken sind monoton repetitive Handbewegungen, Vibrationsbelastungen und Arbeiten mit Anforderungen an die grobe Kraft. Bei eingeschränkter Greiffunktion sind Arbeiten mit erhöhtem Absturzrisiko auszuschließen, bei rheumatischer Genese Nässe, Kälte und Zugluft.		
Prognose	Bei den Erkrankungen und Funktionseinschränkungen der Hand handelt es sich häufig um dauerhafte Zustände. Beim Karpaltunnelsyndrom ist durch operative Therapie meist wieder volle Belastbarkeit zu erreichen. Sudeck-Syndrom: Ein Teil der Erkrankten erlangt wieder weitgehende Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, ein anderer Teil hat bleibende Einschränkungen. Die Prognose wird mit zunehmender Krankheitsdauer immer ungünstiger. In Zweifelsfällen ist ein Arbeitsversuch vorzuschlagen.		

Erkrankungen der Hüftregion

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Coxitis</i> <i>Bursitis</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i> <i>Femurkopfnekrose</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>Dysplasie</i> <i>Epiphysiolysis capitis femoris</i> <i>M. Perthes</i> <i>Coxarthrose</i>
Spezielle Hinweise	Aufgrund der statischen Beanspruchung des Hüftgelenkes kommt es bei pathologischen Zuständen regelmäßig zu sekundären degenerativen Veränderungen, wobei ein übermäßiges Körpergewicht das Risiko verstärkt. Jugendliche Aufbau- und Anlagestörungen des Hüftgelenkes bedingen eine chronische Minderbelastbarkeit in diesem Gelenk und sind bei der Berufswahl zu berücksichtigen. Dies gilt jedoch nicht für die in der Regel harmlose schnellende bzw. schnappende Hüfte.		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit vor. Zur statischen Entlastung ist eine überwiegend sitzende Arbeitshaltung anzustreben. Indikatoren eines hinsichtlich der Arbeitsdauer reduzierten Leistungsvermögens können sein: • Störung der Funktionskette Knie-/Hüft-/Ileosakralgelenk/LWS • Veränderungen an Muskeln/Weichteilen • gestörtes Gangbild (Schonhinken, Insuffizienzhinken, Verkürzungshinken) • Einschränkung der möglichen Sitzdauer • erheblicher Schmerzmittelverbrauch, schmerzbedingte psychische Minderbelastbarkeit		
Leistungseinschränkungen	Abhängig von der Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen sind gehäuftes Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel, Zwangshaltungen des Hüftgelenkes, insbesondere häufiges Bücken und Hocken, sowie Klettern und Steigen unzumutbar. Die noch verbliebene Gehstrecke sollte angegeben werden. Bei rheumatischer Genese sind Tätigkeiten unter Einfluss von Nässe, Kälte und Zugluft zu vermeiden.		
Prognose	Durch Fortschritte in der operativen Therapie haben sich Prognose und Belastbarkeit eines geschädigten Hüftgelenkes deutlich gebessert. Nach operativen Eingriffen (z.B. Korrekturosteotomie oder TEP) ist eine Verbesserung der Lebensqualität und des Leistungsvermögens zu erwarten.		

Erkrankungen der Knieregion

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Gonarthrit</i> <i>Bursitis</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen</i> <i>Band- / Meniskusschäden</i> <i>Luxationen (einschließlich Habituelle Patella-Luxation)</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>Chondropathia patellae (= Femoropatellares Schmerzsyndrom)</i> <i>Osteochondrose (z.B. M. Schlatter) einschließlich</i> <i>Osteochondrosis dissicans</i> <i>Gonarthrose</i> <i>Retropatellararthrose</i>
Klassifikation	Patellaformen: Röntgenologische Klassifizierung nach <i>Wiberg</i> (siehe S. 96) Chondropathia patellae: Arthroskopische Einteilung nach <i>Burri</i> und <i>Mutschler</i> (siehe S. 96).		
Spezielle Hinweise	Das Knie ist in Streckstellung entlastet. Deshalb sind überwiegend sitzende Tätigkeiten (mit gebeugtem Kniegelenk) bei Kniegelenkerkrankungen ungünstig. Frakturen mit Gelenkbeteiligung und Luxationen führen, sofern Inkongruenzen verbleiben, immer zu Spätschäden.		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit vor. Indikatoren eines hinsichtlich der Arbeitsdauer reduzierten Leistungsvermögens können sein: • Störung der Funktionskette Knie-/Hüft-/Ileosakralgelenk/LWS • Veränderungen an Muskeln/Weichteilen • gestörtes Gangbild (Schonhinken, Insuffizienzhinken, Verkürzungshinken) • erheblicher Schmerzmittelverbrauch, schmerzbedingte psychische Minderbelastbarkeit		
Leistungseinschränkungen	Abhängig von der Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen sind Zwangshaltungen des Kniegelenkes, Hocken, Steigen und Klettern einzuschränken. Die noch verbliebene Gehstrecke sollte angegeben werden. Chondropathia patellae: Bei <i>Wiberg</i> I-III bzw. Grad I-II nach <i>Burri</i> und <i>Mutschler</i> sind Einschränkungen meist nicht erforderlich. Die Langzeitprognose ist jedoch zu berücksichtigen. Bei rheumatischer Genese sind Tätigkeiten unter Einfluss von Nässe, Kälte und Zugluft zu vermeiden.		

Prognose	Bei Bandinstabilitäten kann in der Regel durch Muskelaufbautraining, orthopädische Hilfsmittel (Orthesen) bzw. operative Maßnahmen eine Verbesserung der Kniegelenksbelastbarkeit erreicht werden. Bei der Chondropathia patellae sind häufig Verkürzungen des M. quadriceps femoris (caput longum) die Hauptursache. Daher ist konsequente Dehnung oft als Therapie ausreichend und die Prognose günstig. Aseptische Knochennekrosen heilen oft folgenlos aus.
-----------------	--

Patellaformen Röntgenologische Klassifizierung nach Wiberg (1941) ¹	
Gruppe I	Symmetrische Patella
Gruppe II	leichte Asymmetrie
Gruppe III	erhebliche Asymmetrie
Gruppe IV	starke Asymmetrie, mediale Gelenkfacette konvex

Arthroskopische Einteilung der Chondropathia patellae nach Burri und Mutschler (1982) ²	
Grad I	Der Gelenkknorpel erscheint gelbbraunlich verfärbt und ist in seiner Elastizität gemindert. ...
Grad II	Der Knorpel weist umschriebene Risse und Schuppen auf, die noch auf die oberen Schichten begrenzt sind. ...
Grad III	Die Fissuren am Knorpel reichen bis an den Knochen. ... In diesem Stadium lösen abgeschilferte Knorpelpartikel eine hypertrophe aseptische Synovitis aus.
Grad IV	Übergang zur Arthrose

¹ zitiert nach Debrunner, A.M.: *Orthopädie. Orthopädische Chirurgie*. 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 1994

² zitiert nach Mollowitz, G.G. (Hrsg.): *Der Unfallmann. Begutachtung der Folgen von Arbeitsunfällen, privaten Unfällen und Berufskrankheiten*. 11. Auflage, Springer-Verlag, Berlin 1993

Erkrankungen der Sprunggelenke und des Fußes

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Arthritis des oberen Sprunggelenkes (OSG)</i> <i>Rheumatischer Formenkreis</i> <i>Arthritis urica (typischerweise Großzehengrundgelenk)</i> <i>Achillodynie</i> <i>Bursitis</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i> <i>Bandrupturen</i> <i>Syndesmosenverletzungen</i>	Fehlformen <i>angeborene und erworbene Fußdeformitäten (z.B. Klumpfuß, Knick-, Senk-, Spreizfuß)</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>habituelle Distorsion des OSG</i> <i>Osteochondrose (z.B. M. Köhler I und II)</i>
Klassifikation	Einteilung der Frakturen im Bereich des OSG nach Weber (A bis C): Da bei der arbeitsamtsärztlichen Begutachtung vorrangig der aktuelle Funktionszustand bzw. die jeweiligen Funktionseinschränkungen beurteilt werden, besitzen diese und andere Klassifikationen nur bedingt gutachterliche Aussagefähigkeit.			
Spezielle Hinweise	Bandinstabilitäten im Bereich des lateralen Bandapparates des OSG bedingen Gangunsicherheiten, insbesondere beim Gehen auf unebenem und rutschigem Boden sowie beim Klettern und Steigen. Fußgewölbeinsuffizienzen sind extrem häufig. Zum einen ruht die gesamte Körpermasse (Adipositas!) als Folge des aufrechten Ganges auf dem Fußgewölbe, zum anderen führt das ständige Tragen von Schuhwerk zu einer Insuffizienz des Fußgewölbes. Barfußlaufen, insbesondere auf Naturböden (mechanische Reizung der Fußsohlen mit Aktivierung der entsprechenden Fußmuskulatur) trainiert das Fußgewölbe. Orthopädische Einlagen führen dagegen über eine weitere Entlastung zu einer Progredienz der Fußgewölbeinsuffizienz und stellen somit nur eine symptomatische Unterstützung bei Fußbeschwerden dar (z.B. während der beruflichen Tätigkeit bei Stehberufen), ersetzen aber keinesfalls eine Fußgymnastik, häusliches Barfußlaufen und die Notwendigkeit der Reduktion eines bestehenden Übergewichtes. Bei chronischen Reizzuständen im Bereich der Achillessehne kann man über eine leichte Absatzerhöhung (Entlastung der Sehne) häufig Beschwerdefreiheit erreichen. Dies ist jedoch nur eine Schmerztherapie und nicht als Dauertherapie zu empfehlen.			
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit ohne ständiges Stehen und Gehen vor.			

Leistungs- einschränkungen	Abhängig von der Schwere der Erkrankung, dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen und der statischen Belastung (Adipositas) sind Arbeiten mit Klettern und Steigen sowie mit Zwangshaltungen der unteren Extremitäten (z.B. Hocken) unzumutbar. Die noch verbliebene Gehstrecke sollte angegeben werden. Wegen der zusätzlichen statischen Belastung sollten auch keine Arbeiten mit gehäuftem Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel verrichtet werden. Bei Gelenkinstabilitäten sind Arbeiten mit Absturzrisiko sowie Gehen und Stehen auf unebenem, schwankendem oder rutschigem Boden zu vermeiden, bei rheumatischer Genese Tätigkeiten unter Einfluss von Nässe, Kälte und Zugluft.
Prognose	Die Prognose von Band- und Sehnenverletzungen ist im allgemeinen als günstig anzusehen. Bei degenerativen Erkrankungen handelt es sich um Dauerschäden mit der Tendenz zur Progredienz. Luxationsfrakturen des OSG sind schwere intraartikuläre Verletzungen mit der Gefahr eines Dauerschadens und einer daraus resultierenden chronischen Minderbelastbarkeit des betroffenen Gelenkes. Auch Fersenbeinfrakturen verursachen in der Regel andauernde Spätschäden. Bei rheumatischen Erkrankungen ist die Prognose unbestimmt und individuell sehr unterschiedlich. Durch orthopädische Hilfsmittel ist die Belastbarkeit oft zu verbessern.

Erkrankungen der Halswirbelsäule

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Rheumatischer Formenkreis</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen</i> <i>Luxationen</i> <i>Distorsionen</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>Osteochondrose</i> <i>Spondylarthrose</i> <i>Bandscheibendegeneration</i>
Spezielle Hinweise	Da die HWS in erster Linie auf Beweglichkeit ausgelegt ist, lokalisieren sich hier vorrangig degenerative Veränderungen. Beim M. Bechterew ist eine evtl. vorhandene Einschränkung des Sehraumes zu beachten. Bei der chronischen Polyarthrititis ist an eine entzündliche Mitbeteiligung der oberen HWS, evtl. mit Dislokation (Ursache des plötzlichen Rheuma-Todes), zu denken. Verkehrs- und Badeunfälle führen oft zu einer HWS-Traumatisierung: Distorsion, Fraktur. Wegen der Nähe des cervikalen Rückenmarkes und der Wurzeln des Plexus brachialis sind HWS-Verletzungen besonders komplikationsträchtig. Degenerative Veränderungen der HWS verursachen häufig hartnäckige Schulter-Arm-Syndrome, Kopfschmerzen und Gleichgewichtsstörungen. An eine Berufskrankheit nach der Berufskrankheitenverordnung (Nr. 2109 der Anlage zur BKV) ist zu denken.¹ Voraussetzung für den begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Berufskrankheit der HWS nach Nr. 2109 ist der Nachweis einer langjährigen, außergewöhnlich intensiven mechanischen Belastung (z.B. Tragen auf der Schulter über mehr als 10 Berufsjahre bei Fleischträgern).		
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit vor. Bei Instabilität, radikulärer Symptomatik bzw. postoperativen Zuständen ist nur noch leichte Arbeit zumutbar. Eine <i>erhebliche</i> radikuläre Symptomatik mit chronischen Schmerzzuständen kann das Leistungsvermögen auch hinsichtlich der Dauer einschränken (neurologische Unterlagen erforderlich).		
Leistungseinschränkungen	Abhängig von der Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen sind Überkopfarbeiten, Vibrationen und Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel zu vermeiden. Bei Gleichgewichtsstörungen sind zusätzlich Steuertätigkeiten und Arbeiten mit Absturzrisiko auszuschließen. Bei rheumatischer Genese sind Tätigkeiten unter Einfluss von Nässe, Kälte und Zugluft zu vermeiden.		

¹ Giesen, T., Schäcke, G. (Hsg.) Neue Berufskrankheiten-Verordnung - BKV. Rechtsgrundlagen und Merkblätter zu den Berufskrankheiten der BKV. Band 17 der Schriftenreihe Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Dr. Curt Haefner Verlag, Heidelberg 1998

Prognose	Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist die Prognose unbestimmt und individuell sehr unterschiedlich. Bei degenerativen Erkrankungen handelt es sich um Dauerschäden mit einer Tendenz zur Progredienz. Bei HWS-Distorsionen und Schleudertraumata sind nur selten morphologische Veränderungen nachweisbar. Sie heilen zu einem hohen Prozentsatz folgenfrei aus.¹
-----------------	--

¹ Siehe auch Lucka, J.: *Aktuelle Erkenntnisse zum sogenannten HWS-Schleudertrauma*, Versicherungsmedizin 50(1998) Heft 4, S. 124-130. Diese Arbeit enthält Schemata zur Einteilung der Unfall- und Verletzungsschwere sowie die Quebec-Klassifikation von Schleudertrauma-assoziierten Störungen.

Erkrankungen der Brust- und Lendenwirbelsäule

Diagnosen	Weichteil- bzw. Entzündliche Erkrankungen <i>Rheumatischer Formenkreis (z.B. Morbus Bechterew; siehe auch „Rheumatische Erkrankungen“, S. 121)</i>	Traumatische Veränderungen <i>Frakturen Luxationen</i>	Fehlhaltungen / Fehlanlagen <i>Skoliose Hypo-/Hyperlordose Hypo-/Hyperkyphose Spina bifida occulta Spondylolyse / Spondylolisthesis</i>	Präarthrosen / Arthrosen <i>Osteochondrose (z.B. Morbus Scheuermann) Spondylarthrose Bandscheibendegeneration</i>
Klassifikation	Spondylolisthesis: Einteilung nach <i>Meyerding</i> (1931); Stadium I bis IV: Gleiten des Lendenwirbels um 1/4, 1/2, 3/4, 4/4, bezogen auf den darunterliegenden Wirbelsäulenabschnitt; häufigste Lokalisation: L5/S1. Auch bei anderen WS-Erkrankungen existieren Schweregradklassifikationen, die aber für die arbeitsamtsärztliche Beurteilung nur von marginaler Bedeutung sind.			
Spezielle Hinweise	Das Röntgenbild sollte niemals überbewertet werden, stets haben klinische Befunde und Beschwerdesymptomatik Vorrang. Bei einer Bandscheibenprotrusion bzw. einem -prolaps ist die Belastbarkeit der Wirbelsäule nicht zwangsläufig reduziert. Ein entsprechender CT- oder MRT-Befund begründet für sich weder eine Leistungseinschränkung noch eine Op.-Indikation. Bei der Spondylolisthesis kommt dem Röntgenbefund allerdings Aussagekraft hinsichtlich des Fortschreitens des Gleitprozesses zu (s. oben). Bei der Beurteilung des M. Scheuermann sind die Auswirkungen der Fehlstatik sowie die daraus resultierenden Funktionseinbußen der Wirbelsäule zu berücksichtigen. Anlagebedingte Aufbau- und Gefügestörungen bedingen für sich allein keine Leistungseinschränkung. Leichte Skoliosen (bis 20° nach Cobb) können durch ein gutes Muskelkorsett (Bauch-, Rücken- und Gesäßmuskulatur) kompensiert werden. Bei juvenilen Skoliosen ist eine mögliche Progredienz während des Wachstumsschubes zu beachten. Das Leistungsbild beim M. Bechterew ist abhängig vom Ausmaß <i>sämtlicher</i> Funktionseinschränkungen und der Beschwerdesymptomatik. Unfallfolgen im Bereich der BWS und LWS und postoperative Zustände sind je nach Funktionszustand und Beschwerdesymptomatik zu bewerten. Bei Beschwerden nach Bandscheiben-Op. („Postlaminektomiesyndrom“) ist oft ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben. (Dies gilt auch für entsprechende Zustände der HWS.)			

Spezielle Hinweise (Fortsetzung)	An eine Berufskrankheit nach der Berufskrankheitenverordnung (Nr. 2108/2110 der Anlage zur BKV ¹) ist zu denken, wenngleich entsprechende Anerkennungen als Berufskrankheit selten sind
Leistungsbeurteilung	In der Regel liegt vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit vor. Eine Beschränkung auf ständig nur leichte Arbeit ist zu erwägen bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen mit erheblicher Beschwerdesymptomatik, Bandscheibenschäden mit rezidivierender radikulärer Symptomatik, posttraumatischen Deformierungen, höhergradigen Skoliosen, fortgeschrittener Spondylolisthesis (ab Stadium III nach <i>Meyerding</i>) und Morbus Bechterew im fortgeschrittenen Stadium. Die Arbeitshaltung sollte möglichst wechselnd bzw. an die Beschwerdesymptomatik angepaßt sein. Eine <i>erhebliche</i> radikuläre Symptomatik mit chronischen Schmerzzuständen (z.B. Postdiskektomiesyndrom, neurologische Unterlagen erforderlich) oder eine klinisch nachweisbar fortschreitende, durch Röntgen-Funktionsaufnahmen belegte Instabilität kann das Leistungsvermögen weiter einschränken.
Leistungseinschränkungen	Abhängig von der Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen sind Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Vibrationen und Erschütterungen, häufiges Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel, häufiges Bücken, Klettern und Steigen sowie Arbeiten in Kälte oder Zugluft oder unter erheblichen Temperaturschwankungen zu vermeiden.
Prognose	Bei degenerativen Erkrankungen handelt es sich um Dauerschäden mit der Tendenz zum Fortschreiten. Allerdings hängt die Prognose ganz wesentlich vom Trainingszustand der Bauch-, Rücken- und Gesäßmuskulatur sowie von weiteren Faktoren (z.B. Adipositas, Haltungsinsuffizienz) ab. In vielen Fällen ist an eine psychosomatische Genese zu denken. Bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist die Prognose unbestimmt und individuell sehr unterschiedlich.

¹ Giesen, T., Schäcke, G. (Hsg.) Neue Berufskrankheiten-Verordnung - BKV. Rechtsgrundlagen und Merkblätter zu den Berufskrankheiten der BKV. Band 17 der Schriftenreihe Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Dr. Curt Haefner Verlag, Heidelberg 1998

Leistungsbeurteilung bei inneren Erkrankungen

Die internistischen Gesundheitstörungen werden im folgenden unter arbeits- und sozialmedizinischen Aspekten nach Organsystemen untergliedert:

- Erkrankungen der Lunge und der Atemwege
- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems
- Erkrankungen der Bauchorgane
- Erkrankungen des Stoffwechsels
- Erkrankungen der Nieren
- Erkrankungen des Bindegewebes

Neben den eindeutig definierten organischen Erkrankungen des internistischen Fachgebiets gibt es noch eine Vielzahl funktioneller Störungen, die medizinisch-psychotherapeutischen Maßnahmen zugänglich sind. Diese funktionellen Störungen führen für sich genommen meist nicht zu Einschränkungen im Leistungsbild.

Verlauf und Prognose internistischer Erkrankungen hängen u.a. von den Behandlungsmöglichkeiten ab. Ebenfalls entscheidend wichtig ist die Mitarbeit des Patienten bei Diagnostik und Therapie.

Voraussetzungen für eine zutreffende Leistungsbeurteilung sind auch bei internistischen Erkrankungen regelmäßig

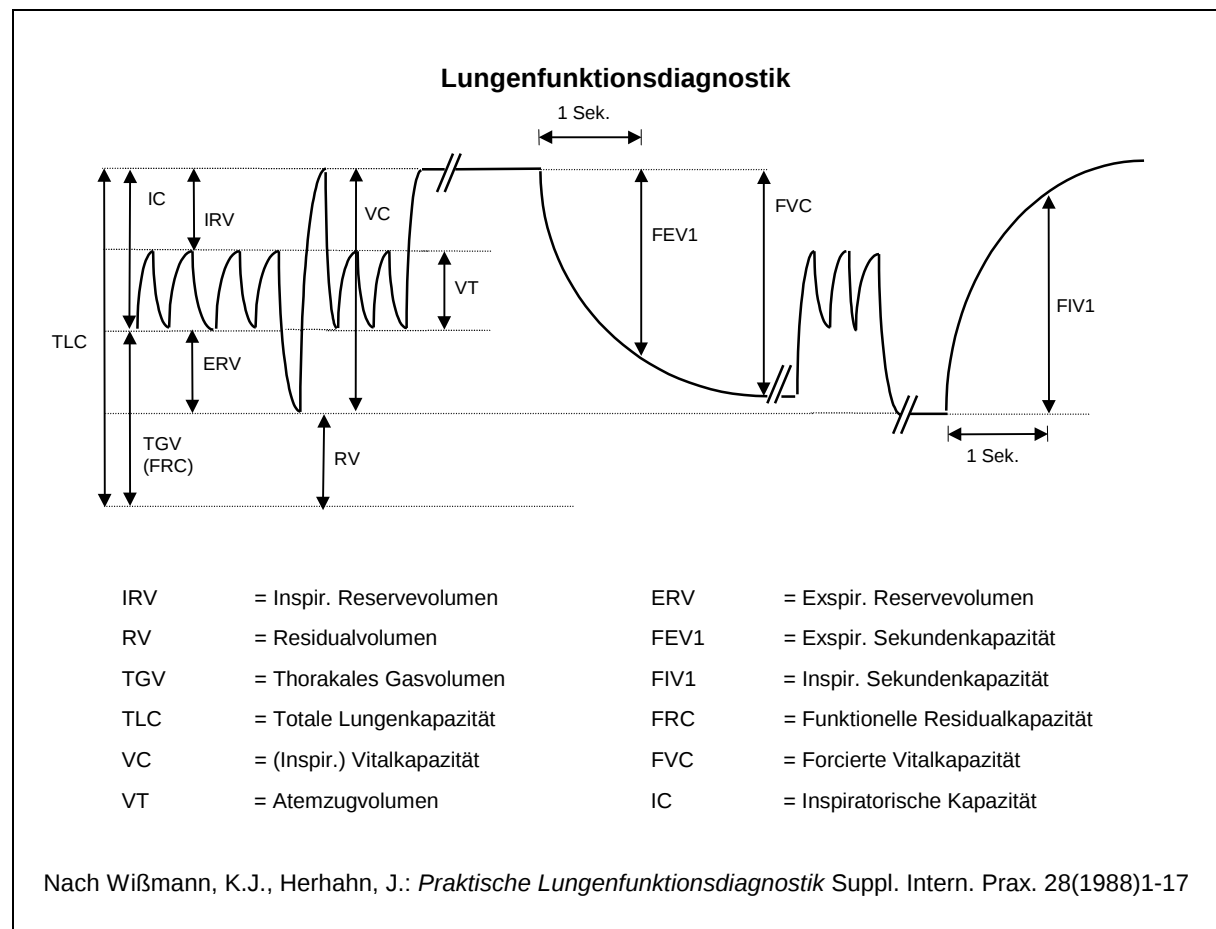
- eine ausführliche Anamnese
- eine gründliche klinische Untersuchung mit exakter Befunddokumentation
- technische Zusatzbefunde
- die Beachtung der pathophysiologischen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Organsystemen

Die nachfolgenden Hinweise zum Leistungsvermögen können die individuelle Leistungsbeurteilung selbstverständlich nicht ersetzen.

Erkrankungen der Lunge und der Atemwege

Diagnosen	Obstruktive Bronchialerkrankungen	Restriktive Lungenerkrankungen	Infektbedingte Lungenerkrankungen	Neoplastische Atemwegs- erkrankungen
	Hyperreagibles Bronchialsystem, Chronisch- obstruktive Bron- chitis, Asthma bronchiale	Lungenfibrose, Sarkoidose, Pneumokoniosen, schwere Ky- phoskoliose, Zwerchfellhoch- stand bei intraab- dominaler Raum- forderung	Tuberkulose	Bronchial-Ca, Pleurameso- theliom, Lungen- metastasen, Kopf- und Halstumoren
Klassifikation				
<i>funktionell</i>	leichte - mittelschwere - schwere Obstruktion / Restriktion			
<i>morphologisch</i>		Stadien der Sar- koidose: I Hilusbefall II Lungenbefall mit retikulärer oder nodulä- rer Zeichnung III Vernarbung		TNM-Klassifizie- rung
<i>klinisch:</i>	nach dem Ergebnis der Lungenfunktionsdiagnostik (siehe unten)			
a) objektiver Schweregrad	gemessen am Vergleich der FEV1 (= Expiratorische Sekunden-Kapazität) mit dem Sollwert			
	> 80 %:	keine Funktionseinschränkung		
	80-60 %:	leichte Funktionseinschränkung		
	60-30 %:	mittelgradige Funktionseinschränkung		
	< 30 %:	schwere Funktionseinschränkung (Ruhedyspnoe)		
b) klinischer Schweregrad	Grad 0:	Atemnot bei ungewohnt schnellem Gehen oder beim Gehen bergan		
	Grad 1:	Atemnot beim Gehen in der Ebene, die bei gesunden Personen der gleichen Altersgruppe nicht vorhanden ist		
	Grad 2:	deutliche Atemnot beim langsamen Gehen		
	Grad 3:	Atemnot bei einfachen täglichen Verrichtungen		
	Grad 4:	Atemnot in Ruhe		
Leistungs- beurteilung	Im allgemeinen vollschichtiges Leistungsvermögen. Indikatoren eines hinsichtlich der Arbeitsdauer reduzierten Leistungsvermögens können sein: • deutlich zunehmende Atemnot bei langsamem Gehen (klin. Schweregrad 2) • Neigung zu Erschöpfung im Tagesverlauf			

Leistungsbeurteilung (Fortsetzung)	Leistungsunfähigkeit besteht beim klinischen Schweregrad 3 und 4 sowie bei körperlicher Belastbarkeit unter 50 Watt. Zur Leistungsbeurteilung müssen aussagekräftige fachärztliche Unterlagen mit Ergebnissen einer Funktionsdiagnostik vorliegen.
Leistungseinschränkungen	Regelmäßig zu vermeiden sind schwere Arbeit, Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen, Staub, Rauch, Gase, Dämpfe. Mögliche Einschränkungen gelten für mittelschwere körperliche Arbeit, überwiegendes Gehen und Stehen, Arbeiten unter Witterungseinflüssen, Zeitdruck, Nachtschicht. Nach Pneumektomie sind, abhängig vom Funktionszustand, schwere körperliche Belastungen (Heben und Tragen schwerer Lasten, Überkopfarbeit, Arbeiten mit starken Erschütterungen), ungünstige Arbeitshaltungen (z.B. Hocken, im Liegen) sowie Belastung durch Staub, Rauch, Gase, Dämpfe zu vermeiden.
Prognose	Die Prognose ist nicht nur abhängig von Art und Schweregrad der Erkrankung, sondern auch von der Lebensführung und von Art, Intensität und Erfolg der Behandlung. Allergisches Asthma: Verbesserte Prognose bei Allergenkarenz



Erkrankungen des Herzens

Diagnosen	Herzerkrankungen <i>Koronare Herzkrankheit (siehe auch S. 109)</i> <i>muskuläre und entzündliche Krankheiten</i> <i>Herzklappenfehler</i> <i>Herzrhythmusstörungen</i> <i>Herzinsuffizienz (als Erkrankungsfolge)</i>	
Klassifikation	Im Vordergrund steht die funktionelle Klassifizierung des Schweregrades der Herzkrankheiten (New York Heart Association, NYHA)	
<i>NYHA</i>	Klasse I	Herzerkrankung ohne Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit; normale körperliche Tätigkeit bewirkt <u>keines</u> der folgenden Symptome: übermäßige Müdigkeit, Palpitationen, Atemnot, Angina pectoris
	Klasse II	Patienten mit kardialen Erkrankungen und leichten Einschränkungen der körperlichen Aktivität; keine Beschwerden in Ruhe; normale körperliche Aktivität verursacht Müdigkeit, Palpitationen, Atemnot oder Angina pectoris
	Klasse III	Patienten mit kardialen Erkrankungen mit deutlicher Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit; Wohlbefinden in Ruhe; geringere als normale Tätigkeit bewirkt Müdigkeit, Palpitationen, Atemnot oder Angina pectoris
	Klasse IV	Bei Patienten mit kardialen Erkrankungen ist keine körperliche Aktivität ohne erhebliche Beschwerden möglich; Symptome der Herzinsuffizienz oder Angina pectoris sind bereits in Ruhe vorhanden; bei jeder körperlichen Betätigung nehmen die Beschwerden zu.
<i>Lown</i>	Herzrhythmusstörungen: Klassifizierung der ventrikulären Extrasystolie nach Lown (siehe S. 108 ; Relevanz heute teilweise zweifelhaft)	
<i>Goldman</i>	Aktivitätsskala nach Goldman (siehe S. Fehler! Textmarke nicht definiert.)	
Leistungsbeurteilung	Für die Leistungsbeurteilung ist die funktionelle Klassifizierung meist aussagekräftiger als die isolierte Betrachtung objektiver Untersuchungsbefunde.	
	Die Leistungsbeurteilung muss immer das Resultat von Anamnese, klinischer Untersuchung und Auswertung aller verfügbaren Befunde sein. Die nachfolgende Zuordnung der Belastbarkeit zu bestimmten Parametern darf niemals alleinige Grundlage der Beurteilung sein.	
	Belastbarkeit (gemessen an der erreichten Ergometerleistung [Watt] bzw. an der linksventrikulären Auswurfraction (EF) [% des Sollwertes], bestimmt durch Linksherzkatheteruntersuchung):	
	Leistung [Watt]	EF [%] Belastbarkeit
	> 125	45 schwere Arbeit, vollschichtig
	75-125	35-45 mittelschwere Arbeit, vollschichtig
	50-75	25-35 leichte Arbeit, vollschichtig
	< 50	< 25 fehlende Belastbarkeit

Leistungs- einschränkungen	Folgende Gesichtspunkte sind zu beachten: • Geringe Ergometer-Belastbarkeit infolge Trainingsmangels rechtfertigt keine gravierende Leistungseinschränkung. • Trotz höhergradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion erreichen einige Herzkranken für 2-3 Minuten eine relativ hohe Wattstufe. Überwiegend mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit würde jedoch zur kardialen Dekompensation oder zum plötzlichen Herztod führen. • Bei Ischämienachweis im Belastungs-EKG ist auch bei Erreichen der 125-Watt-Stufe keine volle Belastbarkeit gegeben. • Die linksventrikuläre Auswurfraction wird durch Kontrastdarstellung oder durch Radionuclidventrikulographie in Ruhe bestimmt. Selbst bei hochgradigen Aorten- oder Hauptstammstenosen ist - bei aufgehobenem Leistungsvermögen - die Auswurfraction in Ruhe häufig normal. Indikatoren eines hinsichtlich der Arbeitsdauer reduzierten Leistungsvermögens können sein: • Kriterien der NYHA-Klasse II • Ergometerbelastbarkeit unter 50 bis 75 Watt • zunehmende Einschränkung der linksventrikulären Auswurfraction (auf weniger als 25 bis 35 % des Sollwertes) • Leistungsunfähigkeit besteht i.d.R. bei sehr geringer körperlicher Belastbarkeit (< 50 Watt). Dies entspricht den NYHA-Klassen III und IV. Ferner besteht Leistungsunfähigkeit bei malignen, nicht therapierbaren Herzrhythmusstörungen (Lown V). Einschränkungen gelten für körperliche Schwerarbeit sowie Heben und Tragen schwerer Lasten. Mögliche Einschränkungen gelten für mittelschwere Arbeit, überwiegendes Stehen und Gehen, Absturzgefahr, Nachtschicht, Zeitdruck, Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen, Lärm. Wegen des kardiopulmonalen Funktionszusammenhangs sind bei kardialer Funktionsminderung auch Belastungen durch Staub, Gase, Dämpfe zu vermeiden. Bei Trägern von Herzschrittmachern: Keine Tätigkeiten unter Einfluss starker elektromagnetischer Felder. Bei Antikoagulantientherapie: Keine Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko. Durch PTCA und Bypass-Op. kann oft wieder volle Leistungsfähigkeit erreicht werden.
Prognose	Die Prognose ist abhängig vom Krankheitsverlauf und vom Ausmaß der Funktionseinbuße. Die Mehrzahl der Herzrhythmusstörungen ist medikamentös beherrschbar und hat dann eine gute Prognose.

Klassifizierung der ventrikulären Extrasystolie

nach Lown und Wolf (1971)

Klasse	
0	Keine ventrikulären Extrasystolen
I	Gelegentliche isolierte, monomorphe ventrikuläre Extrasystolen (< 30/h)
II	Häufige monomorphe ventrikuläre Extrasystolen (> 1/min oder > 30/h)
III	Polymorphe ventrikuläre Extrasystolen (Verdacht auf Polytopie)
IV	Repetitive ventrikuläre Extrasystolen a) Paarbildung, Couplet b) Salve von mindestens 3 konsekutiven ventrikulären Extrasystolen
V	frühzeitige ventrikuläre Extrasystolen mit R-auf T-Phänomen

Aktivitätsskala

nach Goldman

I.	Patient kann Aktivitäten durchführen, die mehr als 7 metabolische Äquivalente benötigen: 24 Pfund 8 Stufen hochtragen, Gewichte mit 40 Pfund aufheben, Schneeschaufeln, Umgraben, sportliche Aktivitäten wie Skifahren, Squash oder Handballspielen sowie Joggen mit einer Geschwindigkeit von 5 Meilen/h
II.	Patient kann Aktivitäten durchführen, die bis zu 5 metabolische Äquivalente benötigen, erreicht jedoch keine Aktivitäten, die 7 metabolische Äquivalente erfordern. Das sind sexuelle Aktivität, Gartenarbeiten wie Harken, Unkraut jäten, Foxtrott-Tanzen, Spazierengehen mit 4 Meilen/h auf ebener Erde
III.	Patient schafft körperliche Aktivitäten bis 2 metabolische Äquivalente, schafft aber keine Tätigkeit, die 5 metabolische Äquivalente erfordert. Das sind: Duschen ohne Pause, Ausziehen, Bettenmachen, Fensterreinigen, Spazierengehen mit 2,5 Meilen/h, Golfspielen
IV.	Patient erreicht keine der oben aufgeführten spezifischen Aktivitätsmerkmale der Klasse III mehr, die 2 metabolische Äquivalente erfordern.

Hypertonus

Diagnose	Hypertonus		
Definition	Reproduzierbar unbehandelte Blutdruckwerte (mindestens 3 an verschiedenen Tagen) von 140 mmHg systolisch und/oder 90 mm Hg diastolisch und höher bei korrekter Messung des Gelegenheitsblutdrucks (entsprechend 135/85 mm Hg als Tagesdurchschnittswert in der ambulanten 24-Std.-Blutdruckmessung (ABDM) sowie mehrere Werte bei der Patientenselbstmessung). Sonderform: Isolierte systolische Hypertonie mit Erhöhung des systolischen Wertes ≥ 140 mm Hg und normalem diastolischen Druckanteil (< 90 mmHg).		
Klassifikation			
ätiologisch	1.	Primäre (essentielle) Hypertonie unbekannter Ätiologie (ca. 90% aller Hypertonien; Diagnose setzt adäquaten Ausschluss von 2. und 3. voraus)	
	2.	Sekundäre Hypertonieformen (ca. 10 % aller Hypertonien)	
		renal	• renoparenchymatös • renovaskulär
		endokrin	z.B. Adrenogenitales Syndrom, Conn-Syndrom, Cushing-Syndrom, Phäochromozytom, Hyperparathyreoidismus
		Aortenisthmusstenose	
symptomatisch	3.	Symptomatische arterielle Druckerhöhungen	
		• neurogen (ZNS-Erkrankungen) • medikamentös/toxisch (z.B. Ovulationshemmer, Kortikoide) • schwangerschaftsassoziiert • schlagvolumeninduziert (z.B. Aorteninsuffizienz, Bradykardie)	
		Deutsche Hochdruckliga ¹ [mm Hg]	
	1 – milde Hypertonie	systolisch	140 - 179 und/oder
		diastolisch	90 - 104
	2 – mittelschwere Hypertonie	systolisch	180 - 209 und/oder
		diastolisch	105 - 114
	3 – schwere Hypertonie	systolisch	≥ 210 und/oder
		diastolisch	≥ 115
	4 – isoliert systolisch	systolisch	≥ 140
		diastolisch	> 90

¹ Leitlinie *Arterielle Hypertonie*, Deutschen Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks, Stand 09.11.98, <http://www.paritaet.org/RR-Liga/guidline.htm>

<i>symptomatisch</i> (Fortsetzung)	<i>NIH-JNC VI</i> ¹ [mm Hg]		
	hochnormal	systolisch	130 - 139 oder
		diastolisch	85 - 89
	Stadium 1	systolisch	140 - 159 oder
		diastolisch	90 - 99
	Stadium 2	systolisch	160 - 179 oder
		diastolisch	100 - 109
	Stadium 3	systolisch	≥ 180
		diastolisch	> 110
	Die angegebenen Werte beziehen sich auf den Ruheblutdruck. Die Diagnose "Hypertonie" darf nicht aufgrund einzelner Messwerte angenommen werden. Empfehlenswert ist 24-Std.-Blutdruckmessung (siehe <i>Definition</i>).		
<i>nach Organschäden</i> (WHO) ²	Stadium I:	Keine Veränderung	
	Stadium II:	Leichte Organschäden • Linksherzhypertrophie (Echo-KG, EKG, Rö.) • benigne Retinopathie (Engstellung der Gefäße, Kreuzungsphänomene, Sklerose)	
	Stadium III	Schwere Organschäden: • <i>kardial</i>: hypertensive Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und koronare Herzkrankheit • <i>zerebral</i>: hypertensive Enzephalopathie zerebrale Blutung und Herzinfarkt • <i>vaskulär</i>: Aortenaneurysma und periphere arterielle Verschlusskrankheit • <i>renal</i>: Niereninsuffizienz • <i>ophthalmologisch</i>: maligne Retinopathie (Exsudate, Blutungen, Netzhautödem, Papillenödem)	
	Maligne Hypertonie (Sonderform)	Diastolisch RR > 120-130 mm Hg, bei Langzeitmessung aufgehobener Tag-Nacht-Rhythmus	
<i>sozialmedizinisch</i> ³	<i>Schweregrad</i>	<i>Kriterien</i>	<i>GdB</i>
	I. leicht:	Höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen	0-10
	II. mittelschwer:	mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Fundus hyperten. I-II u./o. Linkshypertrophie des Herzens u./o. Proteinurie), diast. Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung	20-40

¹ The Sixth Report of the JOINT NATIONAL COMMITTEE on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Nov. 1997), <http://www.nhlbi.nih.gov/>

² zitiert nach Leitlinie *Arterielle Hypertonie*, Deutsche Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks, Stand 09.11.98, <http://www.paritaet.org/RR-Liga/guidline.htm>

³ Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996

Hypertonus

sozialmedizinisch (Fortsetzung)	Schweregrad	Kriterien	GdB
	III. schwer:	mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion u./o. der Hirndurchblutung)	50-100
	IV. maligne:	diast. Blutdruck konstant >130 mm Hg; Fundus hypertonicus III-IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteilig. (Herz, Nieren, Gehirn)	100
Leistungsbeurteilung	nach sozialmedizinischer Klassifikation: Schweregrad I: Im allgemeinen keine Leistungseinschränkung Schweregrad II und III: Belastbarkeit abhängig vom Ausmaß der Organveränderungen. Im allgemeinen liegt bei Grad II vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeit vor. Leistungs <u>un</u> fähigkeit besteht bei maligner Hypertonie.		
Leistungseinschränkungen	In Abhängigkeit vom Schweregrad der Hypertonie: Ständiges Stehen und Gehen, Zwangshaltungen und statische Muskularbeit (=> Steigerung des peripheren Gefäßwiderstandes), Zeitdruck, Lärm, Hitze (=> Steigerung der Herzarbeit), Nachtarbeit (Abschwächung der physiologischen nächtlichen Blutdruckabsenkung). Bei stark schwankenden RR-Werten und in der Phase der medikamentösen Einstellung keine Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungs-/Absturzgefahr. Bei diastolischem Blutdruck über 100 mm Hg <u>und</u> prognostisch ernsten Symptomen (z.B. Zeichen gestörter Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen wie Blutungen und Exsudate, neurologische Restsymptome nach Hirndurchblutungsstörungen, deutliche Linksypertrophie des Herzens) besteht <u>keine</u> Eignung als Kraftfahrer der Führerscheinklassen C, C+E, D, D+E einschließlich der bisherigen deutschen Führerscheinklasse II und der Personenbeförderung. ¹		
Prognose	Die Prognose hängt von den sekundären Organveränderungen ab, ferner von der stabilen (medikamentösen) Blutdruckeinstellung.		

¹ Krankheit und Kraftverkehr. Begutachtungs-Leitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin. Schriftenreihe Heft Nr. 73, 1996

Koronare Herzkrankheit

Diagnose	Koronare Herzkrankheit		
Definition	Sammelbegriff für Krankheitsbilder, bei denen überwiegend die Koronarsklerose zu einem Mißverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel mit dem Leitsymptom „Angina pectoris“ führt (Makroangiopathie: ca. 90 % der Fälle, Mikroangiopathie: ca. 10 % der Fälle; funktionelle Koronarspasmen: Einzelfälle)		
Klassifikation			
<i>funktionell</i>	<i>nach NYHA und Goldman: siehe S.106, „Erkrankungen des Herzens“</i>		
<i>symptomatisch</i>	CCS-Klassifikation der Angina pectoris (CCS = Canadian Cardiovascular Society)		
	0	„Stumme“ Ischämie	
	I	Angina pectoris bei schwerer körperlicher Anstrengung, keine Angina bei normaler körperlicher Belastung	
	II	Geringe Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität durch Angina pectoris	
	III	Erhebliche Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität durch Angina pectoris	
	IV	Angina pectoris schon bei geringster körperlicher Belastung oder in Ruhe	
	<i>Extrasystolen nach Lown: siehe S. 106, „Erkrankungen des Herzens“</i>		
<i>anatomisch-klinisch</i>	Grad der Querschnittsminderung von Koronararterien		
	I	25-49%	hämodynamisch <u>nicht</u> relevant
	II	50-74 %	hämodynamisch relevant
	III	75-99 %	kritische Stenose
	IV	100 %	kompletter Verschluss
Spezielle Hinweise	Für die Leistungsbeurteilung ggf. heranzuziehende Informationen:		
	Anamnese	Vorgeschichte, Risikofaktoren, Beschwerden, Therapie	
	EKG	<i>Ruhe-EKG:</i> Ischämie- u. Infarktzeichen, Rhythmusstörungen; das Ruhe-EKG ist in ca. 50 % der Fälle schwerer KHK unauffällig!	
		<i>Belastungs-EKG:</i> Ischämiezeichen, Rhythmusstörungen; das Belastungs-EKG ist aussagekräftig nur bei Erreichen der submaximalen Herzfrequenz, falsch negativ in ca. 15 % der Fälle.	
		<i>Langzeit-EKG:</i> Ischämiezeichen, Rhythmusstörungen	

Spezielle Hinweise (Fortsetzung)	Echo-KG	<i>Ruhe-Echo-KG:</i> Herzgröße, Pumpleistung, Wandbewegungsstörungen, Klappenstatus, Nachweis von Thromben <i>Streß-Echo-KG:</i> Systolische Wandbewegungsstörungen bei belastungsinduzierter Myokardischämie (Sensitivität und Spezifität bis 90 %)
	Myokard-Szintigraphie	Irreversibler Aktivitätsverlust in narbigen Myokardbezirken; reversible Aktivitätsminderung in ischämischen Myokardarealen (Sensitivität 95 %)
	Radionuclid-ventrikulographie	Linksventrikuläre Wandbewegungsstörungen, Auswurf-Fraktion (EF)
	Koronaran-giographie	Nachweis und Lokalisation von Stenosen und Verschlüssen, Wandbewegungsstörungen, EF
Leistungsbeurteilung	siehe S. 106, „Erkrankungen des Herzens“	
Leistungseinschränkungen	siehe S. 106, „Erkrankungen des Herzens“	
Prognose	Folgende Indikatoren beeinflussen die Prognose: • Ausmaß der linksventrikulären Funktionseinschränkung • Ischämiezeichen • Höhergradige ventrikuläre Herzrhythmusstörungen • Zahl, Lokalisation und Ausmaß der Koronarstenosen (die jährliche Mortalitätsrate nimmt von der 1-Gefäßerkrankung zur 3-Gefäßerkrankung zu; das höchste Risiko liegt bei der Hauptstammstenose) • Progredienz der Koronarsklerose • Risikofaktoren: <i>Unbeeinflussbare Risikofaktoren:</i> familiäre Disposition, Lebensalter, männliches Geschlecht <i>Beeinflussbare Risikofaktoren 1. Ordnung:</i> Bluthochdruck, Zigarettenrauchen, Diabetes mellitus, Metabolisches Syndrom, Hyperfibrinogenämie, Fettstoffwechselstörung <i>Beeinflussbare Risikofaktoren 2. Ordnung:</i> Bewegungsmangel, psychische Belastung („Stress“), Persönlichkeitsstruktur des Typs A	

Erkrankungen der Blutgefäße der unteren Extremitäten

Diagnosen	Arterielle Erkrankungen		Venöse Erkrankungen	
Klassifikation	Stadieneinteilung nach Fontaine		Stadieneinteilung nach Hach:	
	I	Keine Beschwerden, aber nachweisbare Veränderung (Stenose, Verschluss)	I	Hautvenen erweitert; keine trophischen Hautveränderungen
	II	Claudicatio intermittens	II	Hyper- und Depigmentierung, Verhärtung von Haut und Unterhautgewebe (Dermatosklerose), gelbbräunliche Verfärbung (Purpura jaune d'ocre), Stauungsdermatitis (Haut gerötet, schuppig, nässend) weißfleckige Atrophie (Atrophie blanche)
	a	schmerzfreie Gehstrecke > 200 m		
	b	schmerzfreie Gehstrecke < 200 m		
	III	Ruhschmerz in Horizontal-lage	III	Ulkus (oft nach Bagatelltraumen)
	IV	Ruhschmerz - Nekrose/ Gangrän, Ulkus		
Leistungsbeurteilung	Im allgemeinen besteht vollschichtige Leistungsfähigkeit. Leistungsunfähigkeit besteht bei den Stadien III und IV nach Fontaine und im fortgeschrittenen Stadium III nach Hach.			
Leistungseinschränkungen	Regelmäßig zu vermeiden ist schwere körperliche Arbeit. Mögliche Einschränkungen gelten für mittelschwere Arbeit, Zwangshaltungen (z.B. Knien und Hocken), häufiges Bücken, Heben und Tragen schwerer Lasten, Arbeiten mit Absturzgefahr, Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen, Vibrationen, hautbelastende Stoffe, Gefahrstoffe (z.B. Lösemittel).			
Prognose	Die Prognose ist abhängig von den Risikofaktoren, dem Krankheitsverlauf und vom Schweregrad. Personen mit Stauungssekzem und Ulcus cruris neigen zu allergischen Kontaktekzemen mit Streuung auf den übrigen Körper, auch Gesicht und Hände.			

Magen- und Darmerkrankungen

Diagnosen	Ulkerkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt <i>Akutes Ulkus</i> <i>Chronisches Ulkus</i>	Chron.-entzündliche Darmerkrankungen <i>Colitis ulcerosa</i> <i>Enteritis regionalis Crohn</i>	Funktionelle Störungen nach Magen-Darm-Operationen
Klassifikation	Es gibt keine verbindliche Stadieneinteilung, sondern individuell unterschiedliche Verläufe mit Rezidiven und Remissionen.		
Leistungsbeurteilung	Meist normales Leistungsvermögen	Meist vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit, nach Gastrektomie frühestens 6 Monate nach der Operation Nach Spätkomplikationen kann Leistungs <u>un</u> fähigkeit bestehen.	
Leistungseinschränkungen	Keine Einschränkungen, wenn dauerhafte Ausheilung erreicht wird	In Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf sind häufiges Bücken, Nachtschicht und Zeitdruck zu vermeiden. Nach Operationen: Einschränkungen in Abhängigkeit von Operationsfolgen (z.B. Verwachungsbauch, Dumping-Syndrom); beim Dumping-Syndrom keine Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr (Neigung zu Hypoglykämie!) Nach Gastrektomie sind häufiges Bücken, Heben und Tragen schwerer Lasten, Belastung durch Staub, Rauch, Gase, Dämpfe, Zeitdruck, permanente Aufmerksamkeit, Schicht- und Nachtarbeit sowie Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr zu vermeiden. Im Einzelfall kann individuelle Pausenregelung erforderlich sein. Bei Stomaträgern sind schwere körperliche Belastungen (Heben und Tragen über 5 kg, Überkopfarbeit, Arbeiten mit starken Erschütterungen), ungünstige Arbeitshaltungen (z.B. Hocken, Liegen), extreme Klimasituationen, Schicht- und Nachtarbeit, taktgebundene Arbeit sowie schlechte Sanitärverhältnisse zu vermeiden.	
Prognose	Es handelt sich um eine benigne Erkrankung mit meist nur vorübergehender Einschränkung des Leistungsvermögens. Das Ulcus pepticum wird als behandelbare Infektionskrankheit angesehen.	Die Prognose der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ist wegen ihres meist phasenhaften und unterschiedlich progredienten Verlaufes nicht einheitlich. Sie ist durch große Unterschiede in Intensität und Häufigkeit der Rezidive gekennzeichnet. Komplikationen können auch an anderen Organen auftreten.	Die Prognose nach Magen-Darm-Operationen hängt von der Grundkrankheit und dem Ausmaß des operativen Eingriffes in die anatomische und physiologische Integrität des Organismus ab.

Erkrankungen der Leber

Diagnosen	Chronische Hepatitis <i>toxisch</i> <i>infektiös</i> <i>entzündlich</i>	Leberfibrose, Lebercirrhose																								
Klassifikation	<i>pathologisch-anatomisch:</i> • Chron.-persistier. Hepatitis • Chron.-aggressive Hepatitis	<i>klinisch:</i> • kompensiert • dekompenziert																								
	<i>Bei infektiöser Hepatitis</i> nach d. Erreger: A, B, C, D, E	<i>Klassifikation zur Beurteilung der Prognose einer Lebercirrhose nach Child-Turcotte:</i>																								
		<table><tr><td></td><td>A</td><td>B</td><td>C</td></tr><tr><td>Bili i.S. (mg/dl)</td><td>bis 2,0</td><td>2,0-3,0</td><td>> 3,0</td></tr><tr><td>Alb i.S. (g/dl)</td><td>> 3,5</td><td>3,0-3,5</td><td>< 3,0</td></tr><tr><td>Aszites</td><td>fehlend</td><td>leicht therapierbar</td><td>kaum therapierbar</td></tr><tr><td>neurol. Störung</td><td>fehlend</td><td>minimal</td><td>Koma</td></tr><tr><td>Ernähr.-zustand</td><td>normal</td><td>mäßig reduz.</td><td>schlecht</td></tr></table>		A	B	C	Bili i.S. (mg/dl)	bis 2,0	2,0-3,0	> 3,0	Alb i.S. (g/dl)	> 3,5	3,0-3,5	< 3,0	Aszites	fehlend	leicht therapierbar	kaum therapierbar	neurol. Störung	fehlend	minimal	Koma	Ernähr.-zustand	normal	mäßig reduz.	schlecht
		A	B	C																						
	Bili i.S. (mg/dl)	bis 2,0	2,0-3,0	> 3,0																						
	Alb i.S. (g/dl)	> 3,5	3,0-3,5	< 3,0																						
	Aszites	fehlend	leicht therapierbar	kaum therapierbar																						
	neurol. Störung	fehlend	minimal	Koma																						
Ernähr.-zustand	normal	mäßig reduz.	schlecht																							
Spezielle Hinweise	Die alimentäre Fettleber ohne entzündliche Reaktion hat für sich allein keine unmittelbare arbeitsmedizinische Relevanz. Bei Lebercirrhose ist auf eine latente hepatische Enzephalopathie zu achten, die sich in Konzentrationsschwäche, verlängerter Reaktionszeit und in einer Verschlechterung der visuellen Wahrnehmung und der visuell-räumlichen Orientierung äußert (Nachweis durch psychometrische Tests). Einschränkungen bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten sind in derartigen Fällen zu beachten.																									
Leistungsbeurteilung	Vollschichtige Leistungsfähigkeit ist nicht ausgeschlossen. Leistungsunfähigkeit besteht im Stadium C, evtl. auch im Stadium B (sorgfältige Prüfung aller Umstände)																									

Leistungseinschränkungen	Regelmäßig zu vermeiden ist schwere körperliche Arbeit. Mögliche Einschränkungen gelten für mittelschwere Arbeiten, häufiges Bücken, Zeitdruck, Exposition gegen Lösemittel bzw. Chemikalien, Hitze, häufige Temperaturschwankungen; bei erheblich geminderter Leistungsfähigkeit z.B. auch für Arbeiten an unfallgefährdenden Maschinen, Arbeiten mit Absturzgefahr. Über ein Beschäftigungsverbot im Lebensmittelbereich für an Virushepatitis erkrankte Personen entscheidet das zuständige Gesundheitsamt. Leistungseinschränkungen bei Suchterkrankungen: siehe Kapitel „Leistungsbeurteilung bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Drogen“, in Vorbereitung. HBV- und HCV-infizierte (auch klinisch gesunde) Personen sollen nicht im operativen oder intensivmedizinischen Bereich (einschließlich Hämodialyse) tätig sein, da hier wegen der Gefahr von Verletzungen und direktem Kontakt von Blut zu Blut eine Übertragungsgefahr besteht. In anderen medizinischen Bereichen besteht nur geringe Gefahr, andere Menschen mit HBV/HCV zu infizieren.¹ HBV-infizierte (klinisch gesunde) Personen mit hoher Viruslast (RNA-Nachweis durch Polymerase-Ketten-Reaktion) sollen nicht in Lebensmittelbereichen mit hohem Verletzungsrisiko (z.B. Fleischerei) beschäftigt werden.¹ HCV-infizierte (klinisch gesunde) Personen im Lebensmittelbereich mit erhöhtem Verletzungsrisiko (z.B. Metzger) sollen trotz eines wahrscheinlich nur geringen Übertragungsrisikos ausführlich beraten werden (Notwendigkeit der Entsorgung von mit HCV-Blut kontaminierten Lebensmitteln).¹
Prognose	Die Prognose ist abhängig von der Ursache, dem Stadium, der Entzündungsaktivität und den Komplikationen der Erkrankung.

¹ Mitteilung von Prof. Dr. M. Roggendorf, Institut für Virologie des Universitätsklinikums Essen, an das Landesarbeitsamt Nordbayern vom 11.08.97; siehe auch Informationen des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit Nr. 61, S. 2-4, Dezember 1997

Erkrankungen des Stoffwechsels / Diabetes mellitus

Andere hormonelle Störungen sind im Vergleich zum Diabetes mellitus selten und bleiben hier außer Betracht.

Diagnosen	Diabetes mellitus
Klassifikation	Klassifizierung des Diabetes nach WHO (nur klinische Klassen):
	1 Insulinabhängiger Diabetes mellitus (IDDM)
	2 Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus (NIDDM)
	a) mit normalem Körpergewicht
	b) mit Übergewicht
	3 Mangelernährungsbedingter Diabetes mellitus (MRDM)
	4 Andere Diabetes-Typen:
	a) Pankreasdiabetes
	b) Diabetes durch hormonelle Ursachen
	c) Medikamenteninduzierter Diabetes mellitus
	d) Diabetes mellitus bei Insulin- oder Rezeptoranomalität
	e) Genetische Syndrome mit Diabetes mellitus
	f) Gemischte Formen
	5 Schwangerschaftsdiabetes
	6 Gestörte Glukosetoleranz
Leistungsbeurteilung	meist vollschichtige Leistungsfähigkeit Leistungs <u>un</u> fähigkeit besteht bei akuter Stoffwechseldekompensation, schwerer Nephropathie (Stadium III und IV) und Angiopathie (Stadium III und IV) sowie bei schwerer Retinopathie mit weiteren Sekundärkomplikationen.
Leistungseinschränkungen	Mögliche Einschränkungen gelten für wechselnde Arbeitsschwere, Arbeit unter Witterungseinflüssen, Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen, Wechselschicht (früh/spät), Nachtschicht, hautbelastende Tätigkeiten, Arbeiten mit potentieller Eigen- oder Fremdgefährdung, außerdem diätgefährdende Tätigkeiten (Gastwirt, Bäcker, Konditor). Bei Neigung zu schwerwiegenden Stoffwechselentgleisungen sind Arbeiten mit potentieller Eigen- oder Fremdgefährdung, insbesondere solche mit Absturzrisiko, regelmäßig zu vermeiden. Insulinbehandelte Diabetiker sind nur unter der Voraussetzung <i>außergewöhnlicher Umstände</i> als Kraftfahrer der Führerscheinklassen C, C+E, D, D+E einschließlich der bisherigen deutschen Klasse II und der Personenbeförderung geeignet (ausführliches ärztliches Gutachten und regelmäßige ärztliche Kontrollen sind erforderlich).
Prognose	Die Prognose ist abhängig von der Stoffwechsellage, den sekundären Organkomplikationen (Mikro- und Makroangiopathie, Polyneuropathie, Nephropathie) und der Einsicht und Mitarbeit des Patienten bei der Behandlung.

Erkrankungen der Nieren

Diagnosen	Nierenerkrankungen <i>glomerulär</i> <i>tubulär</i> <i>vaskulär</i> <i>hereditär</i> <i>bei Kollagenosen (Lupus erythematoses)</i>	
Klassifikation	Stadien nach Sarre:	
	Stadium I	Stadium der eingeschränkten Funktionsreserve (Serumkreatinin 1,2-2,0 mg/dl)
	Stadium II	Stadium der kompensierten Retention (Serumkreatinin 2-6 mg/dl, Kreatininclearance über 60 ml/min)
	Stadium III	Stadium der dekompenzierten Retention (Serumkreatinin 6-8 mg/dl, Kreatininclearance 30-60 ml/min; Indikation zur Dialyse bei diabetischer Nephropathie)
	Stadium IV	Stadium der dekompenzierten Retention, Urämie (Serumkreatinin > 8 mg/dl, Indikation zur Dialyse)
Leistungsbeurteilung	Bei unkomplizierter Nierenerkrankung besteht in den Stadien I bis III meist vollschichtige Leistungsfähigkeit. Im Stadium III kann unter Berücksichtigung zusätzlicher Erkrankungen eine Einschränkung des Leistungsvermögens hinsichtlich der Arbeitsdauer in Betracht kommen. Im Stadium IV ist eine leichte (sitzende) Tätigkeit häufig noch möglich. Die Belastbarkeit ist jedoch abhängig von den Komplikationen der Niereninsuffizienz (z.B. Anämie, Hypertonie, Myopathie, Neuropathie, Osteopathie) und deren Therapie. Oft besteht Leistungsunfähigkeit.	
Leistungseinschränkungen	<i>regelmäßig zu vermeiden:</i>	<i>fakultativ zu vermeiden:</i>
<i>Stadium I</i>	• schwere Arbeit • Umgang mit nephrotoxischen Stoffen	• Arbeit im Freien
<i>Stadium II</i>	• schwere Arbeit • Arbeit im Freien • Hitze, Kälte, Nässe Zugluft • Temperaturschwankungen • Umgang mit nephrotoxischen Stoffen	• Nachtschicht • mittelschwere Arbeit • erhöhte Verletzungsgefahr

Leistungs- einschränkungen (Fortsetzung)	<i>regelmäßig zu vermeiden</i>	<i>fakultativ zu vermeiden</i>
<i>Stadium III</i>	• mittelschwere Arbeit • Arbeit im Freien • Nachtschicht • überwieg. Stehen oder Gehen • Zeitdruck • Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen • Umgang mit nephrotoxischen Stoffen • erhöhte Anford. an Konzentration	• Arbeit in Werkhallen • Wechselschicht (früh/spät) • erhöhte Verletzungsgefahr
<i>Unter Dialyse / nach Transplantation</i>	• schwere Arbeit • Arbeit im Freien • Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen • Gefahr der Shunt-Verletzung • erhöhtes Infektionsrisiko (nach Transplantation)	• Nachtschicht • Wechselschicht (früh/spät) • Zeitdruck • erhöhte Anforderungen an die Konzentration
Prognose	Stadium I	Spontanremissionen sind möglich.
	Stadium II	Abhängig von der Grunderkrankung findet sich ein irreversibler Verlauf, der aber über Jahre stabil bleiben kann.
	Stadium III	Im allgemeinen ist Dialysepflichtigkeit nach Monaten bis wenigen Jahren zu erwarten.
	Stadium IV	Überleben ist nur mit Nierenersatztherapie oder Transplantation möglich.
	Dialyse	Peritonealdialyse ist im allgemeinen besser verträglich als Hämodialyse.
	Nephrotisches Syndrom (Proteinausscheidung > 3,5 g/die)	Spontanremission ist bei Kindern und Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen; Nierenversagen tritt meist bei Proteinausscheidung über 5 g/die ein.

Hinweise

Evtl. ist ein hygienisch einwandfreier Raum zum sterilen Wechsel des Dialysebeutels erforderlich (Peritonealdialyse).

Evtl. ist eine individuelle Pausenregelung erforderlich.

Rheumatische Erkrankungen

Diagnosen	Rheumatische Arthritiden und Spondarthritiden	Infektiöse Arthritiden	Arthropathien bei Stoffwechselkrankheiten	Extraartikulärer Rheumatismus										
	z.B. <i>Chron. Polyarthritidis (c.P.)</i> <i>Kollagenosen:</i> (Lupus erythematoses disseminatus (LE), Systemische Sklerodermie, Sharp-Syndrom, Dermatomyositis, Panarteriitis nodosa, Wegener'sche Granulomatose) <i>Para- und postinfektiöse Arthritiden</i> <i>Begleitarthritiden</i> b. Colitis ulcerosa und M. Crohn <i>Psoriasisarthritis</i> <i>Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)</i>	z.B. durch Streptokokken Staphylokokken Gonokokken	z.B. <i>Arthritis urica (Gicht)</i>	z.B. <i>Myopathien</i> <i>Tendopathien</i> <i>Pannikulitis</i>										
Definition	<i>Rheumatisch:</i> Zugehörig zu einer symptomatologischen Gruppe schmerzhafter und funktionsbeeinträchtigender Zustände des Muskel-Skelettsystems unter Einschluss der sie begleitenden oder auch isoliert auftretenden Vorgänge an anderen Organsystemen													
Klassifikation	Eine verbindliche, arbeitsmedizinisch relevante Stadieneinteilung existiert nicht.													
Spezielle Hinweise	Der Verlauf ist oft durch Rezidive und Remissionen mit unterschiedlichen, persistierenden Funktionseinbußen gekennzeichnet. Die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen manifestieren sich einerseits am Bewegungsapparat, andererseits können viszerale Organe betroffen sein. Beispiele für extraartikuläre Manifestationen: <table><tr><td>Niere:</td><td>Glomerulonephritis, Amyloidose</td></tr><tr><td>Lunge:</td><td>Pleuritis, Interstitielle Lungenfibrose</td></tr><tr><td>Herz:</td><td>Endo-, Myo-, Perikarditis</td></tr><tr><td>Leber:</td><td>Hepatitis, Fettleber</td></tr><tr><td>Magen-Darm:</td><td>Ulzera, Amyloidose, Stenose</td></tr></table>				Niere:	Glomerulonephritis, Amyloidose	Lunge:	Pleuritis, Interstitielle Lungenfibrose	Herz:	Endo-, Myo-, Perikarditis	Leber:	Hepatitis, Fettleber	Magen-Darm:	Ulzera, Amyloidose, Stenose
Niere:	Glomerulonephritis, Amyloidose													
Lunge:	Pleuritis, Interstitielle Lungenfibrose													
Herz:	Endo-, Myo-, Perikarditis													
Leber:	Hepatitis, Fettleber													
Magen-Darm:	Ulzera, Amyloidose, Stenose													

Spezielle Hinweise (Fortsetzung)	Gefäße:	Vaskulitis
	Nervensystem:	Polyneuropathie, Kompressionssyndrom (z.B. Carpal-tunnelsyndrom), Krampfanfälle, Absenzen, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen
	Auge:	Episkleritis, Skleritis, Keratokonjunktivitis
	Haut:	Erytheme, Ulzera, Atrophie, Rheumaknoten, Alopezie
	Hämatopoese und RES:	Anämie, Leukozytose, -penie, Thrombozytose, -penie, Lymphadenopathie, Splenomegalie
	Schilddrüse:	Autoimmun-Thyreoditis
Leistungsbeurteilung	<i>Sämtliche</i> Manifestationen des rheumatischen Geschehens sind zu berücksichtigen. Die Beurteilung funktioneller Defizite am Bewegungsapparat richtet sich nach den Kriterien, die im Kapitel „Leistungsbeurteilung bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“ (S. 89 ff) genannt sind. Ergänzend sind die viszerale Funktionsausfälle zu erfassen und hinsichtlich ihrer arbeitsmedizinischen Relevanz zu bewerten (siehe hierzu auch S. 104 ff). Häufig ist noch vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Arbeit gegeben. Zu berücksichtigen sind jedoch auch prognostische Gesichtspunkte, etwa progressionsfördernde berufliche Belastungen (z.B. besondere Krafteinwirkung auf die Finger- und sonstigen betroffenen Gelenke). Im akuten Schub und bei erheblichen bleibenden Defiziten viszeraler Organfunktionen (z.B. Nieren, ZNS) kann das Leistungsvermögen vorübergehend oder dauernd aufgehoben sein. Besondere Bedeutung kommt einer gezielten physikalischen Therapie zu. Häufig sind stationäre medizinisch-rehabilitative Heilverfahren angezeigt. Teilweise komplexe Behinderungen können daneben den Einsatz qualifizierter beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen erfordern.	
Leistungseinschränkungen	<i>Im Regelfall zu vermeiden</i>	<i>Fakultativ zu vermeiden</i>
	• Überwiegendes Gehen und Stehen • Häufiges Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel • Zwangshaltungen • Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen	• Häufiges Bücken • Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr, auch auf Leitern und Gerüsten • Gehen auf unebenem Boden • Erhöhte Anforderungen an die Feinmotorik • Wechsel- und Nachtschicht
Prognose	Teils völlige Ausheilung bei adäquater Therapie (z.B. infektiöse Arthritis), teils Verlauf in Schüben und progredient (z.B. c.P., LE, M. Bechterew). Prognostisch ungünstig sind hohe entzündliche Aktivität und viszerale Beteiligung, insbesondere hohe Anzahl entzündlich geschwollener Gelenke, frühzeitig ausgeprägte Funktionsbehinderung, hohe laborchemische Entzündungsaktivität und positiver Rheumafaktor.¹	

¹ Mau, W., Zeidler, H.: *Verlauf und Prognose der chronischen Polyarthritis*. Versicherungsmedizin 51 (1999) Heft 3 S. 115-121

Fibromyalgie-Syndrom (F[M]S) ¹⁾

Diagnosen	Fibromyalgie-Syndrom Häufig gebrauchte Synonyme: Fibrositis, Generalisierte Tendomyopathie, Myofasciales Schmerzsyndrom, Somatisierungsstörung
Definition	Chronische, generalisierte Schmerzerkrankung umstrittener Genese, die mit typischen Druckschmerzpunkten, den sog. „tender points“ verknüpft ist. Umstritten: Unterteilung in <i>primäres</i> und <i>sekundäres</i> FMS. Sekundäres FMS (nur in 10 % der Fälle) wird als Folge einer fassbaren somatischen Erkrankung angesehen (Entzündungen, Infektionen, Endokrinopathien, Tumoren u.a.).
Spezielle Hinweise	Die klinische Diagnose beruht auf zwei Hauptkriterien: - sich über mehrere Körperbereiche erstreckende Schmerzen - gesteigerte Druckempfindlichkeit bestimmter Schmerzpunkte („tender points“, nicht selten jedoch auch Druckschmerz „überall“) Daneben bestehen vegetative Störungen als Nebenkriterien (z.B. Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Hyperhidrosis, orthostatische Kreislaufprobleme, Tremor, Magen-Darmbeschwerden, Globusgefühl, funktionelle Atem- und Herzbeschwerden, Dysästhesien, Dysurie, Kopfschmerzen, Migräne). Laboruntersuchungen zeigen keine gesetzmäßigen Auffälligkeiten. Beziehungen zu den psychosomatischen Erkrankungen (Somatisierungsstörungen, ICD F45.0) sind unübersehbar. Die Diagnosestellung setzt eine gründliche orthopädische <u>und</u> psychiatrische Abklärung voraus.
Leistungsbeurteilung	In der Regel besteht vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeiten. Bei relevanter psychischer Symptomatik kann Leistungs<u>un</u>fähigkeit gegeben sein (psychiatrische Unterlagen bzw. Gutachten erforderlich). Besondere Bedeutung kommt einer gezielten physikalischen Therapie und der Berücksichtigung psychischer Aspekte zu. Oft sind stationäre Heilverfahren von mehr als 6 Wochen Dauer angezeigt.
Leistungseinschränkungen	Wegen der Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen fallen die Leistungseinschränkungen sehr unterschiedlich aus. Regelmäßig zu vermeiden sind im allgemeinen schwere Arbeiten, Zwangshaltungen, Zeitdruck und Nachtschichtarbeit. Mögliche Einschränkungen gelten für ständige mittelschwere Arbeit, ständiges Gehen, Stehen oder Sitzen, häufiges Bücken, Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen sowie Wechselschicht.
Prognose	Sichere prognostische Aussagen sind nicht möglich. Ungünstige Lebensumstände und Konfliktsituationen scheinen sich ungünstig auszuwirken. Durch stationäre Heilverfahren kann die Prognose verbessert werden.

¹ Hausotter, W.: *Begutachtung der Fibromyalgie*. Med Sach 96(2000) Heft 5 S. 132-136

Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen

Die besonderen Schwierigkeiten bei der Leistungsbeurteilung liegen darin begründet, dass keine exakten Messdaten erhoben werden können.

Grundlage der Beurteilung sind:

1. Diagnose

2. Aktuelle Befunde

3. Krankheitsverlauf, insbesondere

- Krankheitsbeginn (akut oder schleichend)
- Ausmaß der Beeinträchtigung des täglichen Lebens (umfassend oder partiell)
- Bewältigung der Störung
- Kurzschlussreaktionen, wiederholte Suizidversuche, gefährdende Selbstbehandlungen, Suchtverhalten

- Krankheitseinsicht (z.B. dauernde Verleugnung der Erkrankung, Bereitschaft zur adäquaten Behandlung)

- Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungen - adäquate ambulante Behandlung

4. Prämorbid Persönlichkeit (Wie hat der Patient vor der Erkrankung sein Leben gestaltet und seine Probleme gemeistert?)

5. Soziale Integration (wichtiger Indikator für Stabilität und Leistungsfähigkeit!)

Klinische Parameter werden oft über-, Verlauf und Umfeldvariablen unterbewertet. Der auf Seite 128 abgedruckte Kriterienkatalog dient der Erfassung des Verlaufes und der Umfeldvariablen und erleichtert so die Einschätzung der Leistungsfähigkeit.

Diagnosenübersicht

(in Anlehnung an die ICD 10) ¹

Definitionen	
Schizophrene Störungen (ICD F20-F24)	<i>Vorliegen typischer Wahngedanken, Halluzinationen oder anderer Symptome, fast ständig während eines Monats oder deutlich länger</i> Im Vordergrund stehen folgende Symptome: 1. Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit 2. Plus-/Positivsymptomatik • Störungen des inhaltlichen und formalen Denkens • Störungen der Ich-Funktionen • Störungen der Wahrnehmung 3. Defizit-/Minus-/Negativsymptomatik • Störungen der Intentionalität • Störungen der Affektivität und Psychomotorik
Schizoaffektive Störungen (ICD F25)	<i>Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten, meistens gleichzeitig, höchstens durch einige Tage getrennt</i>
Affektive Störungen (ICD F30-F39)	<i>Episodische Veränderungen der Stimmung oder der Affektivität, teils (meist) in Richtung Depression mit oder ohne begleitende Angst, teils in Richtung gehobener Stimmung</i> u.a. a) Manische Episode (F30): Gehobene Stimmung und erhöhtes Ausmaß der körperlichen und psychischen Aktivität b) Depressive Episode (F32): Gesenkte Stimmung mit vermindertem Antrieb und verminderter Affektivität c) Bipolare affektive Störung (F31): Episodisch wechselnd manische und depressive Störungen (Entsprechend der Definition kann eine bipolare affektive Störung frühestens nach dem Auftreten einer zweiten Episode diagnostiziert werden, wobei mindestens bei einer der Episoden eine manische Symptomatik vorgelegen haben muss.)
Neurotische Störungen (ICD F40-F42)	Im weitesten Sinne: <i>Störungen der Erlebnis- und Konfliktverarbeitung, die sich im wesentlichen vor dem Hintergrund pathogen wirkender Umwelteinflüsse entwickeln</i> Abzugrenzen sind Anpassungs- und Belastungsstörungen, die als zeitlich begrenzte Reaktionen auf bestimmte belastende Ereignisse zu verstehen sind.

¹ Weltgesundheitsorganisation. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10. Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern 1991

Somatoforme Störungen (ICD F45)	<i>Hartnäckige Darbietung körperlicher Symptome trotz zuverlässigen Ausschlusses körperlicher Erkrankungen</i>
<i>Somatisierungsstörung, Multiple psychosomatische Störung</i> (ICD F45.0)	<i>Multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, oft mit langer und komplizierter Patientenkarriere, mit vielen negativen Untersuchungsergebnissen und ergebnislosen Operationen.</i>
Psychologische oder Verhaltens-Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD F54)	<i>Meist unspezifische und langanhaltende psychische Störungen wie emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung etc.</i> <i>Beispiele:</i> Asthma, Migräne, Dermatitis / Ekzem, Ulcus ventriculi, Colitis ulcerosa, Urticaria (Die somatische Seite der Erkrankungen wird durch andere ICD-Nummern erfasst, z.B. Asthma: J45.x)
Persönlichkeitsstörungen (ICD F60)	<i>Tief verwurzelte und lang anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren und „unangepassten“ Reaktionen auf verschiedene persönliche und soziale Lebenssituationen zeigen</i> „Unangepasst“ bezieht sich auf eine Durchschnittsnorm, die von der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung oder kulturellen Gruppe gebildet wird.
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (ICD F60.31) „Borderline-Störung“	Diagnostische Kriterien (nach DSM-IV ¹): Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: (1) Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (2) Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung) (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung (4) Impulsivität in mindestens zwei schädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“) (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten (6) Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern) (7) Chronische Gefühle von Leere (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

¹ Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Bearb.): *DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Verlag Hogrefe, Göttingen 1996

Organisch bedingte psych. Störungen (ICD F0) „Organisches Psychosyndrom“	Demenzen (F00-F09) Psych. Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung (F06): z.B. Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumoren, extrakranielle Neoplasmen, zerebrale Gefäßerkrankungen, Kollagenosen, endokrine Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Porphyrie), toxische Wirkungen nicht psychotroper Medikamente Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07): z.B. Frontalhirnsyndrom, Lobotomiesyndrom
--	---

Kriterien zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen

		Ja	Nein
1.	Soziale Integration		
1.1	Schulabschluss		
	Sonderschule für Lernbehinderte	☐	☐
	Hauptschule	☐	☐
	Realschule	☐	☐
	Gymnasium / Fachoberschule	☐	☐
	Hochschule / Fachhochschule	☐	☐
	kontinuierlicher schulischer Werdegang	☐	☐
1.2	Beruflicher Werdegang		
	Abschluss einer Ausbildung	☐	☐
	Kontinuität Schule - Ausbildung - Berufstätigkeit	☐	☐
	häufiger Wechsel der Ausbildungs-/Arbeitsstelle	☐	☐
	Tätigkeit vorwiegend im erlernten Beruf	☐	☐
	Zufriedenheit im ausgeübten Beruf	☐	☐
	realistische Einstellung zu eigenen Schwierigkeiten im ausgeübten Beruf	☐	☐
	realistische Einschätzung der beruflichen Möglichkeiten	☐	☐
1.3	Arbeitsmerkmale		
	Werkstatt für Behinderte (WFB)	☐	☐
	Arbeitstraining (BTZ, ATZ)	☐	☐
	Selbsthilfefirma	☐	☐
	erfolgreicher Arbeitsversuch	☐	☐
	stundenweise Beschäftigung: Stunden täglich	☐	☐
	Teilzeitbeschäftigung	☐	☐
	Vollzeitbeschäftigung	☐	☐
	arbeitslos	☐	☐

		Ja	Nein
1.4	<i>Wohnsituation</i>		
	Wohnen bei den Eltern	☐	☐
	eigene Familie	☐	☐
	Übergangwohnheim	☐	☐
	betreutes Wohnen	☐	☐
	allein in eigenem Haushalt	☐	☐
	mit Partner in eigener Wohnung	☐	☐
1.5	<i>Tagesablauf</i>		
	geht beruflicher Beschäftigung nach	☐	☐
	geordneter Tagesablauf (auch ohne Berufstätigkeit)	☐	☐
	ganztags aktiv	☐	☐
1.6	<i>Soziale Kontakte</i>		
	Kontakte innerhalb der Familie	☐	☐
	Kontakte außerhalb der Familie	☐	☐
	Teilnahme an Selbsthilfegruppen	☐	☐
1.7.	<i>Freizeitinteressen und -aktivitäten</i>		
	Hobbys	☐	☐
	Freizeitaktivitäten mit anderen (z.B. Verein)	☐	☐
2.	<i>Prämorbidie Persönlichkeit und Krankheitsverlauf, ggf. Fremdanamnese</i>		
2.1	<i>Prämorbidie Persönlichkeit</i>		
	aktiv	☐	☐
	kontaktfreudig	☐	☐
	zupackend	☐	☐
	initiativ	☐	☐
	kreativ	☐	☐

		Ja	Nein
2.2	Ärztliche Behandlungen		
	wenige Klinikaufenthalte	☐	☐
	kurze Klinikaufenthalte	☐	☐
	teilstationäre Behandlung	☐	☐
	erfolgreich abgeschlossene Therapie	☐	☐
	in ambulanter Therapie	☐	☐
	spezifische Medikation	☐	☐
3.	Sozialmedizinische Daten		
	Erwerbsunfähigkeit auf Dauer	☐	☐
	Erwerbsunfähigkeit auf Zeit	☐	☐
	kurze Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
	lange Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
4.	Aktuelle Situation		
	Krankheitseinsicht	☐	☐
	Compliance gewährleistet	☐	☐
	Selbstmotivation, Eigenverantwortlichkeit	☐	☐
	Leistungsbereitschaft	☐	☐
	realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit	☐	☐

Psychotische Erkrankungen

Diagnosen	Schizophrene Störungen (ICD F20-F24)	Schizoaffektive Störungen (ICD F25)	Affektive Störungen (ICD F30-F39)
Leistungsbeurteilung	Im allgemeinen besteht vollschichtige Leistungsfähigkeit. Einschränkungen auf begrenzte Arbeitszeiten sollten nur vorübergehend festgestellt werden. Folgende Kriterien können Einschränkungen des Leistungsvermögens bedingen: <i>Anamnestiche Daten</i> (siehe Kriterienkatalog, Seite 128) • Selbsteinschätzung (bezogen auf die zeitliche Belastbarkeit) • gestörte soziale Kontakte und Einbindung • abweichender Tagesablauf und Tagesstrukturierung, Freizeitverhalten • Medikamentenunverträglichkeit • unzureichende Motivation <i>Befunde</i> • verminderte Umstellungsfähigkeit - kognitiv/psychomental • verringerte Anpassungsfähigkeit (Fähigkeit, sich auf äußere Bedingungen einzustellen) • beeinträchtigtes Konzentrationsvermögen • eingeschränktes Durchhaltevermögen • gestörter Antrieb • unzureichende Team-/Gruppenfähigkeit - soziale Kompetenz Diese Kriterien sollten durch psychiatrische Unterlagen/Gutachten, ggf. unter Einbeziehung klinisch-psychologischer Tests, fundiert werden. Im Einzelfall kann auch eine Belastungserprobung empfohlen werden. Leistungs<u>un</u>fähigkeit besteht: • im Akutstadium • bei postremissiven Erschöpfungszuständen (z.B. ausgeprägte Antriebsstörungen, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen) • bei bleibenden schwerwiegenden Residualzuständen (z.B. bei postpsychotischem Persönlichkeitswandel) Voraussetzungen für die Eingliederung in eine Werkstatt für Behinderte (WfB) sind • Leistungs<u>un</u>fähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt • abgeschlossene medizinische Rehabilitation		

Leistungs-einschränkungen	Regelmäßig zu vermeiden sind schwere Arbeit und Nachtschicht, ferner individuelle psychoseauslösende Faktoren. Mögliche Einschränkungen gelten für Zeitdruck, Wechselschicht, Feinarbeiten, Fahr- und Steuertätigkeiten, Publikumsverkehr, erhöhte Verletzungsgefahr (z.B. laufende Maschinen, Absturzgefahr) und Lärm. <i>Anmerkungen</i> Zur Beurteilung der Schulungsfähigkeit sind psychiatrische Unterlagen erforderlich. Ungünstig sind in der Regel Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die soziale und/oder emotionale Kompetenz (z.B. häufig im sozialen, pflegerischen und therapeutischen Bereich). Lässt sich mit den vorhandenen Informationen die Leistungsfähigkeit nicht klären, sollte entweder eine Belastungserprobung im Sinne einer medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II) oder eine Anpassungs- oder berufliche Trainingsmaßnahme (SGB III) durchgeführt werden.
Prognose	<i>Anhaltspunkte zur prognostischen Einschätzung:</i> Krankheitsverlauf • Erster Schub / Folgeschub • Verlauf unsicher, Beobachtungszeit weniger als ein Jahr • Vollremission • häufige Krankheitsphasen mit kurzen oder langen Intervallen • Entwicklung zunehmend negativer Symptome in den Krankheitsintervallen • Entwicklung anhaltender, aber nicht zunehmend negativer Symptome in den Krankheitsintervallen (Residual-, Defekt- oder Minussymptomatik) • vollständige Remission zwischen den psychotischen Schüben Günstige Prädiktoren: • eher unauffällige prämorbid Persönlichkeit • positive Krankheitsbewältigung • gute Mitarbeit bei der Behandlung (Compliance) • verständnisvolles Umfeld • soziale Integration

Prognose (Fortsetzung)	<i>Ungünstige Prädiktoren:</i> • gestörte Frühsozialisation • gestörte Beziehungen zu Primärfamilie und zu Gleichaltrigen • fehlende oder sehr diskontinuierliche schulische und berufliche Ausbildungserfahrungen • schleichender Erkrankungsbeginn • häufige Erkrankungen und häufige stationäre Behandlungen • umfassende Beeinträchtigung des täglichen Lebens • persistierende Konzentrations- und Arbeitsstörungen • fehlende Krankheitseinsicht • geringe Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Behandlung (Compliance) • Identitätsverlust und Verlust der persönlichen und beruflichen Perspektive • primäres und sekundäres Suchtverhalten • vorbestehende Hirnschädigung
----------------------------------	---

Nichtpsychotische Erkrankungen

Diagnosen	Neurotische Störungen (F40-F42)	Persönlichkeits- Störungen (F60)	Borderline-Störungen (F60.31)	Somatoforme Störungen (F45)
Leistungsbeurteilung	Im allgemeinen besteht vollschichtige Leistungsfähigkeit. Leistungsunfähigkeit: • bei akuter Behandlungsbedürftigkeit (z.B. akute psychische Dekompensation, Suizidalität) • bei erfolgloser medizinischer Rehabilitation (mehrjähriger chronischer Verlauf, mangelnder Erfolg bei ambulanter und mehrmaliger konsequenter, stationärer Therapie) • Voraussetzungen für die Eingliederung in eine Werkstatt für Behinderte (WfB) sind: • Leistungsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt • abgeschlossene medizinische Rehabilitation			
Leistungseinschränkungen	Mögliche Einschränkungen gelten für schwere Arbeit, Zeitdruck, Wechselschicht (früh/spät), Nachtschicht, erhöhte Verletzungsgefahren, Fahr- und Steuertätigkeiten sowie Lärm. <i>Anmerkungen</i> Zur Beurteilung der Schulungsfähigkeit sind psychiatrische Unterlagen erforderlich. Ungünstig sind in der Regel Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die soziale und/oder emotionale Kompetenz (z.B. häufig im sozialen, pflegerischen und therapeutischen Bereich). Lässt sich mit den vorhandenen Informationen die Leistungsfähigkeit nicht klären, sollte entweder eine Belastungserprobung im Sinne einer medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II) oder eine Anpassungs- oder berufliche Trainingsmaßnahme (SGB III) durchgeführt werden.			
Prognose	Die Prognose ist abhängig von der Art der Störung und vom Krankheitsverlauf: Verlaufsbilder können mit Hilfe des Erhebungsbogens (siehe S. 128) erarbeitet werden: • kurze Störung • andauernde Störung Der Verlauf kann psychotherapeutisch wesentlich beeinflusst werden, sofern folgende Voraussetzungen vorliegen: • Leidensdruck • gute Introspektionsfähigkeit • Veränderungsbereitschaft Negativ wirkt sich z.B. ein erheblicher Krankheitsgewinn aus.			

Prognose (Fortsetzung)	<i>Günstige Prädiktoren:</i> • tragfähige, ausgewogene interpersonelle Beziehung • soziale Kompetenz, z.B. positive Problemlöse- und Konfliktbewältigungsstrategien (Coping), realistische Selbst- und Fremdwahrnehmung • verständnisvolles Umfeld <i>Ungünstige Prädiktoren:</i> • anhaltende Konfliktsituationen • inadäquate Problemlöseversuche • fehlende soziale Kompetenz • geringe Frustrationstoleranz
----------------------------------	---

Neurologische Erkrankungen

Epilepsie

Diagnose	Epilepsie¹
Definition	<i>Paroxysmale Störung der Hirnfunktion, die mit veränderter Bewusstseinslage, Krämpfen, sensorischen Phänomenen oder unangebrachtem Verhalten einhergeht und durch paroxysmale exzessive Entladungen zerebraler Neurone ausgelöst wird.</i>
Allgemeine Hinweise	Die Epilepsie tritt in extrem unterschiedlichen Ausprägungen und mit extrem unterschiedlicher Prognose auf. Diese Vielgestaltigkeit hat eine von Fall zu Fall ebenso unterschiedliche arbeitsmedizinische Relevanz zur Folge. Die folgenden Empfehlungen zur Leistungsbeurteilung gelten für einen optimalen Behandlungszustand, der nur durch kompetente nervenfachärztliche Behandlung erreichbar ist. Für die Beurteilung wird eine möglichst exakte Anfallsbeschreibung durch den Patienten selbst, seine Angehörigen oder den behandelnden Arzt benötigt. Neben der Epilepsie sind ggf. vorhandene andere Erkrankungen bzw. Behinderungen selbstverständlich ebenfalls zu berücksichtigen.
Klassifizierung	<i>nach Anfalls-symptomatik</i> <i>Myoklonisch-impulsive Anfälle („Impulsiv-Petit mal“):</i> plötzlich auftretende ein- oder mehrmalige heftige Zuckungen, meist im Schulter-Arm-Bereich; selten Sturz <i>Einfache fokale Anfälle</i> <i>mit motorischer Symptomatik:</i> plötzliche Verkrampfung, Wendebewegung oder Zuckungen einzelner Muskelgruppen oder Körperteile; es kommt zum Sturz, wenn die Beine betroffen sind. <i>mit sensibler, sensorischer oder psychischer Symptomatik:</i> z.B. Kribbeln, Wahrnehmungsänderungen, Gefühlsänderungen; diese treten auch als Aura (= Vorgefühl) häufig zu Beginn eines Anfalles mit Bewusstseinsstörung auf. <i>Absencen:</i> plötzliche sekundenlange Bewusstseinspause, teils mit Innehalten, teils mit automatischer Fortführung der Tätigkeit; bei längerer Dauer sind automatische Bewegungen und Gleichgewichtsstörungen möglich. <i>Grand mal:</i> primär oder sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle mit oder ohne Aura, z.T. mit Zungenbiss, Zyanose, Einnässen <i>Komplex-fokale Anfälle (= psychomotorische Anfälle):</i> Einschränkung oder Aufhebung des Bewusstseins und Unterbrechung der Tätigkeit; fakultativ kommt es zu automatischen Bewegungen, unangemessenen Handlungen, Umherlaufen, z.T. Lautäußerungen

¹ nach: „Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie“, Ausschuss „Arbeitsmedizin“ des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, April 1996, ZH 1/191 Carl Heymanns Verlag KG, Köln

Klassifizierung (Fortsetzung)	
<i>nach Anfalls- häufigkeit</i>	4 Stufen: • Anfälle 1 x pro Monat oder häufiger • 3 bis 11 Anfälle pro Jahr • maximal 2 Anfälle pro Jahr • Dauernde Anfallsfreiheit; auch: Anfallsfreiheit von mehr als 2 Jahren unter Pharmakotherapie oder von mehr als 1 Jahr nach operativer Therapie oder mehr als 3 Jahre Anfälle nur aus dem Schlaf heraus
<i>nach arbeitsmedi- zinischen Gefähr- dungskategorien</i>	Null <i>Erhaltene Handlungsfähigkeit, erhaltenes Bewusstsein, erhaltene Haltungskontrolle</i> Anfälle ausschließlich mit Befindlichkeitsstörungen, sog. isolierte Auren; möglicherweise wird eine Handlung für die Dauer der subjektiven Symptome bewusst unterbrochen.
	A <i>Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit, erhaltenes Bewusstsein, erhaltene Haltungskontrolle</i> Anfälle mit Zucken, Versteifen oder Erschlaffen einzelner Muskelgruppen
	B <i>Handlungsunterbrechung, Bewusstseinsstörung, erhaltene Haltungskontrolle</i> Plötzliches Innehalten; allenfalls Minimalbewegungen ohne Handlungscharakter
	C <i>Handlungsunfähigkeit, mit oder ohne Bewusstseinsstörung, Verlust der Haltungskontrolle</i> Plötzlicher Sturz ohne Schutzreflex, auch langsames In-sich-Zusammensinken, Taumeln und Sturz mit Abstürzen
	D <i>Unangemessene Handlungen, Bewusstseinsstörungen, mit oder ohne Haltungskontrolle</i> Unkontrollierte komplexe Handlungen oder Bewegungen, meist ohne Situationsbezug
	Zur Einordnung von Epilepsiekranken in die arbeitsmedizinischen Gefährdungskategorien (Null bis D) sind somit folgende Fragen zu beantworten: 1. Ist das Bewusstsein erhalten? 2. Kommt es zu Handlungsverlust? 3. Ist die Willkürmotorik gestört? 4. Kommt es zu unangemessenen Bewegungen oder Handlungen?

Klassifizierung (Fortsetzung)	
<i>nach arbeitsmedizinischen Gefährdungskategorien</i> (Fortsetzung)	Hinweise: <i>Fehlen arbeitsmedizinisch relevanter Anfallssymptome:</i> Wenn Bewusstsein, Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit <u>nicht</u> beeinträchtigt sind (z.B. bei isolierter Aura), sollen grundsätzlich keine Einschränkungen bzgl. des Arbeitsplatzes gemacht werden. <i>Zusammentreffen mehrerer arbeitsmed. relevanter Anfallsformen:</i> Es ist stets die in arbeitsmedizinischer Hinsicht schwerer wiegende Anfallsform für die Einordnung in die Gefährdungskategorie zu wählen. <i>Anfallsformen mit Aura:</i> Eine Aura ist zu berücksichtigen, wenn durch Fremdbeobachtungen gesichert ist, dass die Aura es dem Epilepsiekranken ermöglicht, sich zu schützen, und dass dieser das auch in angemessener Weise tut. In derartigen Fällen trifft Kategorie A anstelle der Kategorien C und D zu. <i>Anfälle mit tageszeitlicher Bindung:</i> Der Epilepsiekranke sollte als anfallsfrei eingestuft werden, wenn Anfälle seit mindestens 3 Jahren a) ausschließlich aus dem Schlaf heraus oder b) so rasch nach dem Erwachen aufgetreten sind, dass keine Anfälle auf dem Arbeitsweg oder am Arbeitsplatz zu erwarten sind. <i>Individuelle Anfallsauslöser (z.B. optische Wahrnehmung drehender Teile mit bestimmten Frequenzen, Stroboskopeffekte):</i> Epilepsiekranken tragen ein geringeres Unfallrisiko am Arbeitsplatz, wenn sie gelernt haben, individuelle Auslöser zu vermeiden (z.B. Wegschauen bei Drehzahländerung drehender Teile, Tragen von Brillengläsern mit Polarisationsfiltern bei Photosensibilität). Derartige Schutzmöglichkeiten sollten berücksichtigt werden.
Leistungsbeurteilung	Meist besteht vollschichtige Leistungsfähigkeit, wenn nicht andere Erkrankungen/Behinderungen zusätzlich zur Epilepsie bestehen.
Leistungseinschränkungen	Risiken bestehen, je nach Gefährdungskategorie, hinsichtlich Eigen-, Fremd- und Anlagengefährdung. Im Einzelfall sollte geprüft werden, ob ein Unfallrisiko am Arbeitsplatz durch technische Vorrichtungen und Hilfen so gemindert werden kann, dass die Eignung für den Arbeitsplatz festgestellt werden kann. Fakultativ sind folgende Einschränkungen zu erwägen: • Nachtschicht; evtl. auch Wechselschicht (früh/spät) • Zeitdruck • erhöhte Verantwortung • Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten, Personenbeförderung • Absturzgefahr • Hitze, Kälte • Bildschirmarbeit bei Photosensibilität für übliche Bildwechselfrequenzen des Bildschirms, sehr selten! (Siehe unten: „Spezielle Hinweise“) Nicht betroffen ist i. A. das Arbeiten an flimmerfreien LCD- bzw. TFT-Dysplays ¹.

¹ LCD = Liquid Crystal Display, TFT = Thin Film Transistor

Spezielle Hinweise	<i>Epilepsie und Mehrfachbehinderung</i> a) Epilepsie und Körperbehinderung b) Epilepsie und geistige Behinderung c) Epilepsie und psychische Behinderung d) Epilepsie und Kombinationen aus a) bis c) Mehrfachbehinderungen erschweren die berufliche Intergration. Personen der Gruppen a) bis d) sollten einem Epilepsiezentrum zur medizinischen und sozialpsychiatrischen Begutachtung unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten zugeführt werden. Schematisches Vorgehen ist jedoch zu vermeiden. <i>Therapieresistente Epilepsie</i> Personen, bei denen Einstellungsversuche in einer Fachklinik fehlgeschlagen sind, sollten einem Epilepsiezentrum zugeführt werden. <i>Photosensibilität</i> „Photosensibilität“ (= epilepsietypische EEG-Veränderungen bei Lichtreizen) besteht nur in ca. 5 % aller Epilepsiefälle. „Photosensible“ Epileptiker reagieren meist auf Lichtreize im Frequenzbereich von 15 bis 20 Hz. Eine Bildwechselfrequenz von 75 Hz (typische Bildwechselfrequenz üblicher PC-Monitore) löst nur extrem selten entsprechende Reaktionen aus. Schnell wechselnde Muster mit hohen Kontrasten kommen bei üblichen Büroanwendungen (Tabellenkalkulation, Textverarbeitung) im Gegensatz zu Videospielen praktisch nicht vor.
Prognose	Die Prognose hängt ab von der Art der Anfälle, vom Ausschöpfen aller therapeutischen Möglichkeiten und der Mitarbeit des Patienten bei der Therapie (verlässliche Medikamenteneinnahme). Für die langfristige arbeitsmedizinische Risikobeurteilung sollte ein optimaler, stabiler Behandlungsstand erreicht sein (wird in der Praxis häufig nicht erreicht).

Gefährdungsbeurteilung für industrielle maschinenbautechnische Berufe

	<i>Anfallsfrei</i>	<i>Bis zu 2 Anfälle pro Jahr</i>				<i>3 bis 11 Anfälle pro Jahr</i>				<i>Mehr als 1 Anfall pro Monat</i>			
		<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
Zerspanungsmechaniker/in – Automatendrehtechnik – Frästechnik – Drehtechnik – Schleiftechnik	1	1	1	2	3	1	2	2	3	1	2	3	3
Industriemechaniker/in – Geräte- und Feinwerktechnik – Produktionstechnik – Maschinen- und Systemtechnik – Betriebstechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Werkzeugmechaniker/in – Instrumententechnik – Stanz- und Umformtechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Konstruktionsmechaniker/in – Ausrüstungstechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Anlagenmechaniker/in – Versorgungstechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Maschinenbautechniker/in – Konstruktion – Qualitätswesen – Arbeitsvorbereitung u. NC-Technik – Dipl.-Ing. Maschinenbau	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	2	2	2

Legende

„Anfallsfrei“:

- anfallsfrei seit mehr als 1 Jahr nach operativer Therapie
- anfallsfrei seit mehr als 2 Jahren unter Pharmakotherapie
- Anfälle nur aus dem Nachtschlaf heraus seit mehr als 3 Jahren
- Gefährdungskategorie „Null“ (siehe oben, „Klassifizierung“)

A, B, C, D:

Gefährdungskategorien (siehe oben, Abschnitt „Klassifizierung“)

Bewertungen:

- 1** grundsätzlich keine Bedenken
- 2** möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
- 3** möglich in besonderen Fällen

Risiken: drehende ungeschützte Teile (Backenfutter, Bohrspindeln); ökonomisches Risiko: Fehlprogrammierung

Gefährdungsbeurteilung für industrielle elektrotechnische Berufe

	<i>Anfallsfrei</i>	<i>Bis zu 2 Anfälle pro Jahr</i>				<i>3 bis 11 Anfälle pro Jahr</i>				<i>Mehr als 1 Anfall pro Monat</i>			
		<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
Kommunikations- elektroniker/in – Funktechnik – Informationstechnik – Telekommunikat.-technik	1	1	1	2	3	1	2	2	3	1	2	3	3
Energieelektroniker/in – Betriebstechnik – Gerätetechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Elektromaschinenmon- teur/in	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Industrieelektroniker/in – Produktionstechnik – Gerätetechnik	1	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	3	3
Dipl.-Ing. Elektrotechnik	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2

Legende

„Anfallsfrei“:

- anfallsfrei seit mehr als 1 Jahr nach operativer Therapie
- anfallsfrei seit mehr als 2 Jahren unter Pharmakotherapie
- Anfälle nur aus dem Nachtschlaf heraus seit mehr als 3 Jahren
- Gefährdungskategorie „Null“ (siehe oben, „Klassifizierung“)

A, B, C, D:

Gefährdungskategorien (siehe oben, Abschnitt „Klassifizierung“)

Bewertungen:

- 1** grundsätzlich keine Bedenken
- 2** möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
- 3** möglich in besonderen Fällen

Risiken:

Arbeiten mit gefährlichen Spannungen; ökonomisches Risiko: Fehlprogrammierung

Stichwortverzeichnis

Aktenauskunft.....	70	Schweigepflicht	80
über gespeicherte Daten		bei Beamten.....	80
Einschränkung.....	71	Schweigepflicht	85
Akteneinsicht		Rechtsgrundlagen.....	78
Einschränkung	71	Behinderte	29
im Ärztlichen Dienst	69	Behinderung.....	29
Sozialdaten.....	70	Beihilfevorschriften.....	85
Allergie, Erhebungsbogen	45	Berufsbildungswerk (BBW).....	29
Anamnese		Berufsförderungswerk (BFW)	30
ergänzend bei Diabetes mellitus	51	Berufskrankheit (BK).....	29
ergänzend bei Hauterkrankungen.....	44	Berufskrankheiten	
ergänzend bei Unfall	43	Anzeigepflicht	71
ergänzend bei zerebralem Anfallsleiden	52	Datenübermittlung	72
Formular.....	20	Berufsunfähigkeit (BU).....	30
Standardanamnese, Hinweise	41	Bildschirmtauglichkeit	81
Angemessenheit von Aufwendungen	83	Datenschutz	
Anhaltspunkte		Auskunft an den Betroffenen.....	74
für die ärztliche Gutachtertätigkeit	82	im Ärztlichen Dienst.....	69
Arbeitgeber		Diagnoseaufklärung	40
Erstattungspflicht nach § 128 AFG	64	Dienstfähigkeit, bei Angestellten.....	78
Arbeitsablehnung	66	Dienstunfähigkeit	30
Arbeitsfähigkeit (SGB III)	28	bei Beamten	83
Arbeitslosengeld (Alg).....	28	dauernde.....	84
und Leistungsvermögen.....	63	wegen Krankheit	83
Arbeitslosenhilfe (Alhi)	28	Dienstunfall	
und Leistungsvermögen.....	63	Begriff	30, 82
Arbeitslosigkeit.....	29	Einsicht	
Arbeitsplatzbeschreibung	64	in Personaldaten.....	71
Arbeitsschwere	34	in Sozialdaten	70
nach Refa.....	38	Einstellungsuntersuchung	
Arbeitsunfähigkeit	29	bei Beamtenanwärtern	80
und Verfügbarkeit.....	62	bei schwerbeh. Beamtenanwärtern.....	80
Arbeitsunfall	29	Epikrise im Gutachten.....	13
Atopiekriterien.....	27	Erhebungsbogen.....	<i>Siehe auch Anamnese</i>
Aufklärungspflicht des Arztes	39	Leistungsfähigkeit b. psych. Erkrankungen.	
Auskunft			128
gegenüber gesetzl. Unfallversicherung	72	Erhebungsbogen, Haut/Allergie	45
über gespeicherte Sozialdaten.....	70	Erkrankungen	
Beamtenversorgungsgesetz	82	Blutgefäße, untere Extremitäten.....	114
Befund, Dokumentation	9	BWS und LWS	101
Befundbogen		Diabetes mellitus	118
Haut/Allergie.....	27	Ellenbogenregion.....	92
Standardformular	20	Fibromyalgie-Syndrom	123
Befunde, labortechnische	11	Hand und Handgelenk.....	93
Begriffe		Herz	106
arbeitsmedizinische im Leistungsbild.....	33	Hüftregion	94
sozialmedizinische	28	HWS	99
Begutachtung		Hypertonus	109
Arbeitsablehnung	66	Knieregion	95
Arbeitsaufgabe	66	Koronare Herzkrankheit	112
Besprechung mit dem Untersuchten.....	14	Leber	116
in Reha-Fällen.....	59	Lunge und Atemwege.....	104
personalärztliche	78	Magen- und Darmkrankheiten.....	115
bei Angestellten		Neurologische, Epilepsie	136

Stichwortverzeichnis

Nichtpsychotische	134	gemäß Beamtenversorgungsgesetz	82
Nieren.....	119	Mitwirkungspflicht, Grenzen	67
Psyche, Übersicht	125	Nahtlosigkeitsregelung (§ 125 SGB III).....	63
Psychotische	131	Neurol. Erkrankungen, Epilepsie	136
Rheumatische Erkrankungen.....	121	Notwendigkeit von Aufwendungen.....	83
Schulterregion	91	Offenbarung von Sozialdaten.....	70
Sprunggelenke und Fuß.....	97	Personalakten, Einsichtsrecht	
Erwerbsunfähigkeit (EU).....	30	Angestellte	74
Fremdbefunde	12	Beamte	74
Grad der Behinderung (GdB).....	30	Personaldaten	
Gutachten		Einsichtsrecht	71
Dokumentation	12	Privatgeheimnisse, Verletzung.....	72
Formular	18	Prognose	13
Hauterkrankungen, Erhebungsbogen.....	45	Psychische Erkrankungen	
KFZ-Tauglichkeit.....	76	Diagnosenübersicht.....	125
Kraftfahrzeughilfe.....	77	Leistungsbeurteilung	124
Krankheit		Leistungsfähigkeit, Kriterien	128
ansteckende	79	Nichtpsychotische Erkrankungen	134
ekelerregende	79	Psychotische Erkrankungen	131
Labortechnische Befunde	11	Reha-Angleichungsgesetz	59
Leistungsbeurteilung		Rehabilitation	
Innere Erkrankungen	103	Begriff	31
Neurol. Erkrankungen, Epilepsie.....	136	Reha-Angleichungsgesetz.....	31
Psychische Erkrankungen.....	124	Rehabilitationsbedürftigkeit	31
Stütz- und Bewegungsapparat.....	89	Rehabilitationsfähigkeit	31
Leistungsbild		Sanatorium.....	86
ergänzendes	12	Sanatoriumsbehandlung	86
negatives	12	Sicherungsaufklärung	40
positives	12	Sozialdaten	
Leistungsfähigkeit.....	30	Auskunft an den Betroffenen.....	73
Leistungsfähigkeit, Begriff	28	Einschränk. d. Übermittlungsbefugnis.....	73
Literaturhinweise		Übermittlungsgrundsätze	73
arbeitsamtsärztliche Begutachtung	15	Sozialgeheimnis	73
ärztliche Schweigepflicht.....	75	Sozialleistungsträger, Liste	31
ärztliches Berufsrecht.....	40	Übermittlung von Sozialdaten	70
Sozial- und Verkehrsmedizin	16	Verfügbarkeit.....	28, 32
Zumutbarkeit ärztlicher Maßnahmen	68	Verfügbarkeit und Arbeitsunfähigkeit.....	62
Meßblatt		Werkstatt für Behinderte (WfB).....	32
obere Extremitäten.....	25	Zeitrente	32
untere Extremitäten.....	26	Zielfragen, Beantwortung	13
Wirbelsäule	24	Zumutbarkeit	28, 32
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	31	Zumutbarkeit von ärztlichen Eingriffen.....	67