



Gutachten zur Erwerbsfähigkeit im Spannungsfeld medizinischer und sozialer Problemlagen



Impressum

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

Verantwortlich

Dr. Thomas Hilbert
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Dr. Günter Tempel
Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autorin

Felicitas Jung

In Zusammenarbeit mit
Bernd Damitz, Patricia Hamer, Thomas Hilbert, Kirsten Jestaedt, Steffi Oestreich, Marianne Sejas,
Katrin Hollmann

Redaktion

Winfried Becker
Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Kontakt

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen
Telefon: 0421/361-15667

felicitas.jung@gesundheitsamt.bremen.de

<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/info/gbe>

Erscheinungsdatum

November 2013



Gutachten zur Erwerbsfähigkeit im Spannungsfeld medizinischer und sozialer Problemlagen

Gesundheitsamt Bremen





Inhaltsverzeichnis

1	Kurzfassung	7
2	Gutachten zur Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage des SGB II	11
2.1	<i>Methode</i>	11
2.2	<i>Sozialdaten und weitere individuelle Merkmale</i>	13
2.2.1	Sozialdaten der begutachteten Personen	13
2.2.2	Anerkannte Schwerbehinderung	17
2.2.3	Individuelle psychosoziale Merkmale	17
2.2.4	Beherrschung der deutschen Sprache	18
2.2.5	Zusammenfassung	18
2.3	<i>Gutachten und vorliegende Befunde</i>	19
2.3.1	Art der Gutachten	19
2.3.2	Vorliegende Befunde	20
2.3.3	Umgesetzte Empfehlungen aus amtsärztlichen Vorgutachten	21
2.4	<i>Diagnosen</i>	21
2.4.1	Verteilung von Diagnosen bei den begutachteten Personen	21
2.4.2	Vergleich der Diagnosen zu Daten der gesetzlichen Krankenkassen	23
2.4.3	Vergleich der Diagnosen mit Daten zu Frühverrentungen	24
2.4.4	Psychische Erkrankungen (F00-F99)	25
2.4.5	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	28
2.4.6	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90)	30
2.4.7	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	31
2.4.8	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	31
2.4.9	Zusammenfassung	32
2.5	<i>Einschätzungen und Empfehlungen</i>	33
2.5.1	Einschätzung der allgemeine Leistungsfähigkeit	34
2.5.2	Prognosen	34
2.5.3	Einstufung zur Erwerbsminderung	34
2.5.4	Empfohlene Maßnahmen	35
2.5.5	Nachuntersuchungen	35
2.5.6	Einschätzung zur medizinischen Begründung der Gutachten	35
2.5.7	Zusammenfassung	37
3	Fazit und Handlungsperspektiven	38
4	Literatur	41
5	Fragebogen	43





1 Kurzfassung

Das Gesundheitsamt Bremen führt im Auftrag von zwei Bremer Jobcentern Gutachten zur Leistungs- und Erwerbsfähigkeit (§ 8 SGB II) durch. Begutachtet werden Personen, die als erwerbsfähig und arbeitssuchend gelten und die nicht oder nicht ausreichend in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt zu sichern.

Im Jahr 2012 wurden im Rahmen des SGB II ca. 4.150 medizinische Gutachtaufträge von Bremer Jobcentern gestellt, davon gingen 20% (850) an das Gesundheitsamt. Das Gesundheitsamt bearbeitet also für ca. 2% der erwerbsfähigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger in Bremen Gutachtaufträge zur Leistungsfähigkeit und Erwerbsminderung.

Fragestellung der Gutachterinnen und Gutachter war: "Sind die Gutachtaufträge tatsächlich medizinisch begründet?" Dahinter lag die Frage, ob schwierige soziale Problemlagen, die eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt erschweren, zu einer medizinischen Begutachtung führen.

Diesen Fragen wurde mit der vorliegenden Studie nachgegangen. Im Zeitraum September 2011 bis Mai 2012 wurden 406 Gutachtaufträge analysiert. Erfasst wurden Sozialdaten, medizinische Diagnosen und individuelle Einschränkungen sowie die Einschätzung der Leistungsfähigkeit der begutachteten Personen. Die Gutachterinnen und Gutachter bewerteten anschließend die medizinische Begründung der Gutachten.

Für mehr als zwei Drittel bejahten sie die medizinische Begründung der Gutachten eindeutig, für weitere 13% hielten sie diese zumindest teilweise für begründet. 16% wurden jedoch als nicht medizinisch begründet eingeschätzt. Für mehr als die Hälfte der begutachteten Personen prognostizierten die Gutachter gesundheitliche Einschränkungen über ein halbes Jahr hinausgehend. Eine dauerhafte Erwerbsminderung wurde allerdings nur in weniger als 10% der Fälle festgestellt. Auffällig ist, dass bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit signifikant häufiger ein medizinischer Hintergrund vermisst wurde, und in dieser Gruppe signifikant häufiger Folgegutachten in Auftrag gegeben wurden.

Die Krankheitslast der begutachteten Personen ist insgesamt hoch. Häufig finden sich Mehrfachdiagnosen, durchschnittlich 2,8 Diagnosen pro Person, etwas mehr bei Frauen als bei Männern (3,1 vs. 2,6). Nicht immer handelt es sich um schwerwiegende Erkrankungen. Aber Erkrankungen wie Bluthochdruck, Adipositas oder Rückenschmerzen sind mit Risiken für die Entwicklung weiterer Erkrankungen verbunden.

Der Vergleich mit den Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung bei Frühverrentungen mit einem nahezu identischen Diagnosespektrum – mit Ausnahme von Krebserkrankungen – lässt den Rückschluss auf ein hohes Risikopotential für Frühverrentungen zu.

Trotz der insgesamt hohen gesundheitlichen Belastung finden sich im Vergleich mit Bevölkerungsdaten auch Hinweise auf gesundheitliche Ressourcen. Adipositas und Bluthochdruck sind bei den begutachteten Personen zwar immer noch häufig zu finden, aber deutlich seltener als in der vergleichbaren niedrigen Sozialstatusgruppe.

Am deutlichsten von allen bevölkerungsbezogenen Vergleichsdaten unterscheiden sich die begutachteten Personen bei den psychischen Erkrankungen insgesamt und bei der Einzeldiagnose Depression. Sie sind hier mit Abstand häufiger betroffen. 60% aller begutachteten Personen wurden psychische Erkrankungen und 28% Depressionen attestiert. Tendenziell erhalten Frauen diese Diagnosen häufiger als Männer. Eine Ausnahme bilden die Suchterkrankungen, die bei Männern mehr als doppelt so häufig zu finden sind wie bei Frauen. Depressionen treten bei den



begutachteten Personen (28%) mehr als dreimal so häufig auf wie in der niedrigsten Statusschicht der deutschen Bevölkerung (8,5%). Die begutachteten Frauen liegen bei Depressionen 2,5-fach über der vergleichbaren Bevölkerungsschicht (32,8% vs. 12,9%). Besonders alarmierend ist jedoch die Rate der Depressionen bei den begutachteten Männern. Sie liegt zwar unterhalb der Rate der Frauen, aber sechsfach über der von Männern aus der niedrigsten Bevölkerungsschicht (22,9% vs. 3,7%). Depressionen können ein Risikofaktor für Frühverrentung sein, und sie wirken sich negativ auf das weitere Gesundheitsverhalten aus sowie auf die Entwicklung weiterer Erkrankungen. Nicht zuletzt stellen sie ein erhöhtes Suizidrisiko dar.

Neben der hohen Krankheitslast ergeben die Sozialdaten der begutachteten Personen ein Bild individueller und sozialer Risiken für soziale Benachteiligung.

15% der begutachteten Personen haben keine abgeschlossene Schulbildung, 37% nur einen Hauptschulabschluss. Das heißt, über die Hälfte hat keine Schulbildung oder eine mit geringer Qualifikation, während dies nur auf 30% der Gesamtdeutschen Bevölkerung zutrifft. Noch gravierender sieht die Situation der beruflichen Qualifikation aus, knapp die Hälfte hat keinen Berufsabschluss und nur ein Drittel eine Lehre oder einen Fachschulabschluss. Nur 2,5% haben eine höher qualifizierte berufliche Ausbildung. Bei den begutachteten Ausländerinnen und Ausländern finden sich signifikant mehr Menschen ohne schulische und ohne berufliche Ausbildung, aber auch etwas mehr Personen mit Abitur oder einer universitären Ausbildung. Zum Vergleich: innerhalb der Gesamtdeutschen Bevölkerung haben 19% keine Berufsausbildung, 57% eine Lehre oder Fachschule und 14% eine höher qualifizierte Berufsausbildung abgeschlossen.

Insgesamt ist der Anteil an Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft bei den begutachteten Personen mit 27% zwar fast so hoch wie bei allen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern in der Stadt Bremen, aber doppelt so hoch wie ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in der Stadt Bremen (13,1%). Besonders auffällig ist, ausländische Frauen sprechen im Verhältnis zu ausländischen Männern seltener und schlechter Deutsch.

Bei 5% der begutachteten Personen wurde eine Minderbegabung vermerkt, bei 1%, dass sie Analphabeten sind oder erhebliche Lese- und Rechtschreibschwäche haben.

Die Verbindung von gering qualifizierender beruflicher Ausbildung und körperlicher und/oder psychischer Leistungseinschränkungen schränkt die Chancen der begutachteten Personen auf dem Arbeitsmarkt deutlich ein. Ungenügende Deutschkenntnisse bei 19% der Ausländer erschweren zusätzlich den Zugang zum Arbeitsmarkt.

Die Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Begründung der Gutachten sprechen für eine überwiegend gerechtfertigte Gutachtenanforderung durch die Jobcenter. Allerdings werden auch 16% der Gutachtenaufträge als nicht medizinisch begründet eingeschätzt. Die sozialen Hintergründe der begutachteten Personen machen allerdings deutlich, dass sie häufig nicht nur Probleme im medizinischen Bereich sondern darüber hinaus auch verschiedenste soziale Probleme haben, die mit einer medizinischen Begutachtung nicht erfasst werden können. Vor diesem Hintergrund wird das Unbehagen der Gutachter nachvollziehbar. Sie werden auf medizinische Begründungen reduziert und haben auf dahinterliegende soziale Aspekte, außer über Empfehlungen zu weitergehenden Beratungen im Rahmen des § 16 (2) SGB II, kaum Einfluss.

Auswege aus diesem Spannungsfeld wären nur möglich, wenn zusätzlich Raum geschaffen würde für die Berücksichtigung sozialer Aspekte. Denkbar sind gesundheitsfördernde Ansätze, die Gesundheit und soziale Aspekte stärker integrieren. Inwiefern Lösungsansätze in diese Richtung im Rahmen gesetzlicher Vorgaben möglich und gewünscht sind, ist eine Fragestellung, die gemein-



sam mit dem Gesundheitsamt, den Jobcentern und möglicherweise auch dem medizinischen Dienst der Arbeitsagenturen zu klären ist.

Angesichts der hohen Krankheitslast insbesondere im psychischen Bereich und der weiteren gesundheitlichen Risiken der begutachteten Personen, wäre der Erhalt oder die Verbesserung ihrer Gesundheit eine wichtige und sinnvolle Aufgabe. Eine Reduzierung von Krankheitskosten und die Verhinderung von Frühverrentungen würden auch zu positiven volkswirtschaftlichen Effekten führen.





2 Gutachten zur Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage des SGB II

Das Gesundheitsamt Bremen führt im Auftrag von zwei Jobcentern in Bremen Gutachten zur Leistungs- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen des § 8 SGB II durch. Fragestellungen im Zusammenhang der Gutachten sind:

- Schränken bestimmte Erkrankungen die Leistungsfähigkeit ein?
- Sind bestimmte Tätigkeiten oder Ausbildungen angemessen?
- Rechtfertigen gesundheitliche Gründe eine Rehabilitationsmaßnahme, oder
- schließen sie eine Erwerbstätigkeit generell aus?

Betroffen sind hiervon Personen im Alter von 16 Jahren bis zum Rentenalter (bisher 65 Jahre und zukünftig 67 Jahre), die als erwerbsfähig und arbeitssuchend angesehen werden und die nicht oder nicht ausreichend in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt zu sichern.¹ Sie müssen in der Lage sein, mindestens 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein (§ 8 SGB II).

Als erwerbsfähige Leistungsempfänger² galten in Bremen im Jahr 2012 52.120 Personen (49% Männer und 51% Frauen). Dies entspricht einem Anteil von 14,3% der erwerbsfähigen Bevölkerung in Bremen.³ In Gesamtdeutschland war der Anteil erwerbsfähiger Leistungsempfänger mit 8,2% deutlich niedriger.⁴

29,6% der Bremer Leistungsempfänger (davon 48% Männer und 52% Frauen) waren Ausländer⁵, während in Deutschland der Ausländeranteil bei den Leistungsempfängern mit 21% niedriger war.⁶

Im Jahr 2012 wurden von Bremer Jobcentern 4.150 Gutachtenaufträge im Rahmen des SGB II gestellt, 20% (850) davon gingen an das Gesundheitsamt. In 2011 gingen 834 Aufträge an das Gesundheitsamt. 2012 wurden für ca. 8% aller erwerbsfähigen Leistungsempfänger Gutachtenaufträge gestellt. Das Gesundheitsamt Bremen kam in diesem Zeitraum mit knapp 2% der Bremer Leistungsempfänger in Kontakt.⁷

2.1 Methode

Interessant für die Gutachter war, inwieweit tatsächlich medizinische Gründe für solche Gutachtenaufträge ausschlaggebend sind. Sie beobachteten in Gesprächen mit den zu begutachtenden Personen, dass soziale Probleme wie fehlende soziale Fähigkeiten, sprachliche Einschränkungen, zu pflegende Angehörige oder die Situation alleinerziehender Mütter die Leistungsfähigkeit oder die Chance einen Arbeitsplatz zu finden, häufig einschränken. Daher vermuteten sie, dass über die medizinischen Begutachtung auch Hilfe für die Lösung sozialer Problemlagen der Leistungs-

¹ Hilfebedürftig gemäß §9 SGB II ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern kann und die erforderliche Hilfe nicht von anderen erhält.

² Aufgrund einer einfacheren Lesbarkeit wurde im folgenden Text auf die ausdrückliche Nennung der jeweiligen männliche und weibliche Form verzichtet. Diese Entscheidung fiel auch, obwohl bekannt ist, dass dann nicht automatisch beide Formen mit gedacht werden.

³ Bundesagentur für Arbeit 2013

⁴ Bundesagentur für Arbeit 2012

⁵ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2013

⁶ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2012

⁷ Auskunft des Medizinischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit Bremen; Daten des Gesundheitsamtes Bremen



empfänger gesucht wird, die im Rahmen der Möglichkeiten der Jobcenter nicht oder nur schwer lösbar sind.

Vor diesem Hintergrund formulierten die Gutachter die Frage:

- Sind die Gutachtaufträge tatsächlich medizinisch begründet?

Zur präzisen Beantwortung der Fragestellung wurden folgende Daten der begutachteten Personen erfasst:

- Sozialdaten (Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung),
- individuell formulierte Einschränkungen,
- gesundheitliche Diagnosen.

Zudem erfassten die Gutachter:

- die Einschätzung der Leistungsfähigkeit der begutachteten Personen,
- empfohlene weitergehende Maßnahmen,
- die Einschätzung zur medizinischen Begründung des Gutachtens.

Um einschätzen zu können, welche Bedeutung die gewonnenen Ergebnisse haben, wurden

- die Ergebnisse – soweit vorhanden – mit entsprechenden Bevölkerungsdaten verglichen.

Zur Erhebung der notwendigen Daten wurden alle Gutachten mittels eines vorformulierten Fragebogens (siehe Anhang Fragebogen) begleitend zu den jeweiligen Gutachten dokumentiert. Ziel war es in einem überschaubaren Zeitrahmen mindestens 400 auswertbare Gutachten zu erhalten. Der Fragebogen wurde gemeinsam mit den Gutachtern entwickelt und mittels eines Pretests geprüft. Als Grundlage für diese Studie konnte eine ähnliche Untersuchung aus den Jahren 2002 bis 2004 zu Gutachten zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach § 18 BSHG und zur Erwerbsunfähigkeit nach § 23 BSHG genutzt werden.

Im Untersuchungszeitraum – September 2011 bis Mai 2012 – erhielt das Gesundheitsamt Bremen 455 Gutachtaufträge von den zwei beauftragenden Jobcentern, Ost 1 und Ost 2. Diese Zahl entspricht in etwa der üblichen Zahl von ca. 800 bis 900 Gutachtaufträgen pro Jahr.

Letztendlich standen 406 auswertbare Gutachten zur Verfügung. Bei 49 Personen (10,8%) konnte kein Gutachten durchgeführt werden, da die betreffenden Personen nicht zu vereinbarten Terminen erschienen, und keine oder keine aussagefähigen Vorgutachten vorlagen, um nach Aktenlage entscheiden zu können. Da die Gutachtaufträge im Ermessen der Casemanager und nicht im Ermessen der Hilfeempfänger liegen, gelingt die Abstimmung mit den betreffenden Personen nicht immer.



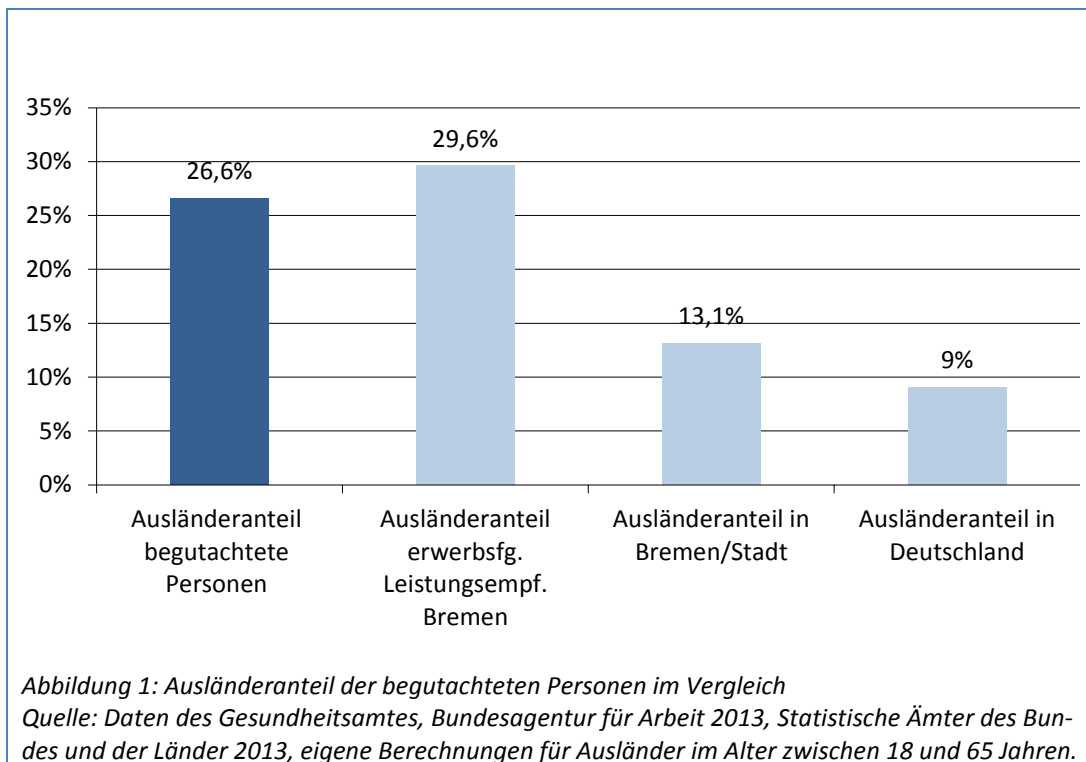
2.2 Sozialdaten und individuelle Merkmale

Neben Sozialdaten wie schulische und berufliche Qualifikation wurde nach anerkannter Schwerbehinderung gefragt sowie nach weiteren individuell belastenden oder behindernden Faktoren zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit. Mit diesen individuellen Faktoren wurden sowohl konkrete Einschränkungen wie Lese- und Rechtschreibschwächen erfasst als auch solche, die im psychosozialen Bereich verankert sind wie beispielsweise gravierende Eheprobleme.

2.2.1 Sozialdaten der begutachteten Personen

Die **Geschlechterverteilung** bei den Gutachtaufträgen war relativ ausgeglichen (Frauen 47,3% vs. ⁸ Männer 52,7%). Im Vergleich mit Leistungsempfängern in Bremen⁹ und im Bundesgebiet waren bei den Gutachten im Gesundheitsamt etwas mehr Männer vertreten (in Bremen: Frauen 51% vs. Männer 49%; im Bundesgebiet¹⁰: Frauen 51,5% vs. Männer 48,5%¹¹).

Das durchschnittliche Alter der begutachteten Personen lag bei 43,9 Jahren, die Spannweite erstreckte sich von 18 bis 63 Jahren. Männer waren im Mittel drei Jahre jünger als Frauen (Männer 42,6 Jahre vs. Frauen 45,4 Jahre). Ausländer waren im Mittel ein Jahr älter als deutsche Staatsbürger (45 Jahre vs. 44 Jahre). Ein Viertel aller Begutachteten war 36 Jahre und jünger.



Mehr als ein Viertel (26,6%) waren **ausländische Staatsbürger**¹², fast zwei Drittel (62,6%) deutsche, für 10,8% fehlten entsprechende Angaben¹³. Der Anteil ausländischer Staatsbürger lag

⁸ vs. = lateinisch "versus" = "gegenüber", "im Vergleich zu"

⁹ Sofern nicht anders benannt, beziehen sich Daten aus Bremen jeweils auf die Stadt Bremen.

¹⁰ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2013

¹¹ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2012.

¹² Ausländische Staatsbürger oder Ausländer sind Menschen, die keinen deutschen Pass besitzen.



geringfügig unter dem ausländischer, erwerbsfähiger Leistungsempfänger in Bremen insgesamt. In der Stadt Bremen ist der Ausländeranteil allerdings um die Hälfte niedriger und in Deutschland noch geringer als in Bremen (siehe Abbildung 1).

Für 44,1% der Begutachteten wurde ein **Migrationshintergrund**¹⁴ angegeben. Bei insgesamt 20,7% fehlten hier jedoch weitere Angaben, sodass wir für die folgenden Auswertungen die prägnantere Variable der Staatszugehörigkeit nutzten: Status "deutsche" oder "andere Staatsangehörigkeit" bzw. "Ausländer". Fehlten diese Angaben verzichteten wir auf eine weitere differenzierte Auswertung.

Die **schulische Bildung** der Begutachteten ist im Vergleich zur Bevölkerung der Bundesrepublik relativ niedrig. Bei den begutachteten Personen ist der Anteil ohne Schulabschluss nahezu vierfach höher als der in Deutschland in den vergleichbaren Altersgruppen (20 bis 65 Jahre). Auch der Anteil mit einem Hauptschulabschluss liegt um 10% höher als der in der Gesamtdeutschen Bevölkerung. Gleichzeitig liegt der Anteil der Personen mit Abitur in der deutschen Bevölkerung fast dreifach über dem der Begutachteten (siehe Abbildung 2).

Bei der schulischen Bildung waren zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede auszumachen, wohl aber in Abhängigkeit von der Staatszugehörigkeit (siehe Abbildung 3). Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft hatten etwas häufiger keinen Schulabschluss (14,2% vs. 19,4%), aber auch etwas häufiger Abitur. Gleichzeitig war der Anteil derer, bei denen kein Abschluss bekannt oder nicht einzuordnen war, bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit höher als bei Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft.

Noch schlechter im Vergleich zur deutschen Bevölkerung sieht die **berufliche Qualifikation** der Begutachteten aus (siehe Abbildung 4). Fast die Hälfte (47%) hatte keine Berufsausbildung. Der Anteil ohne Berufsausbildung war mehr als doppelt so hoch wie bei der Gesamt-deutschen Bevölkerung. Auch bei Lehre oder Fachschule schnitten die Begutachteten gegenüber der Bevölkerung deutlich schlechter ab. In Deutschland hatten fast 60% eine solche Ausbildung abgeschlossen, bei den begutachteten Personen dagegen nur ein Drittel. Bei Hochschulabschlüssen lagen die Anteile in Deutschland über dem Vierfachen der begutachteten Personen.

Bei der beruflichen Qualifikation waren keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu finden, wohl aber bei der Staatsbürgerschaft. Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft hatten häufiger keine Berufsausbildung (deutsche Staatsbürgerschaft 54,6% vs. ohne deutsche Staatsbürgerschaft 46,1%) und eine Lehre oder Fachschulausbildung hatte nur knapp jeder vierte Ausländer abgeschlossen, dagegen fast jeder zweite Deutsche (siehe Abbildung 5).

¹³ Der hohe Anteil unbekannter Sozialdaten ist weitgehend auf die Begutachtung nach Aktenlage zurückzuführen, da in diesen Fällen die entsprechenden Daten nicht vorlagen.

¹⁴ Menschen mit Migrationshintergrund sind Menschen, die entweder selbst im Ausland geboren sind oder deren Eltern dort geboren wurden. Ob sie selbst einen deutschen Pass besitzen oder nicht, ist bei dieser Definition nicht ausschlaggebend.

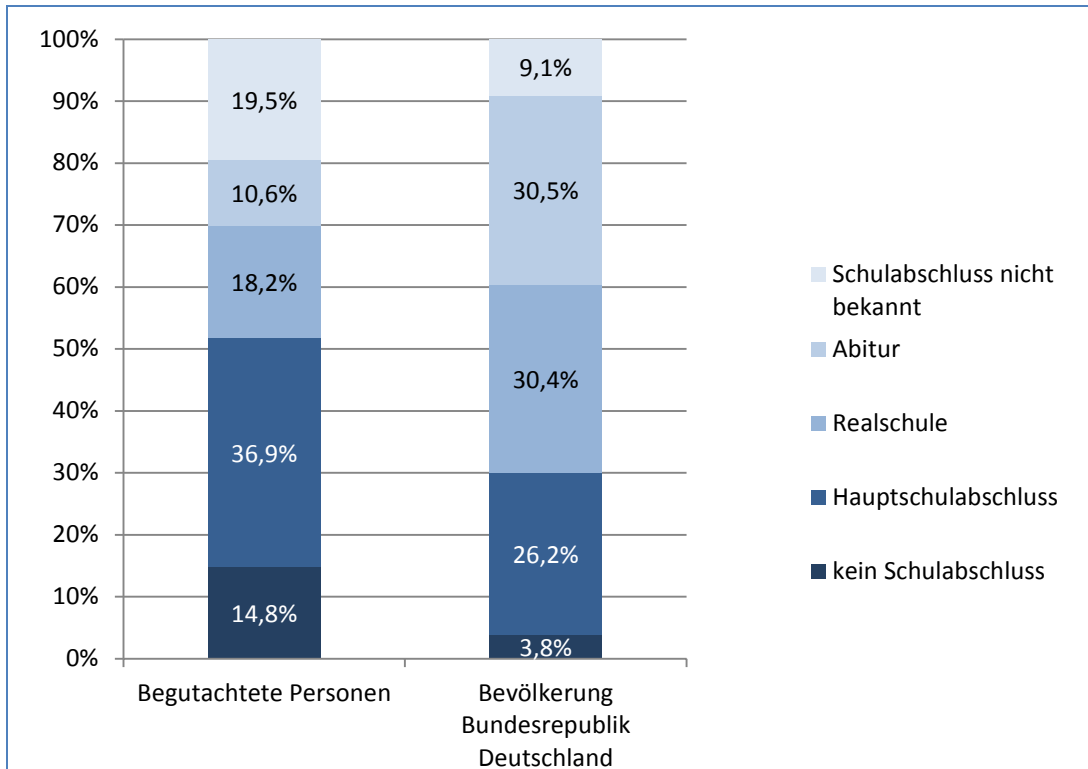


Abbildung 2: Schulische Bildung – Vergleich der begutachteten Personen mit der deutschen Bevölkerung (Alter 20 bis 65 Jahre)

Quelle: Daten des Gesundheitsamts Bremen; Statistisches Bundesamt 2013, 20 bis 65 Jahre in 2011, eigene Berechnungen.

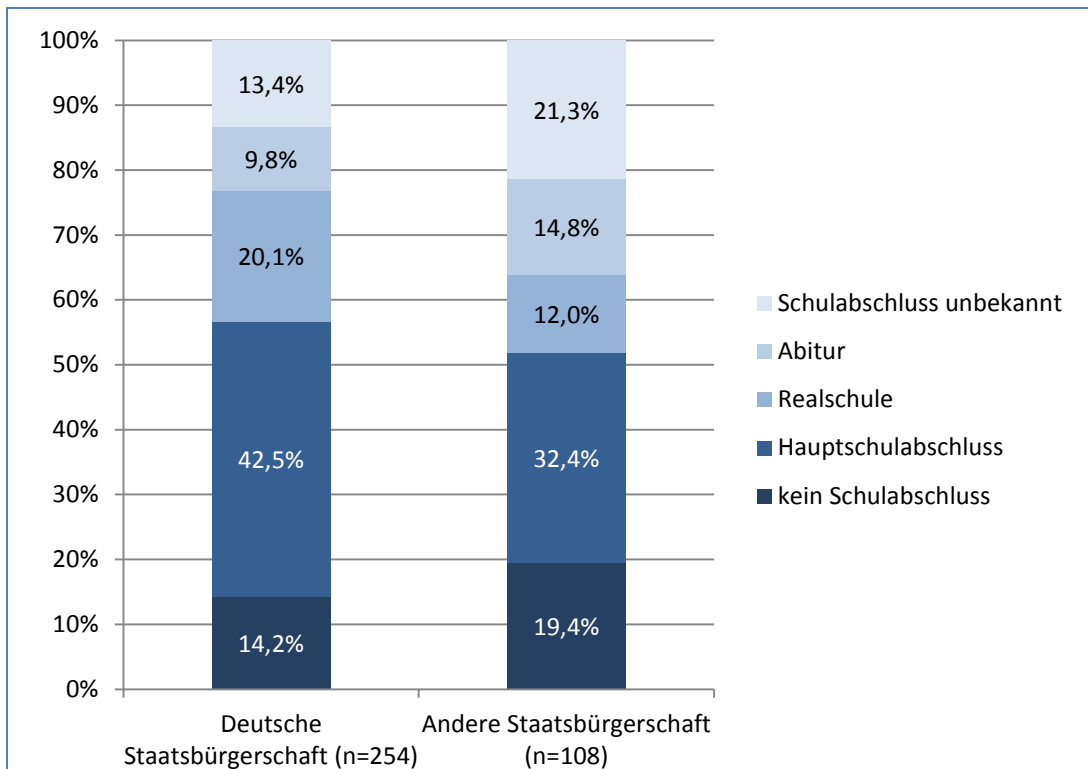
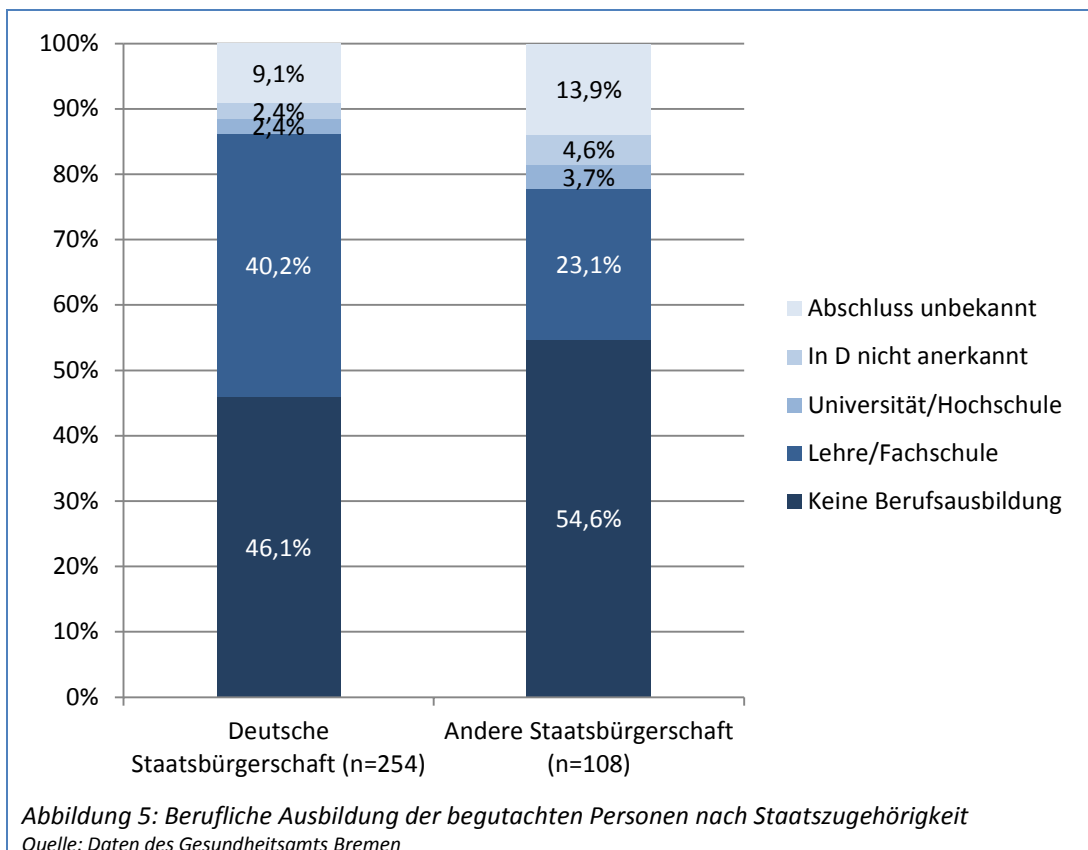
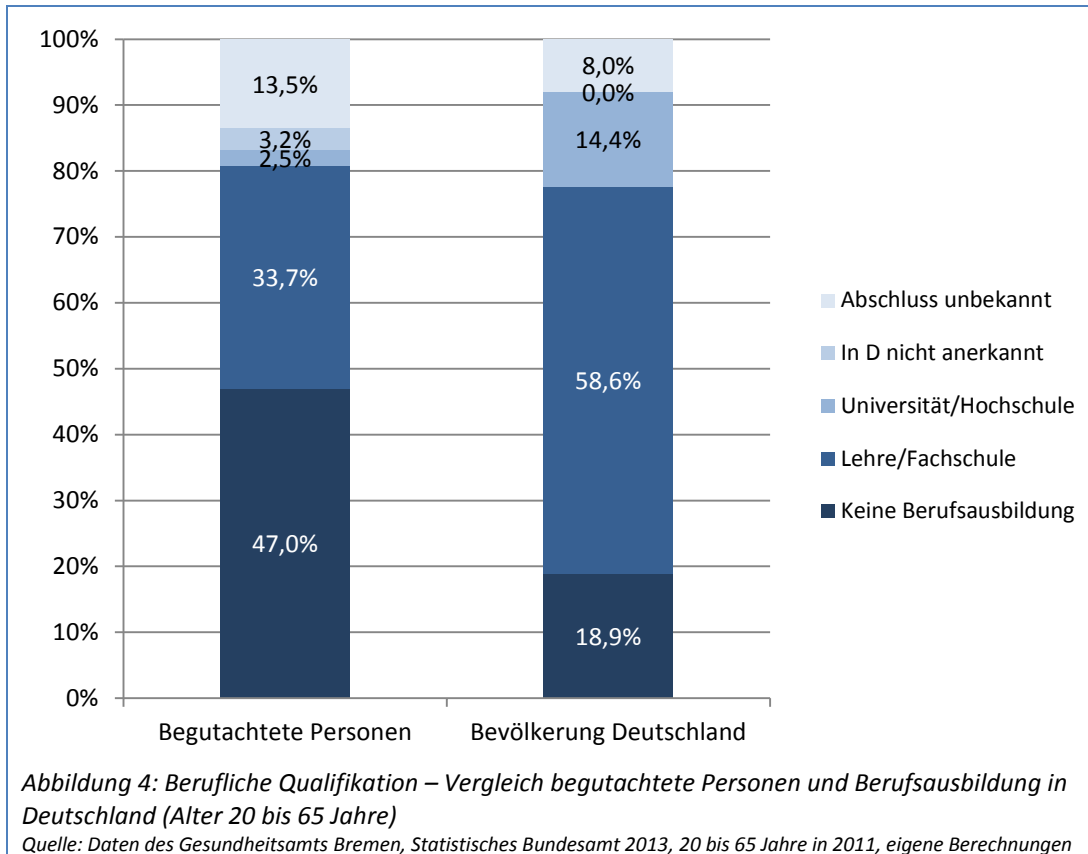


Abbildung 3: Schulbildung der begutachteten Personen nach Staatszugehörigkeit

Quelle: Daten des Gesundheitsamts Bremen



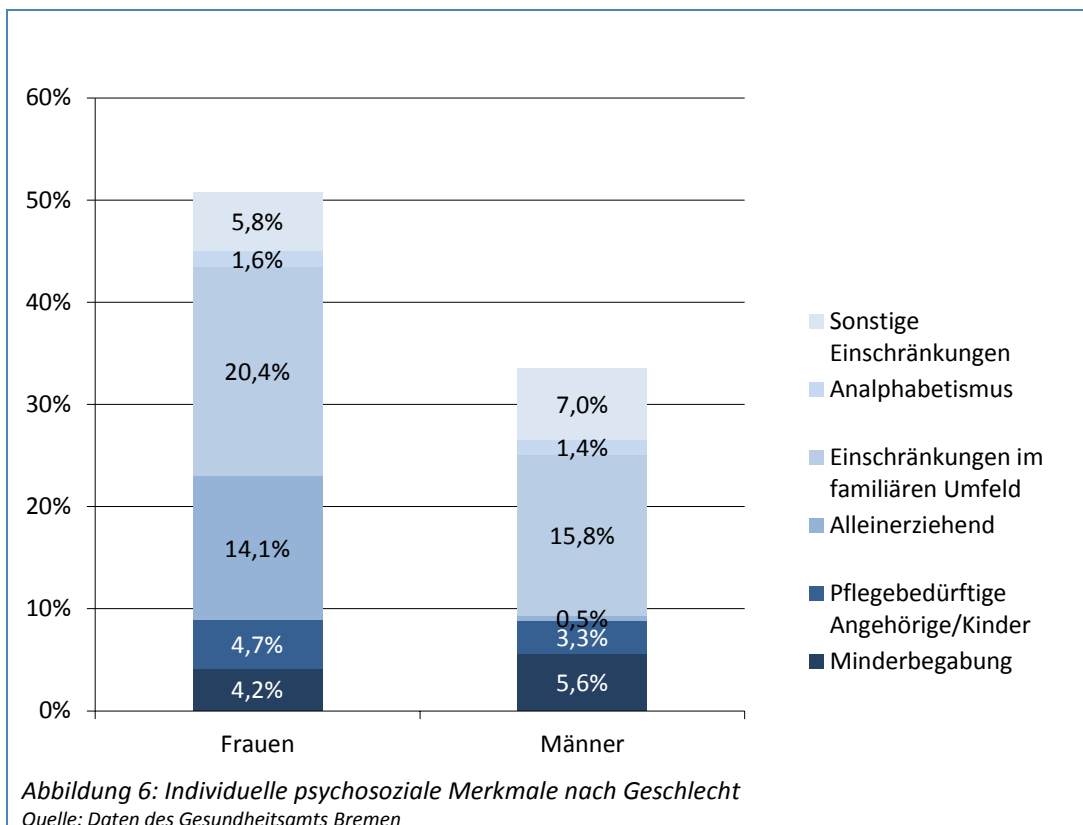


2.2.2 Anerkannte Schwerbehinderung

10,1% aller begutachteten Personen waren schwerbehindert, das heißt sie hatten einen Behinderungsgrad von 50 oder höher. Darüber hinaus hatten 8,6% eine anerkannte Behinderung mit einem Behindertengrad unter 50. Signifikante Unterschiede waren weder zwischen den Geschlechtern noch abhängig von der Staatszugehörigkeit zu finden. In Deutschland waren im Jahr 2011 in den vergleichbaren Altersgruppen zwischen 15 bis 65 Jahren nur 6 % schwerbehindert.¹⁵ Es ist davon auszugehen, dass weitere begutachtete Personen einen Anspruch auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gehabt hätten. Mehrmals wurden Empfehlungen gegeben, einen entsprechenden Antrag zu stellen (siehe Abschnitt 2.5.4).

2.2.3 Individuelle psychosoziale Merkmale

Bei mehr als einem Drittel (37,7%) der begutachteten Personen wurde neben den medizinisch begründeten Einschränkungen weitere individuelle sozial oder psychisch begründete Merkmale aufgeführt, die objektiv oder subjektiv die Arbeitsfähigkeit einschränken. Hierzu zählten Minderbegabung, Analphabetismus, Alleinerziehende, Sorge für Pflegebedürftige Angehörige und sonstige Einschränkungen im familiären Umfeld, Für Frauen wurden diese Indikatoren signifikant häufiger aufgeführt als für Männer (50,8% vs. 33,5%). Abhängig von der Staatszugehörigkeit konnten keine Unterschiede festgestellt werden.



¹⁵ Eigene Berechnungen, Quellen: Statistisches Bundesamt 2013b und Statistisches Bundesamt 2013c



Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern (siehe Abbildung 6) waren vor allem auf alleinerziehende Mütter zurückzuführen. 14,1% Frauen standen nur einem alleinerziehenden Vater (0,5% aller Männer) gegenüber. Insgesamt wurden Frauen in der Begutachtungssituation auch bei weiteren Einschränkungen im familiären Umfeld als stärker belastet als Männer eingeschätzt. Die Betreuung behinderter Kinder oder Angehöriger, Ehekonflikte, Folgen einer Scheidung oder Trennung zählen dazu. Weitere Faktoren wie Analphabetismus, Lese- und Rechtschreibschwächen, aber auch Minderbegabungen wurden für Frauen wie Männer in etwa gleich häufig genannt. Ebenso sonstige Einschränkungen, die sich auf Fähigkeiten der allgemeinen Lebensbewältigung bezogen wie hohe Schulden, soziale Isolation oder auch Verwahrlosung und Obdachlosigkeit.

Die stärkeren Belastungen von Frauen relativierten sich vor dem Hintergrund der Vergleichsdaten. Der Anteil Alleinerziehender bei den begutachteten Personen lag deutlich unter dem Anteil Alleinerziehender bei allen erwerbsfähigen Leistungsempfängern in Bremen und in Deutschland (25,9% alleinerziehende Frauen und 1,5% Männer bei Leistungsempfängern in Bremen¹⁶; 25,3% alleinerziehende Frauen und 1,7% Männer bei Leistungsempfängern in Deutschland¹⁷). Die Situation alleinerziehender Frauen kann also nicht als ausschließliche Belastung gewertet werden, die die Arbeitsfähigkeit einschränkt. Zu vermuten ist, dass das Zusammentreffen der Situation Alleinerziehender mit weiteren, vor allem gesundheitlichen Einschränkungen, besondere Probleme verursacht.

2.2.4 Beherrschung der deutschen Sprache

Für 19,2% der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wurde angegeben, dass eine Verständigung nur mit größerem Aufwand oder mit einer Begleitperson möglich war. Dies entsprach 13,5% aller begutachteten Personen. Frauen sprachen mehr als doppelt so häufig schlecht oder gar nicht Deutsch (26,1% der ausländischen Frauen vs. 12,8% der ausländischen Männer) und sie benötigten mehr als dreimal so häufig wie Männer eine Begleitung zur sprachlichen Verständigung (13,8% vs. 3,8%).

2.2.5 Zusammenfassung

Die Sozialdaten ergeben für den größeren Teil der begutachteten Personen ein Bild individueller und sozialer Beeinträchtigungen und Risiken, die möglicherweise bereits aus sozialer Benachteiligung resultieren und die im Kontext ihrer aktuellen Lebenssituation hohe Risiken weiterer sozialer Benachteiligung mit sich bringen.

Fehlende Schulbildung oder Schulbildung mit geringer Qualifikation betreffen über die Hälfte der begutachteten Personen. Noch gravierender sieht die Situation der beruflichen Qualifikation aus, knapp die Hälfte hat keinen Berufsabschluss und nur ein Drittel eine Lehre. Nur 2,5% haben eine höher qualifizierte berufliche Ausbildung. Während zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede festzustellen sind, bestehen abhängig von der Staatsangehörigkeit signifikante Unterschiede. Prozentual mehr Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit haben keine schulische und keine berufliche Ausbildung abgeschlossen, aber auch gleichzeitig prozentual etwas mehr Personen Abitur oder eine universitäre Ausbildung.

¹⁶ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2013

¹⁷ Eigene Berechnungen, Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2012



Der Anteil an Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft ist bei den begutachteten Personen ähnlich wie bei allen Bremer Leistungsempfängern doppelt so hoch wie ihr Anteil in Bremen.

Für einige Personen wird bei weiteren psychosozialen Merkmalen zusätzlich vermerkt, dass sie Analphabeten sind beziehungsweise eine erhebliche Lese- und Rechtschreibschwäche haben, oder dass sie minderbegabt sind.

Die Faktoren geringe Bildung und geringe oder nicht qualifizierende berufliche Ausbildung schränken die Chancen der begutachteten Personen auf dem Arbeitsmarkt bereits deutlich ein, ohne dass körperliche und/oder psychische Leistungseinschränkungen berücksichtigt werden.

Für jede fünfte Person ohne deutsche Staatszugehörigkeit erschweren geringe oder fehlende Deutschkenntnisse zusätzlich den Zugang zum Arbeitsmarkt. Dies trifft ausländische Frauen noch häufiger als ausländische Männer. Offenbar schränkt die familiäre Einbindung diese Frauen stärker ein als Männer und behindert sie damit vor allem in ihrem Spracherwerb. Hier kann zwar nicht beantwortet werden, ob und inwieweit dies von den Frauen tatsächlich als Einschränkung erlebt wird, das folgende Zitat einer Teilnehmerin eines Sprachkurses unterstützt jedoch die Annahme, dass sie dies als eine solche erleben:

"Früher habe ich immer zu Hause gesessen und mich geschämt, weil ich kein Deutsch konnte. Jetzt spreche ich die Menschen an. Ich kann dem Arzt allein erklären, was ich habe oder bei einer Behörde anrufen." ¹⁸

2.3 Gutachten und vorliegende Befunde

Die Mehrheit der Gutachten wird im Anschluss an eine Exploration und eine körperliche Untersuchung erstellt. Bei vorwiegend orthopädischen oder psychiatrischen Befunden übernehmen ein Orthopäde im Gesundheitsamt beziehungsweise die psychiatrischen Behandlungszentren der Bremer Kliniken die Durchführung der Gutachten. Für spezifische Diagnostiken können weitere Fachgutachten in Auftrag gegeben werden. Für die Erstellung der Gutachten werden außerdem vorliegende Befunde von Fach-, Hausärzten oder Kliniken eingeholt. Bei Folgegutachten werden vorhergehende Gutachten berücksichtigt.

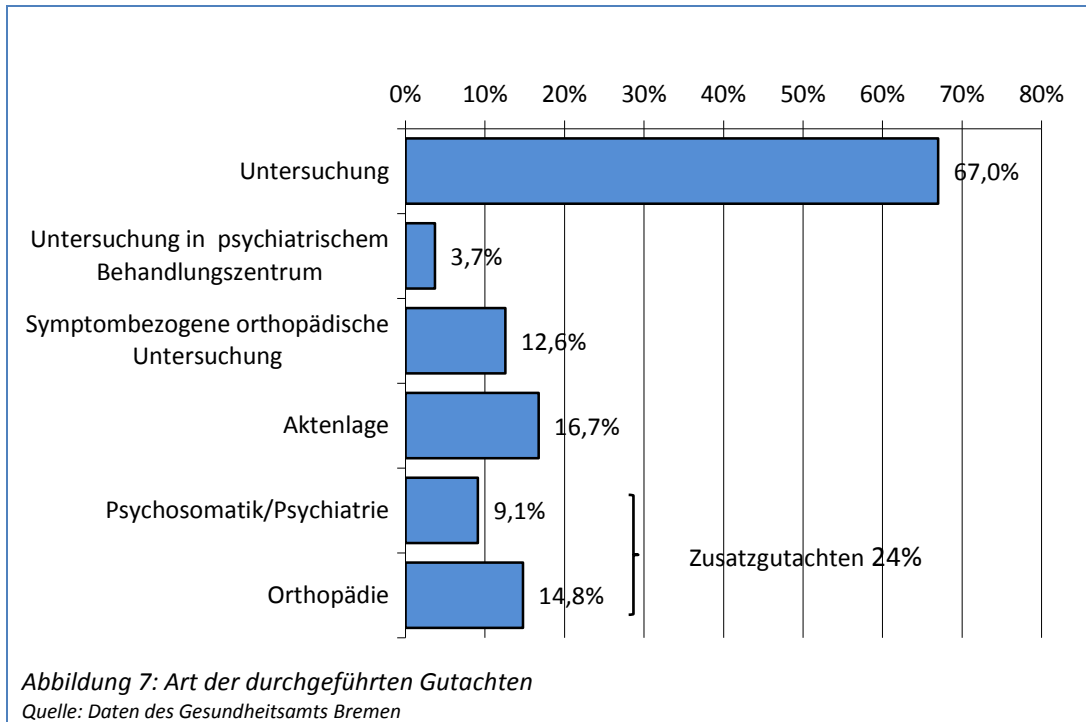
2.3.1 Art der Gutachten

Im Erhebungszeitraum führten die Ärzte des Amtsärztlichen Dienstes zwei Drittel der Gutachten eigenständig durch. 13% der Gutachten wurden von einem Orthopäden im Gesundheitsamt erstellt und weitere 4% durch Ärzte der Bremer psychiatrischen Behandlungszentren. In 17% der Fälle erfolgten die Gutachten allein anhand vorliegender Akten. Bei knapp einem Viertel der Begutachteten forderte das Gesundheitsamt zusätzliche Fachgutachten an. Mehr als die Hälfte dieser Zusatzgutachten entfielen auf orthopädische Gutachten, ein kleinerer Teil auf psychosomatische oder psychiatrische (siehe Abbildung 7). Signifikante Unterschiede waren nur bei den zusätzlich angeforderten Gutachten zu finden. Bei diesen konnten abhängig von der Staatsbürgerschaft signifikante Unterschiede festgestellt werden. Für deutsche Staatsangehörige wurden häufiger Zusatzgutachten im Bereich Psychosomatik/Psychiatrie in Auftrag gegeben (37,6% vs. 23,8%), für Ausländer häufiger Gutachten im Bereich Orthopädie (62,5% vs. 76,2%).

¹⁸ Zitat einer Teilnehmerin eines Deutschkurses, Quelle: Weser Kurier Bremen. Mit Respekt das Vertrauen gewinnen. Zentrum für Frauengesundheit hilft Migrantinnen aus sozial schwachen Familien mit kostenlosen Angeboten. 17.06.2013.



Knapp ein Viertel der Gutachtaufträge (23,2%) enthielt spezifische Zusatzfragen an die Gutachter, in der Mehrzahl nach der generellen Arbeitsfähigkeit oder der Eignung für spezifische Tätigkeiten (17,7%). Nur in 1,2% der Fälle wurde nach möglichen oder notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen gefragt.



Knapp zwei Drittel der Expertisen waren Erstgutachten (64,8%), ein Viertel (25,9%) Zweitgutachten und knapp jeder Zehnte (9,1%) wurde zum dritten oder vierten Mal begutachtet. Bei ausländischen Staatsbürgern wurden signifikant häufiger Folgegutachten durchgeführt (35,4% vs. 41,7%). Die Initiative für Folgegutachten ging überwiegend von den Jobcentern aus (84,6%) und eher selten von den Gutachtern (9,1%). 37,1% der vorhergehenden Gutachten lagen ein oder zwei Jahre zurück, der größte Teil (55,2%) jedoch drei bis sechs Jahre und nur ein kleiner Anteil von 1,4% länger als sechs Jahre.

Gründe für Folgegutachten können sowohl positive wie negative Veränderung des Gesundheitszustands der Begutachteten sein. In Einzelfällen handelt es sich auch um schwer in den Arbeitsmarkt vermittelbare Personen, die entweder selbst die Hoffnung haben, dass gesundheitliche Gründe eine Vermittlung zukünftig erübrigen, oder die Fallmanager der Jobcenter haben diese Hoffnung.

2.3.2 Vorliegende Befunde

Nahezu für alle Gutachten (96,3%) lagen entscheidungsrelevante Befunde von anderen Ärzten oder Kliniken vor. Die begutachtenden Ärzte engagieren sich bereits im Vorfeld, aussagefähige Informationen zu erhalten. Vor Erstellung der Gutachten lagen pro Person im Durchschnitt 1,9 Befunde vor. Am häufigsten – bei gut drei Vierteln der Fälle (78,5%) – von Fachärzten und bei knapp drei Vierteln von Hausärzten (73,1%) und bei mehr als einem Drittel von Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen (38,1%).



2.3.3 Umgesetzte Empfehlungen aus amtsärztlichen Vorgutachten

Um einen Einblick zu gewinnen, wie mit Empfehlungen aus Gutachten umgegangen wird, werten wir deren Umsetzung bei Folgegutachten (insgesamt 143) aus. Bei vorhergehenden Gutachten waren in 69,2% der Fälle (99 Personen) Empfehlungen ausgesprochen worden. Weniger als die Hälfte (43 Personen) wurden umgesetzt. Außer Empfehlungen im Rahmen des § 16 SGB II (Leistungen zur Eingliederung in Arbeit), die von den Fallmanagern eingeleitet werden, müssen die begutachteten Personen diese selbst in die Wege leiten. Offenbar unterbleibt dieser Schritt häufig. Wie hier eine bessere Umsetzung erreicht werden kann, müsste in Zusammenarbeit zwischen Gutachtern und Fallmanagern überlegt werden.

Signifikante Unterschiede konnten hier weder bei Empfehlungen im Vorgutachten noch bei deren Umsetzung festgestellt werden.

2.4 Diagnosen

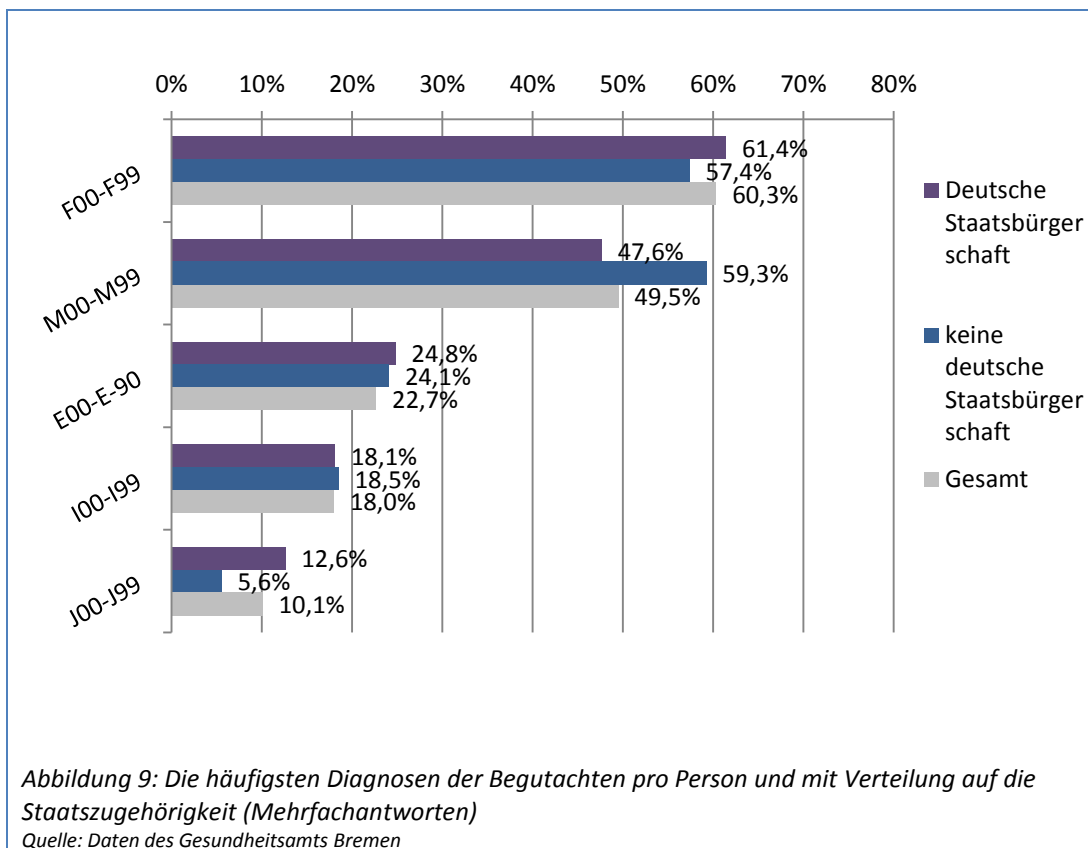
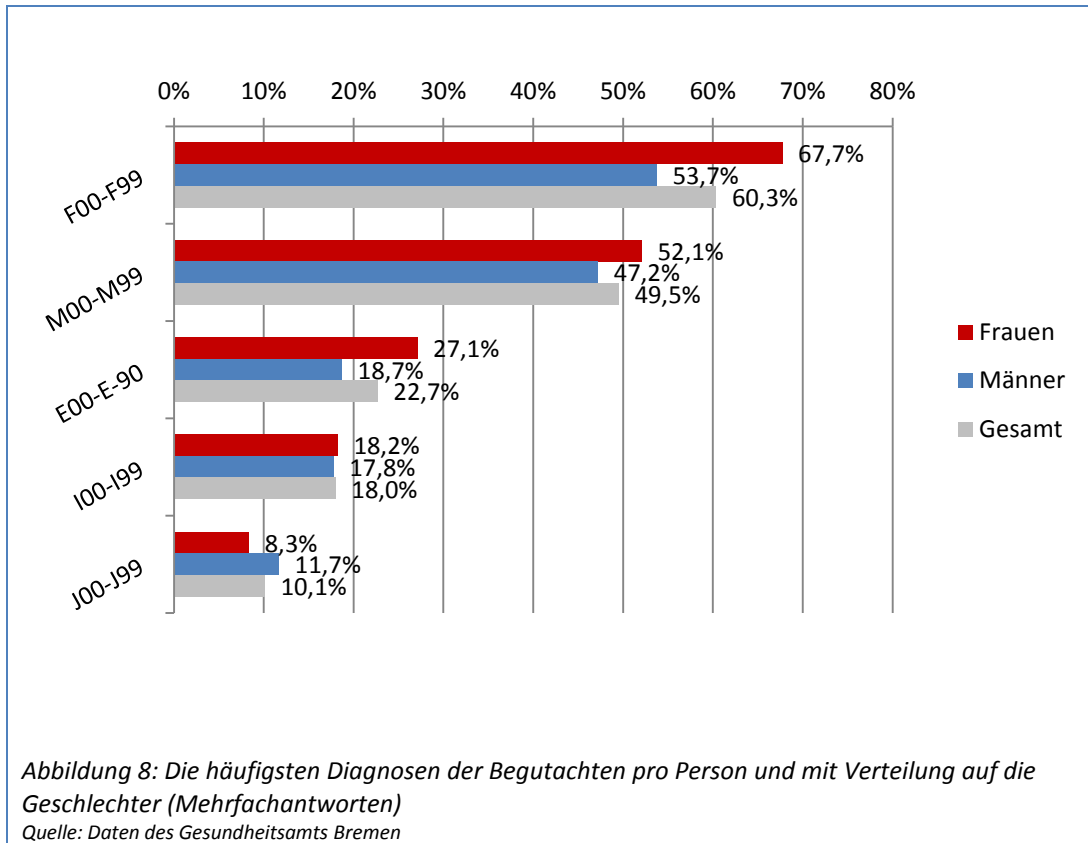
In die Bewertung der Gutachten flossen die Diagnosen der Ärzte des Gesundheitsamtes, andere vorliegende Befunde sowie die der Zusatzgutachten ein. Bei mehr als sechs Diagnosen wurden nur die für die Leistungsminderung entscheidenden erfasst. Im Durchschnitt wurden 2,8 Diagnosen pro Person dokumentiert. Das heißt, es handelte sich in der Regel um Menschen mit multiplen Erkrankungen. Frauen erhielten etwas mehr Diagnosen als Männer (Frauen 3,1 vs. Männer 2,6 Diagnosen). Unterschiede zwischen deutschen und anderen Staatsangehörigen waren nicht auszumachen.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die fünf häufigsten Diagnosegruppen bei den begutachteten Personen vorgestellt, darauf folgen bevölkerungsbezogene Vergleiche mit Daten von Krankenkassen und mit Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung zu Frühverrentungen und zuletzt eine weitere Differenzierung der Diagnosegruppen, bei der häufige Einzeldiagnosen mit bevölkerungsbezogenen Daten – soweit vorhanden – verglichen werden.

2.4.1 Verteilung von Diagnosen bei den begutachteten Personen

Mit Abstand am häufigsten wurden bei den begutachteten Personen psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99)¹⁹ diagnostiziert. Knapp zwei Drittel aller Personen waren davon betroffen. An zweiter Stelle standen Diagnosen zu Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems (M00-M99), die sich bei der Hälfte aller Begutachteten fand. Erst mit großem Abstand folgten andere Diagnosen wie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90) bei jeder vierten begutachteten Person, gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen (I00-I99) bei jeder fünften Person und an fünfter Stelle Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99) bei jeder zehnten Person. Mit Ausnahme der Atemwegserkrankungen lag der Anteil von Frauen mit den entsprechenden Diagnosen stets über dem der Männer (siehe Abbildung 8).

¹⁹ Bei den in hier Klammern gesetzten Bezeichnungen (Buchstaben und Zahlen) von Erkrankungen handelt es sich um Klassifizierungen nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen, ihrer 10. Revision und der German Modification (ICD-10-GM). Dies ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.



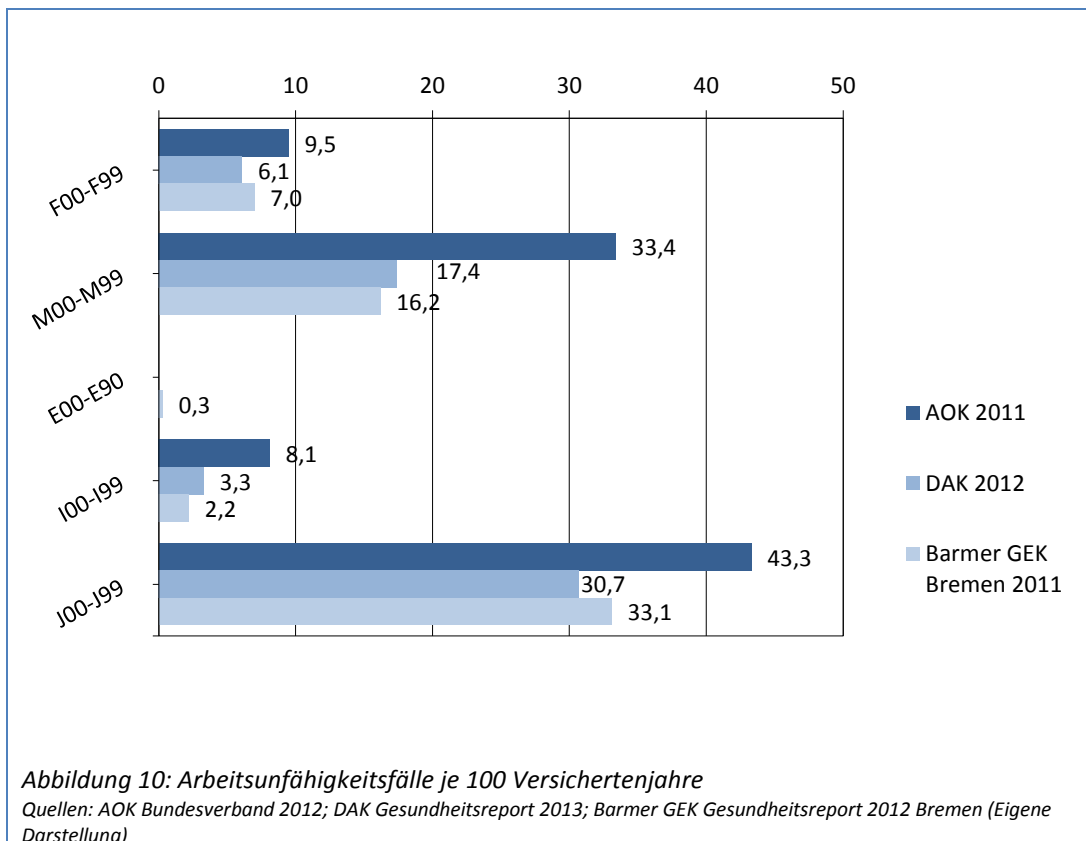


Abhängig von der Staatszugehörigkeit bestehen innerhalb der fünf häufigsten Diagnosegruppen nur bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen nennenswerte Unterschiede (siehe Abbildung 9).

2.4.2 Vergleich der Diagnosen zu Daten der gesetzlichen Krankenkassen

Daten zu Arbeitsunfähigkeitsfällen der gesetzlichen Krankenversicherungen geben ein Bild zur Verteilung kurz- oder langfristiger Erkrankungen innerhalb der erwerbsfähigen Bevölkerung.²⁰ Wir nutzten Daten von drei großen Krankenversicherungen (AOK, DAK und Barmer GEK) mit unterschiedlichem Kundenstamm aus den Jahren 2011 beziehungsweise 2012 (siehe Abbildung 10). Zwei der Datensätze beziehen sich auf ganz Deutschland, der der Barmer GEK Bremen ausschließlich auf Bremen. Diagnosegruppen, die bei den begutachteten Personen selten genannt wurden, ließen wir unberücksichtigt. Infektiöse Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems, die in der Regel keine langfristigen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit haben, zählen hierzu.

Arbeitsunfähigkeitsfälle und deren Diagnosen werden für Versicherte dokumentiert, die eine ärztliche Bescheinigung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit erhalten. Erfasst werden hierüber vorwiegend abhängig Beschäftigte, aber auch Personen im Leistungsbezug des SGB II. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre entspricht dem Anteil der Versicherten mit den entsprechenden Diagnosen, vorausgesetzt diese wären tatsächlich ein Jahr in der jeweiligen Versicherung.



²⁰ Geschlechtsspezifische Daten waren bei einigen Krankenkassen nicht abrufbar.



Die Unterschiede zwischen den Diagnosedaten bei Arbeitsunfähigkeitsfällen (siehe Abbildung 10) und denen der begutachteten Personen (siehe Abbildung 8) sind zunächst beeindruckend, müssen jedoch aufgrund unterschiedlicher Erfassungssystematiken und unterschiedlicher Zielsetzungen relativiert werden. Im Gegensatz zu den Krankenkassendaten fließen in die Statistik der begutachteten Personen nur langdauernde Krankheitsverläufe ein und statt einer Hauptdiagnose werden mehrere Diagnosen erfasst. Dadurch entstehen etwas unterschiedliche Bilder der Erkrankungshäufigkeiten.

Trotz der genannten Einschränkungen bleiben im Vergleich der unterschiedlichen Datensätze beeindruckende Unterschiede bei psychischen Erkrankungen bestehen. Psychische Erkrankungen hatten bei den begutachteten Personen eine wesentlich höhere Bedeutung als bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen der Versicherten, obwohl auch die Kassen in den vergangenen Jahren darauf hinweisen, dass psychische Erkrankungen im Arbeitsleben zunehmen.²¹ Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind bei den Begutachteten gegenüber den Daten der DAK und der Bremer Barmer GEK ebenfalls von größerer Bedeutung; im Vergleich mit den Daten der AOK sind die Unterschiede jedoch deutlich geringer. Der Kundenstamm der AOK ist am ehesten mit den begutachteten Personen vergleichbar, viele der begutachteten Personen sind außerdem Mitglieder der AOK. Auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterscheiden sich die Daten der beiden Kassen DAK und Barmer GEK stärker von den Begutachteten als die der AOK. Die großen Unterschiede zu allen Kassen bei Ernährung- und Stoffwechselerkrankungen sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass diese eher selten Gründe sind für Arbeitsausfälle. Die einzige Diagnosegruppe bei denen die Begutachteten verhältnismäßig besser abschneiden als die Versicherten der Kassen, sind Atemwegserkrankungen. Bei den Versicherten handelt es sich jedoch überwiegend um kurzzeitige Atemwegsinfekte, die keinen anhaltenden Krankheitswert haben, während es sich bei den Begutachteten – wie bei der genaueren Analyse zu sehen sein wird – überwiegend um schwere chronische Atemwegserkrankungen handelt.

2.4.3 Vergleich der Diagnosen mit Daten zu Frühverrentungen

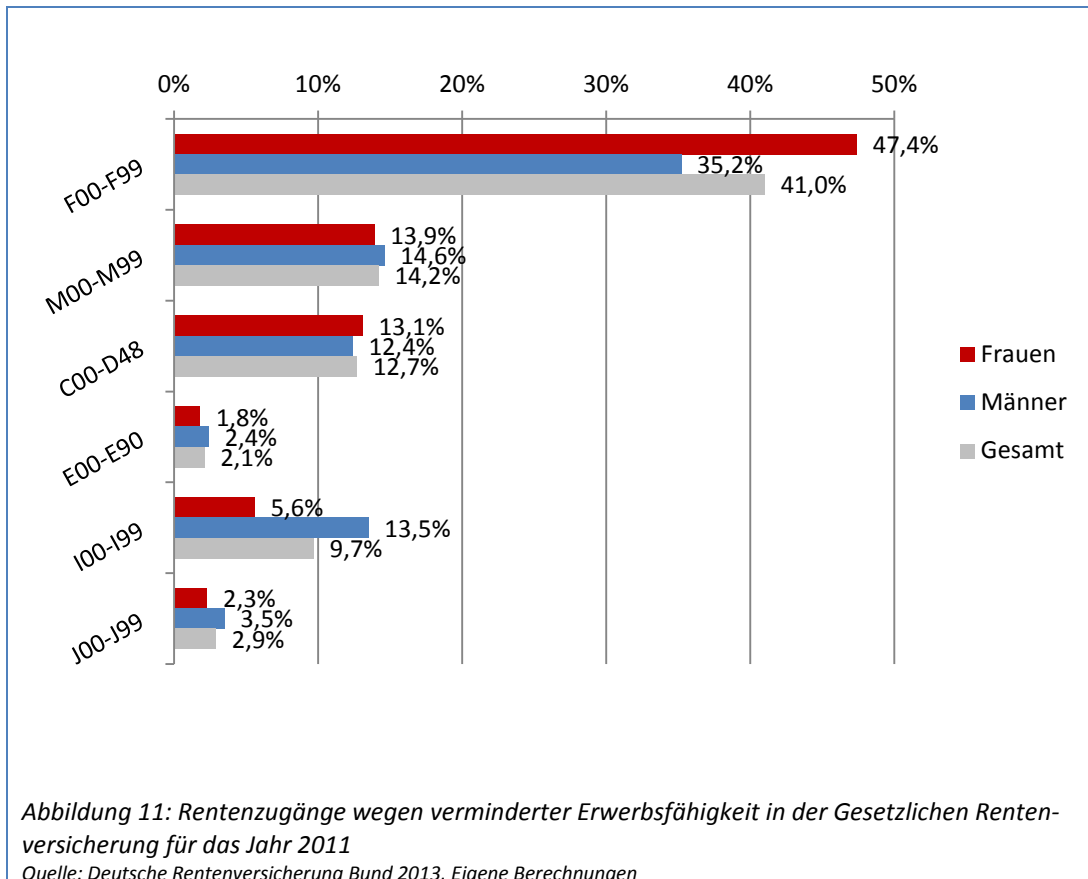
Ähnlich wie bei den Krankenversicherungsdaten erfassen die Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (siehe Abbildung 11) nur die Hauptdiagnosen, die ausschlaggebend für die Frühverrentung waren, während bei den begutachteten Personen das Spektrum leistungsmindernder Krankheiten aufgeführt ist. Die Daten der Rentenversicherung vermitteln jedoch ein gutes Bild häufiger Erkrankungen, die zu einer völligen Leistungsminderung führen. Im Vergleich können diese Erkrankungen als Risiken für eine Frühverrentung gelten.

Interessanterweise ist das Erkrankungsspektrum der häufigen Diagnosen bei Frühverrentungen dem der Begutachteten ähnlich. Eine Ausnahme bilden die bösartigen Neubildungen (Krebs), die bei den begutachteten Personen eher selten zu finden sind. Die häufigsten Diagnosen bei Frühverrentungen sind, wie bei den begutachteten Personen, psychische Erkrankungen (siehe Abbildung 8 und Abbildung 11), ebenfalls an zweiter Stelle stehen die Muskel und Skelett-Erkrankung. Erst an dritter Stelle zeigen sich mit den bösartigen Neubildungen Unterschiede. Diese Erkrankungsgruppe gehört bei den Personen im Gutachtenverfahren mit unter einem Prozent nicht zu den häufigen Diagnosegruppen. Personen mit diesen Diagnosen kommen offenbar seltener in das Gutachtenverfahren. Da nicht davon auszugehen ist, dass diese Erkrankungen generell selten bei Leistungsempfängern sind, ist anzunehmen, dass die aus diesen Erkrankungen resultierenden Leistungsminderungen häufig augenscheinlich und nicht strittig sind. Ernährungs- und Stoffwech-

²¹ Vgl. DAK 2013



selerkrankungen, im Gutachtenverfahren an dritter Stelle, stehen bei Frühverrentungen erst an sechster Stelle, gehören aber auch hier noch zu den häufigen Gründen einer Frühverrentung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen in beiden Verfahren an vierter Stelle, bei Männern in einem ähnlichen Ausmaß wie bei den Begutachteten, bei Frauen jedoch deutlich seltener. Auch Atemwegserkrankungen gehören bei Frühverrentungen noch zu den häufigen Erkrankungen. Die ähnliche Verteilung häufiger Diagnosegruppen zwischen Begutachteten und Frühverrentungen lässt den Rückschluss zu, dass das Erkrankungsspektrum der Begutachteten ein erhebliches Risiko einer Frühverrentung darstellt. Dies gilt, obwohl nur der geringere Teil von ihnen zum Zeitpunkt der Begutachtung als voll erwerbsunfähig eingeschätzt wurde (siehe Abschnitt 2.5.3).



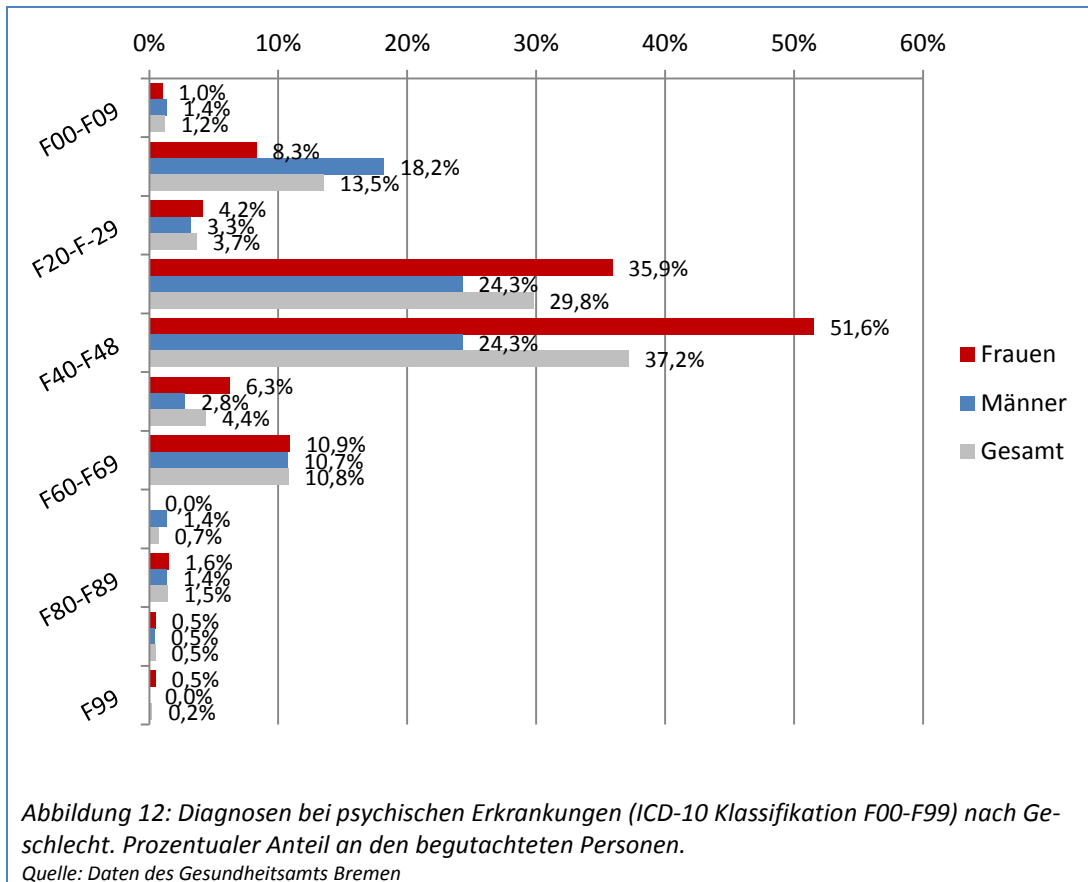
2.4.4 Psychische Erkrankungen (F00-F99)

Die häufigste Diagnosegruppe bei den begutachteten Personen, die psychischen Erkrankungen, fanden sich bei Frauen häufiger als bei Männern (Frauen 67,7% vs. Männer 53,7%) (siehe Abbildung 8). Dieser Trend findet sich in fast allen Studienergebnissen zu psychischen Erkrankungen. Eine Ausnahme bilden Suchterkrankungen, die häufiger bei Männern diagnostiziert werden, so auch bei den Begutachteten. Unterschiede zwischen Deutschen und Ausländern waren relativ gering (deutsche Staatsangehörige 61,4% vs. andere Nationalitäten 57,4%) (siehe Abbildung 9).

Bei den Begutachteten war die Geschlechterdifferenz (siehe Abbildung 12) vor allem auf eine hohe Rate von neurotischen Belastungs- oder somatoformen Störungen (F40-F48) zurückzuführen. Frauen erhielten diese Diagnosen doppelt so häufig wie Männer. Auch affektive Störungen (F30-F39), die zweithäufigste Diagnosegruppe unter den psychischen Erkrankungen, wurde bei Frauen 1,5 mal so häufig diagnostiziert wie bei Männern. Männer erhielten dagegen – auf einem niedrigeren Niveau – mehr als doppelt so häufig wie Frauen Diagnosen zu psychischen Störungen



und zu Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Bei der vierthäufigsten Diagnosegruppe, den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), bestand dagegen kein Geschlechterunterschied.



Bis auf Daten zur Verbreitung von **Depressionen** für die verschiedene Gesundheitssurveys des Bundes repräsentative Daten bereitstellen, fehlen Vergleichsdaten zu psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Obwohl die Diagnose Depression (F32, F33) bei den Begutachteten nur einen Teil der Diagnosen psychischer Erkrankungen darstellte, betraf sie noch 27,6% (Frauen 32,8%; Männer 22,9%). Die aktuellste repräsentative Bevölkerungsstudie DEGS1²² ermittelt einen Anteil von 6% diagnostizierter Depressionen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Studienpopulation von 18- bis 79-Jährigen (siehe Tabelle 1, S. 27). In der niedrigsten sozialen Schicht sind Depressionen mit 8,5% etwas weiter verbreitet als in den höheren; Frauen sind mit 12,9% dreimal so häufig wie Männer mit 3,7% betroffen. Für Frauen ist außerdem ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Depression zu erkennen, für Männer hingegen variiert dieser abhängig vom Alter. Bei Männern ist dieser Zusammenhang insbesondere in den Altersgruppen der 40- bis 59-jährigen zu erkennen.²³ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die GEDA-Studie 2009²⁴ mit einer ausschließlich deutschsprachigen Studienpopulation im Alter von 18 bis 99 Jahren. Hier finden sich 8% Frauen und 4,5% Männer mit Depressionen. Hier ist allerdings der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und Depression bei Männern in einer größeren Altersspanne zwischen 30 bis 64 Jahren besonders ausgeprägt. Diese Studie ermittelt für Personen

²² Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Ergebnisse der ersten Erhebungswelle (DEGS1) 2013

²³ Busch u.a. 2013

²⁴ Busch u.a. 2011



mit niedrigem Sozialstatus doppelt so hohe Chancen für die Diagnose einer Depression wie für Personen mit hohem Sozialstatus.

Die Begutachteten lagen im Vergleich mit der aktuellen Bevölkerungsstudie DEGS1 im Durchschnitt mehr als dreifach über der niedrigsten Sozialschicht (siehe Tabelle 1). Die begutachteten Frauen lagen 2,5-fach über der niedrigsten Bevölkerungsschicht (32,8% vs. 12,9%), die begutachteten Männern aber sechsfach darüber (22,9% vs. 3,7%). Dies muss als besonders alarmierend wahrgenommen werden.

Die GEDA-Studie weist, mit Bezug auf verschiedene europäische und amerikanische Studien, auf den Zusammenhang zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit hin. Das Gesundheitsverhalten scheint das Bindeglied zwischen Körper und Psyche zu sein. Menschen mit niedrigerem Sozialstatus verhalten sich weniger gesundheitsbewusst als diejenigen mit höherem Sozialstatus. Gesundheitsbewussteres Verhalten wiederum reduziert die Prävalenz von Depressionen bei Frauen wie bei Männern. Obwohl sich innerhalb der Studie die kausalen Zusammenhänge nicht klären ließen, werden wechselseitige Zusammenhänge angenommen. Das heißt, Depressionen verändern das Gesundheitsverhalten negativ, und das Gesundheitsverhalten wiederum hat Einfluss auf Depressionen. Depressionen können daher auch ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Erkrankungen sein. Nicht zuletzt stellen sie ein erhöhtes Suizidrisiko dar.

Tabelle 1: Häufige Einzeldiagnosen im Bevölkerungsvergleich einschließlich niedrigem Sozialstatus in Prozent

Quellen: Daten des Gesundheitsamtes, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Robert Koch-Institut "Gesundheit in Deutschland aktuell" (Eigene Darstellung)

Diagnose	Begutachtete Personen ²⁵	Bevölkerungsdurchschnitt		niedriger Sozialstatus	Frauen		Männer		
		Frauen	Männer		Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Depression	27,6	32,8	22,9	6 ²⁶	8,1	3,8	8,5	12,9	3,7
Rückenschmerzen	30,3			20,7 ²⁷			dreifach erhöht bei schweren Rückenschmerzen ²⁸		
Adipositas	16,7	19,3	14,5	²⁹	23,9	23,3		36,2	28,8
Diabetes	6,2	8,9	3,7	7,2 ³⁰	7,4	7	10,9	11,6	10,1
Bluthochdruck	13,3	15,6	11,2	31,6 ³¹	29,9	33,3	34,7	37,1	32,3

²⁵ Quelle: Daten des Gesundheitsamtes Bremen

²⁶ Quelle DEGS1: Busch u.a. 2013,

²⁷ Quelle GEDA 2009: RKI 2012a

²⁸ Lazta u.a. 2000

²⁹ Quelle DEGS1: Mensink u.a. 2013

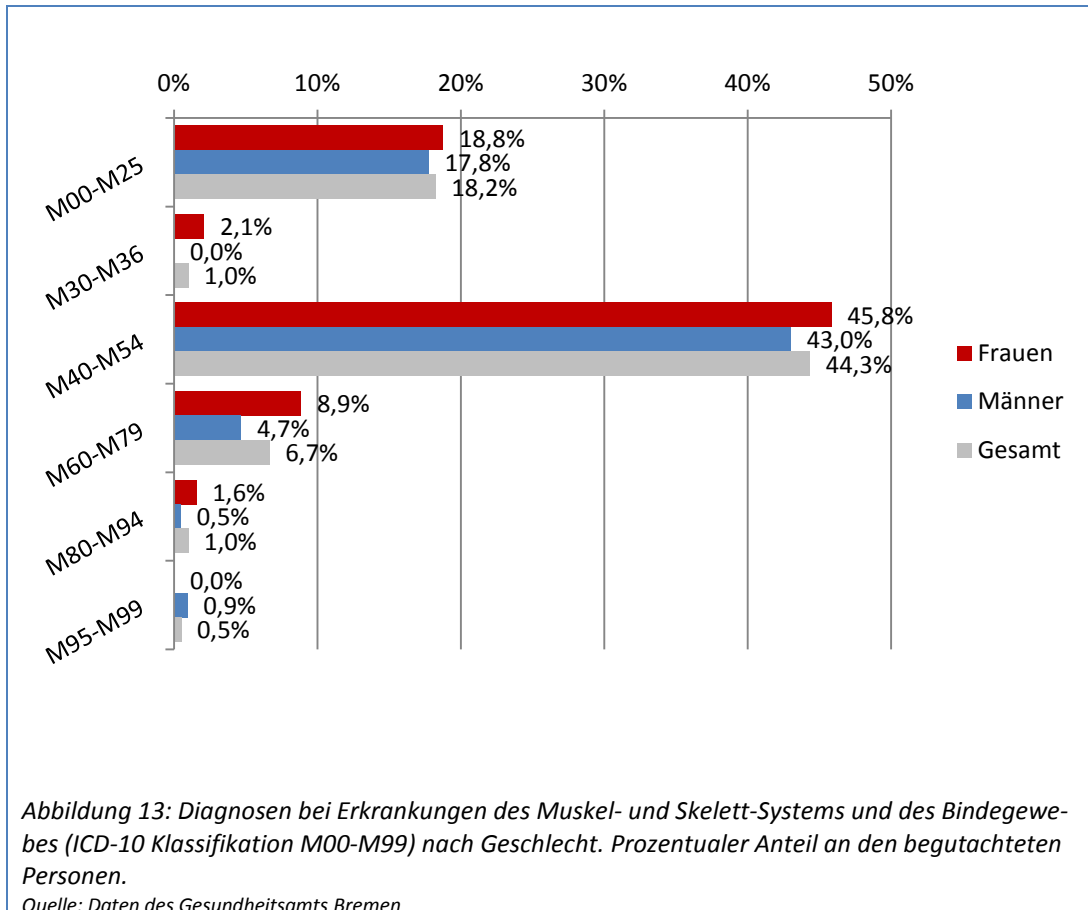
³⁰ Quelle DEGS1 : Heidmann u.a. 2013

³¹ Quelle DEGS1: Neuhauser u.a. 2013



2.4.5 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

Bei der Diagnosegruppe des Muskel- und Skelett-Systems und des Bindegewebes ist bei den Begutachteten die Differenz zwischen Frauen und Männern relativ gering (Frauen 52,1%; 47,2%) (siehe Abbildung 8 und Abbildung 14). Auffällig aber waren Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Ausländer erhielten diese Diagnosen deutlich häufiger (deutsche Staatsbürgerschaft 47,5% vs. ohne deutsche Staatsbürgerschaft 59,3%) (siehe Abbildung 9).

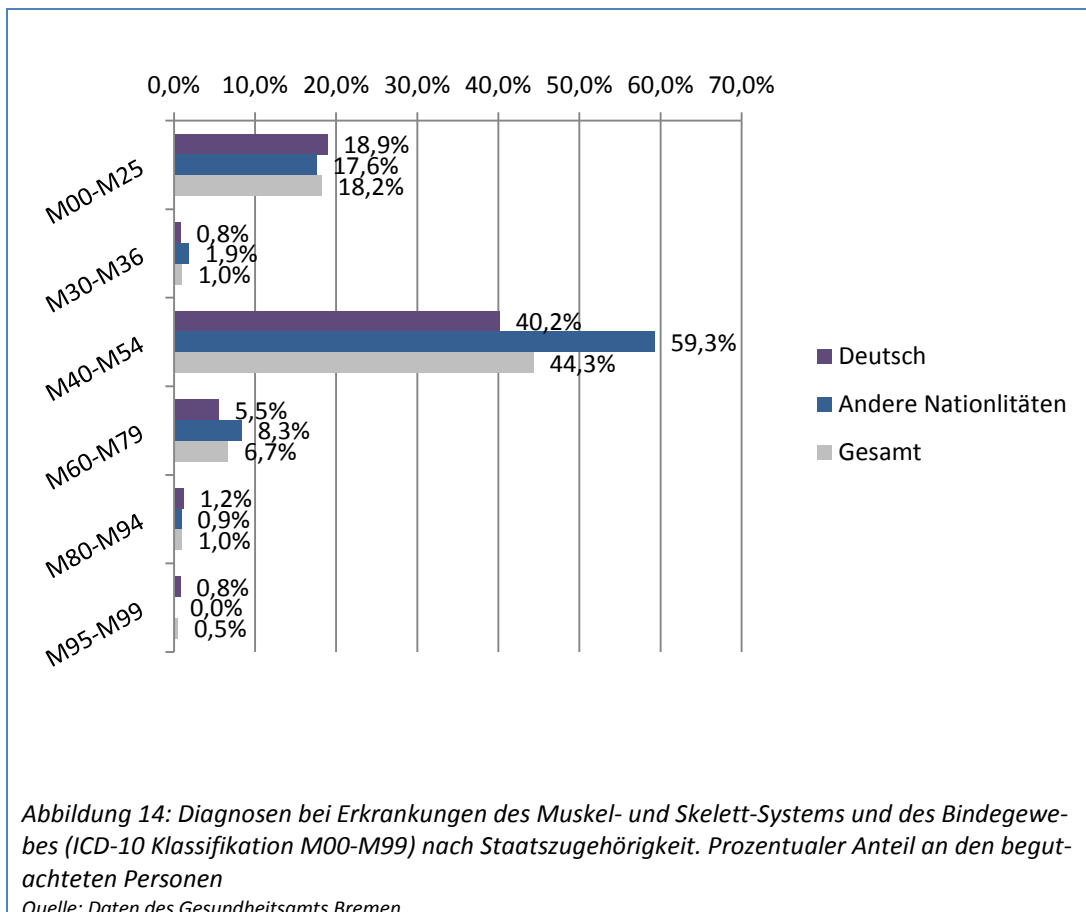


An erster Stelle der drei häufigsten Untergruppen standen hier Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen (M40-54), gefolgt von Arthropathien (M00-M25) und Weichteilerkrankungen (M60-M79) (siehe Tabelle 1). Während bei den ersten beiden Erkrankungsgruppen keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede zu sehen waren, fanden sich Krankheiten der Weichteilgewebe – Erkrankungen der Muskeln oder Sehnen – häufiger bei Frauen als bei Männern. Die Unterschiede im Zusammenhang mit der Staatsbürgerschaft gingen vor allem auf die Einzeldiagnose **Rückenschmerzen** (M54) zurück (siehe Abbildung 14), die 30,3% aller Begutachteten betraf, Frauen etwas öfter als Männer (Frauen 32,8% vs. Männer 28%). Begutachtete ohne deutsche Staatsangehörigkeit erhielten diese Diagnose fast doppelt so häufig wie deutsche Staatsangehörige (ohne deutsche Staatsangehörigkeit 45,4%; mit deutscher Staatsangehörigkeit 26%).



Die Diagnose "Rückenschmerz" ist bei Arbeitsunfähigkeitsfällen die häufigste Einzeldiagnose, allerdings mit nur insgesamt 6,9%.³² In der Bevölkerung sind chronische Rückenschmerzen ebenfalls häufige Befunde. 2009 gaben in einer Studie des Robert Koch-Instituts³³ 20,7% der Befragten an, im letzten Jahr mindestens drei Monate unter anhaltenden Rückenschmerzen gelitten zu haben, Frauen etwas häufiger als Männer und mit steigender Tendenz im Alter. Abhängig von Alter und Geschlecht schwankten die Anteile mit Rückenschmerzen in den Altersgruppen 18 bis 69 Jahre ungefähr zwischen 10% bis 40%. Mit Bezug auf eine ältere Bevölkerungsbezogene Studie³⁴ wird darauf hingewiesen, dass Personen mit einem niedrigen Sozialstatus ein deutlich höheres Risiko für Rückenschmerzen haben. Für Menschen mit Hauptschulabschluss wird das Risiko schwerer Rückenschmerzen dreimal so hoch bewertet wie für jene mit Abitur. Weitere Daten lagen hierzu nicht vor.

Die Begutachteten litten im Vergleich mit den vorliegenden Bevölkerungsdaten häufiger unter Rückenschmerzen, dies gilt vor allem für die Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Zu vermuten ist jedoch, dass sich dieser Unterschied im Verhältnis zu den niedrigen sozialen Schichten und zu den entsprechenden Altersgruppen reduziert oder sogar aufhebt.



Ursache von Rückenschmerzen können sowohl schweres Heben und Tragen sein, wie auch geringe Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz oder Stress am Arbeitsplatz. Zudem beeinflusst der Um-

³² Meyer et al. 2011

³³ Robert Koch-Institut 2012a; GEDA-Studie

³⁴ Latza et al. 2000



gang mit der Erkrankung deren weiteren Verlauf positiv oder negativ.³⁵ Die Versorgungsleitlinien Kreuzschmerz³⁶ weisen vor allem auf den positiven Effekt eigener Bewegungsaktivitäten hin, die von Menschen mit niedrigem Sozialstatus weniger wahrgenommen werden und die Menschen mit Depressionen besonders schwer fallen. Interessant ist daher ein weiterer Hinweis in diesen Versorgungsleitlinien, Rückenschmerzen treten häufig in Verbindung mit anderen Erkrankungen auf. Neben anderen Muskel- und Skelett-Krankheiten sind dies Herz-Kreislauf-Krankheiten, Depressionen und Adipositas, die sich alle – nicht selten nebeneinander – auch bei den begutachteten Personen fanden.

2.4.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90)

Krankheiten der Klassifikationsgruppe Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen betrafen bei den Begutachteten Frauen (27,1%) häufiger als Männer (18,7%) (siehe Abbildung 8). Abhängig von der Staatsangehörigkeit fanden sich dagegen keine relevanten Unterschiede (Deutsche 24,8% vs. andere Nationalitäten 24,1%) (siehe Abbildung 9).

Die häufigste Einzeldiagnose in dieser Gruppe war mit 16,7% Adipositas (E66), mit einer geschlechtsspezifischen Differenz zu Lasten von Frauen (Frauen 19,3%; Männer 14,5%). Weitere häufige Befunde waren mit 6,2% Formen von Diabetes mellitus, hier waren Frauen (8,9%) mehr als doppelt so häufiger vertreten wie Männer (3,7%).

Adipositas ist mit 17% in der Bevölkerung weit verbreitet (siehe Tabelle 1, S. 27). Der Anteil adipöser Personen steigt mit zunehmendem Alter. Personen mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger adipös als mit höherem Sozialstatus. Die aktuelle DEGS1-Studie³⁷, die auf Messung des Body Mass Index (BMI)³⁸ beruht, kommt auf 23,9% adipöse Frauen und 23,3% adipöse Männer. Innerhalb des niedrigsten Sozialstatus zeigt die Untersuchung in den Altersgruppen 30 bis 64 Jahre, die in etwa der Gruppe der begutachteten Personen entspricht, einen überdurchschnittlich hohen Anteil adipöser Frauen und Männer. Frauen in diesen Altersgruppen waren zu 32,6% bzw. 41,8% betroffen und Männer zu 28,5% bzw. 41,4%. Der geschlechtsspezifische Trend bei den Begutachteten zu Lasten der Frauen findet sich im Bevölkerungsdurchschnitt nicht eindeutig wieder. Interessant ist, dass die begutachteten Personen prozentual eindeutig weniger als der Bevölkerungsdurchschnitt von Adipositas betroffen waren, Männer noch weniger als Frauen, und dass die Differenz im Vergleich mit den niedrigen sozialen Schichten sogar noch stärker zugunsten der Begutachteten ausfällt. Dennoch ist auch bei den Begutachteten jede fünfte Frau und jeder siebte Mann adipös. Angesichts dessen, dass es sich hier um Risikofaktoren für Diabetes mellitus, für Herz-Kreislauf-Krankheiten und für bestimmte Krebsarten handelt, noch immer ein zu hoher Anteil.

Bei **Diabetes Mellitus** liegen die begutachteten Frauen im Vergleich zu den aktuellsten Daten der DEGS1³⁹ etwas über dem Bevölkerungsdurchschnitt, Männer darunter. Im Vergleich mit der niedrigsten sozialen Statusgruppe liegen beide Geschlechter darunter (siehe Tabelle 1). Diabetes mellitus ist jedoch stark altersabhängig, in den Altersgruppen unter 50 Jahren liegt die Bevölkerungsrate noch unter 5%, erst ab 60 Jahren steigt sie bis auf 22% an. Da die begutachteten Personen meist unter 60 Jahre alt waren, ist davon auszugehen, dass die Rate an Diabetes mellitus

³⁵ Robert Koch-Institut 2012a

³⁶ Bundesärztekammer u.a. 2011

³⁷ Mensink u.a. 2013

³⁸ Der Body Mass Index (BMI) berechnet sich aus kg Körpergewicht geteilt durch Meter im Quadrat ($=\text{kg}/\text{m}^2$)

³⁹ Heidemann et al. 2013



bei ihnen in etwa dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht und sich unterhalb der Rate der niedrigen sozialen Schicht bewegt. Allerdings mit einem Überhang bei Frauen, der sich im Bundestrend nicht so ausgeprägt wiederfindet. Diabetes mellitus gilt als Risikofaktor für andere Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenversagen und für eine verminderte Lebensqualität und eine verkürzte Lebenserwartung.

2.4.7 Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

Bei Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt sind bei den Begutachteten weder geschlechtsspezifischen Differenzen noch abhängig von der Staatszugehörigkeit zu erkennen (siehe Abbildung 8 und Abbildung 9). Die häufigste Einzeldiagnose Bluthochdruck (I10 Hypertonie) mit 13,3% findet sich allerdings bei Frauen etwas häufiger als bei Männern (Frauen 15,6% vs. Männer 11,2%). Chronische ischämische Herzkrankheiten (I25) und Herzinfarkte (I21), die zusammen noch 3,7% aller Begutachteten betreffen, finden sich dagegen häufiger bei Männern. Dies entspricht einem immer wieder bestätigten Trend, der sich auch in der DEGS1 wiederfindet. Koronare Herzerkrankungen treten deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen auf.⁴⁰

Bluthochdruck gilt als Risikofaktor für weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Daten zum Bluthochdruck aus der DEGS1 weisen unter standardisierten Bedingungen nach, dass jede dritte Frau und jeder dritte Mann im Alter zwischen 18 bis 79 Jahren Bluthochdruck hat. Erfasst wurden hier sowohl gemessener wie behandelter Bluthochdruck (siehe Tabelle 1, S. 27).⁴¹ Während die jüngeren Altersgruppen hiervon nur wenig betroffen sind, steigt der Anteil abhängig vom Alter. Ein Zusammenhang mit dem Sozialstatus ist nur für Frauen erkennbar, nicht jedoch für Männer. In den niedrigen Statusgruppen und in den Altersgruppen von 30 bis 59 Jahren steigt der Anteil mit Bluthochdruck bei Frauen von 5,1% auf 44,1% und bei Männern von 14,2% auf 36%. Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus sind vor allem in der Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren häufiger von Bluthochdruck betroffen als Männer.

Da Hypertonie ganz offensichtlich auch in der Gesamtbevölkerung eine häufige Erkrankung ist, sind die begutachteten Personen hiervon nicht überdurchschnittlich, sondern eher unterdurchschnittlich betroffen, Frauen – ähnlich wie bei den niedrigen Statusgruppen – etwas häufiger als Männer. Die Erfassungsmethode des Blutdrucks bei den Begutachteten entsprach der in der DEGS1, sodass die Daten vergleichbar sind.

2.4.8 Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

Bei jedem 10. Begutachteten (10,1%) wurden Krankheiten des Atmungssystems diagnostiziert. Männer sind mit 11,7% häufiger als Frauen mit 8,3 % betroffen (siehe Abbildung 8). Deutliche Unterschiede bestehen bei der Staatsangehörigkeit zu Lasten deutscher Staatsangehöriger (siehe Abbildung 9). Deutsche Staatsangehörige (12,6%) haben mehr als doppelt so häufig Atemwegserkrankungen wie andere Staatsangehörige (5,6%). Die Hauptdiagnosen entfallen hier auf chronische Atemwegserkrankungen wie obstruktive Lungenkrankheiten (J44, 3,7%) und Asthma bronchiale (J45, 3,9%). Eine Zuordnung dieser Einzeldiagnosen zu Geschlecht oder Staatsangehörigkeit war angesichts der relativ kleinen absoluten Zahlen nicht mehr angemessen.

⁴⁰ Gößwald u.a. 2013

⁴¹ Neuhauser u.a. 2013



Asthma bronchiale ist mit 5% auch innerhalb der Bevölkerung nicht selten⁴² und unter den begutachteten Personen geringfügig seltener. Daten zur Verbreitung obstruktiver Lungenerkrankungen lagen für Deutschland nicht vor.

Negative Folgen des Rauchens – Personen mit einem niedrigen Sozialstatus rauchen mehr⁴³ – sowie berufliche Belastungen der Atemwege, denen gering qualifizierte Beschäftigte eher ausgesetzt sind, können Ursachen für diese Erkrankungen sein. Die Gründe für die unterschiedliche Belastung abhängig von der Staatszugehörigkeit bleiben mit dieser Erklärung allerdings offen.

2.4.9 Zusammenfassung

Die Krankheitslast der begutachteten Personen ist mit 2,8 Diagnosen pro Person relativ hoch, bei Frauen mit durchschnittlich 3,1 höher als bei Männern mit 2,6. Auch wenn es sich bei den dokumentierten Diagnosen nicht immer um schwerwiegende Erkrankungen handelt, wie beispielsweise Bluthochdruck, Adipositas oder Rückenschmerzen, sind mit ihnen Risiken für die Entwicklung weiterer Erkrankungen verbunden. Der Vergleich mit den Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung bei Frühverrentungen mit einem nahezu identischen Diagnosespektrum – mit Ausnahme von Krebserkrankungen – lässt zudem den Rückschluss auf ein hohes Risikopotential für Frühverrentungen zu.

Am deutlichsten von allen bevölkerungsbezogenen Vergleichsdaten – die jeweiligen Einschränkungen solcher Vergleiche bereits berücksichtigt – heben sich die psychischen Erkrankungen insgesamt bei den Begutachteten und die Einzeldiagnose Depression ab. Psychische Erkrankungen stehen auch an erster Stelle aller Gründe für Frühverrentungen, sie müssen also als ein besonderer Risikofaktor für Frühverrentungen gesehen werden. Psychische Erkrankungen finden sich bei den Begutachteten deutlich häufiger und tendenziell bei Frauen häufiger als bei Männern. Eine Ausnahme bilden Suchterkrankungen, die bei Männern mehr als doppelt so häufig zu finden sind wie bei Frauen.

Depressionen treten bei den begutachteten Personen über dreimal so häufig auf wie in der niedrigsten Statusschicht der Bevölkerung, bei denen der Anteil Depressiver bereits etwas über der Gesamtbevölkerung liegt. Obwohl Frauen diese Diagnose deutlich häufiger als Männer erhalten, ist die Rate depressiver Männer bei den Begutachteten alarmierend hoch, sie liegt sechsfach über der der Männer aus der niedrigsten Bevölkerungsschicht. Depressionen erschweren die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Motivation eine solche aufzunehmen. Depressionen können sich außerdem – wie die GEDA-Studie bestätigt – auf das weitere Gesundheitsverhalten negativ auswirken, und somit ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Erkrankungen sein. Nicht zuletzt sind Depressionen mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.

Frauen sind auch bei den Diagnosegruppen der Muskel- und Skelett-Erkrankungen und den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen stärker als Männer betroffen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist das Geschlechterverhältnis nahezu gleich, allerdings mit unterschiedlichen Gewichtungen. Bei Frauen ist Bluthochdruck etwas häufiger als bei Männern zu finden, bei Männern dagegen häufiger chronisch ischämische Herzkrankheiten und Herzinfarkte. Bei den Atemwegserkrankungen kehrt sich das Verhältnis der Geschlechter vollständig um, hier sind Männer stärker betroffen als Frauen.

⁴² RKI 2012b; Angabe: Auftreten von Asthma bronchiale innerhalb der letzten 12 Monate

⁴³ Lampert u.a. 2013



Unterschiede abhängig von der Staatszugehörigkeit finden sich bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen und bei Atemwegserkrankungen. Bei ersteren zu Lasten der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei letzteren zu Lasten der Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Die Unterschiede bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind vorwiegend auf die Diagnose Rückenschmerzen zurückzuführen, die bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit fast doppelt so häufig zu finden sind wie bei deutschen Staatsangehörigen. Überzeugende Erklärungen für die Unterschiede bei diesen beiden Krankheitsgruppen fehlen.

Im Zusammenhang mit den Mehrfachdiagnosen der Begutachteten, ist ein Hinweis aus den Versorgungsleitlinien Kreuzschmerz interessant. Dort wird darauf hingewiesen, dass Rückenschmerzen häufig in Verbindung mit weiteren Erkrankungen wie andere Muskel- und Skelett-Krankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Adipositas oder Depressionen auftreten. All diese Erkrankungen finden sich auch bei den Begutachteten häufig und nicht selten in Kombination. Außerdem weisen die Leitlinien insbesondere auf die Wirksamkeit von Bewegung zur erfolgreichen Reduzierung von Rückenschmerzen hin.

Interessant sind auch die wenigen bevölkerungsbezogenen Vergleiche mit Einzeldiagnosen, die sehr unterschiedliche Ausprägungen zwischen der Bevölkerung und den begutachteten Personen zeigen. Während sich die Begutachteten bei Diabetes mellitus und Rückenschmerzen auf einem ähnlichen Niveau wie die Bevölkerung bewegen, ist ihre Krankheitslast bei Depressionen sehr hoch, bei Adipositas und Bluthochdruck dagegen vergleichsweise niedrig. Ergebnisse bezogen auf soziale Schichten – soweit vorhanden – lassen sich nicht immer direkt auf die Frauen oder Männer im Gutachtenverfahren übertragen.

Sowohl Depressionen wie Rückenschmerzen, die beide zu den häufigsten Einzeldiagnosen gehören, sind über gesundheitsförderliches Verhalten positiv beeinflussbar. Dies gilt auch für die Vielzahl anderer gesundheitlicher Risiken wie Adipositas, Diabetes mellitus, Bluthochdruck usw., die bei den Begutachteten häufig in Kombination auftreten und die wiederum Risikofaktoren für weitere Erkrankungen darstellen.

2.5 Einschätzungen und Empfehlungen

Auftrag der Gutachten ist die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit einzuschätzen. Hier wird unterschieden zwischen "keinen" oder "keinen erheblichen Einschränkungen" und "erheblichen Einschränkungen" bzw. "Leistungsvermögen aufgehoben". Bei erheblichen Einschränkungen und bei aufgehobenem Leistungsvermögen wird – sofern dies möglich ist – die Dauer der Einschränkung prognostiziert. Hält diese weniger als sechs Monate oder länger als sechs Monate an. Handelt es sich um eine dauerhafte oder eine erhebliche Einschränkung im Sinne einer vollen Erwerbsminderung, wird ein Votum dazu zusätzlich abgegeben.



2.5.1 Einschätzung der allgemeine Leistungsfähigkeit

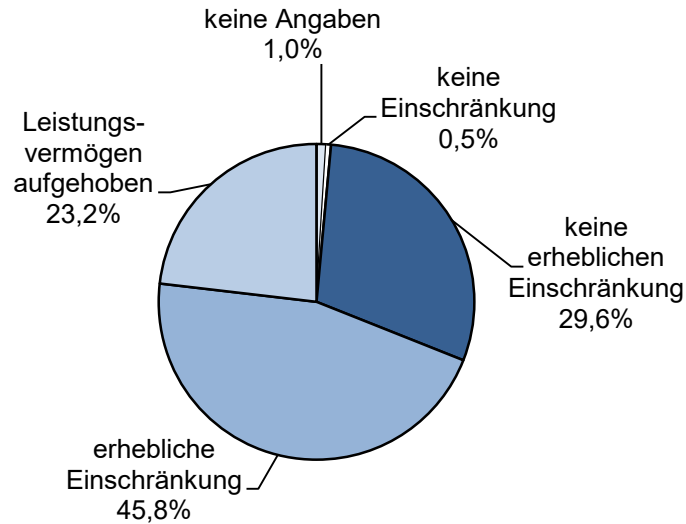


Abbildung 15: Einschätzung zur Leistungsfähigkeit unabhängig von der zu erwartenden Dauer
Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Gut zwei Drittel der begutachteten Personen waren in ihrer Leistungsfähigkeit – unabhängig von einer Prognose zur Dauer dieser Einschränkung – erheblich eingeschränkt oder ihr Leistungsvermögen war völlig aufgehoben (siehe Abbildung 15). Bei knapp einem Drittel konnten keine erheblichen Einschränkungen festgestellt werden. Signifikante Unterschiede waren weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen Deutschen und anderen Staatsangehörigen festzustellen.

2.5.2 Prognosen

Eine Einschätzung zur Dauer der Leistungsminderung wurde bei erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen oder bei aufgehobenem Leistungsvermögen abgegeben. Dies traf auf 69% der Begutachteten (280 Personen) zu. Für mehr als der Hälfte (57,9%) aller Begutachteten wurde prognostiziert, dass die gesundheitlichen Einschränkungen des Leistungsvermögens über 6 Monate hinausgehen. Bei weiteren 8,9% wurde angenommen, dass die gesundheitlichen Einschränkungen innerhalb von 6 Monaten aufgehoben sein können. Signifikante Unterschiede fanden sich bei diesen Prognosen nicht.

2.5.3 Einstufung zur Erwerbsminderung

Eine volle Erwerbsminderung nach SGB II bzw. SGB VI im Sinne einer dauerhaften oder erheblich Leistungsminderung wurde letztendlich nur bei 7,4% aller Begutachteten diagnostiziert. Auch hier finden sich keine signifikanten Unterschiede.



2.5.4 *Empfohlene Maßnahmen*

Gut zwei Drittel aller Begutachteten (69,2%) erhielten über das Gutachten hinaus Empfehlungen für Maßnahmen im medizinischen Bereich und ein Fünftel (20,4%) Empfehlungen für soziale Maßnahmen oder Beratungen. Im medizinischen Bereich wurden Empfehlungen für ambulante oder stationäre Therapien – auch Psychotherapien oder psychiatrische Behandlung – sowie für Rehabilitationsmaßnahmen oder weitere fachärztliche Abklärung/Versorgung ausgesprochen, nicht selten auch Empfehlung zur Gewichtsreduktion oder zur Raucherentwöhnung. Im sozialen Bereich wurden Maßnahmen oder Beratungen gemäß §16 SGB II zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt empfohlen, hier vorrangig Beratung, Vermittlung und Leistungen zur beruflichen Aus- und Weiterbildung aber auch Suchtberatung. Darüber hinaus erhielten einige Personen Empfehlungen zur Beantragung einer beruflichen Rehabilitation nach SGB IX oder SGB XII. In Einzelfällen wurde auch empfohlen, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen oder den Grad der Behinderung neu feststellen zu lassen. Außerdem wurden alltagspraktische Aktivitäten wie Teilnahme an Deutschkursen, an sportlichen Aktivitäten oder Ernährungsberatung empfohlen. Auch hier konnten weder zwischen den Geschlechtern und noch abhängig von der Staatszugehörigkeit signifikante Unterschiede festgestellt werden.

2.5.5 *Nachuntersuchungen*

Nachuntersuchungen in einem gewissen Zeitabstand zum Gutachten wurde von den Gutachtern bei 9,4% der begutachteten Personen nach erfolgter Rehabilitation bzw. Therapie und bei 21,7% der begutachteten Personen nach Ablauf von 6 oder 12 Monaten vorgeschlagen. Auch hier waren keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

2.5.6 *Einschätzung zur medizinischen Begründung der Gutachten*

In der abschließenden Bewertung (siehe Abbildung 16) schätzten die Gutachter mehr als zwei Drittel der Gutachtaufträge als medizinisch begründet, weitere 13,5% als zumindest teilweise medizinisch begründet ein. Jeder sechste Gutachtauftrag wurde eindeutig als nicht medizinisch begründet bewertet.

Interessanterweise wurde bei Gutachtaufträgen für deutsche Staatsangehörige signifikant häufiger als für ausländische eine klare medizinische Indikation gesehen (siehe Abbildung 17). Gutachten bei anderen Nationalitäten wurden 1,7-fach häufiger als nicht medizinisch begründet eingeschätzt.

Die Einschätzung zur medizinischen Begründung ist identisch mit der Bewertung der Leistungsfähigkeit der Begutachteten. Dort wo die Leistungsfähigkeit als ganz aufgehoben oder als erheblich eingeschränkt eingeschätzt wurde, fällt auch die Bewertung zur medizinischen Begründung positiv aus. Bei der Bewertung "keine erheblichen Einschränkungen" teilt sich die Einschätzung zur medizinischen Begründung in "teils begründet" und in "nicht begründet" (siehe Abbildung 15 und Abbildung 16). Diese Verknüpfung ist interessant, aber gleichzeitig wenig verwunderlich und in sich schlüssig.

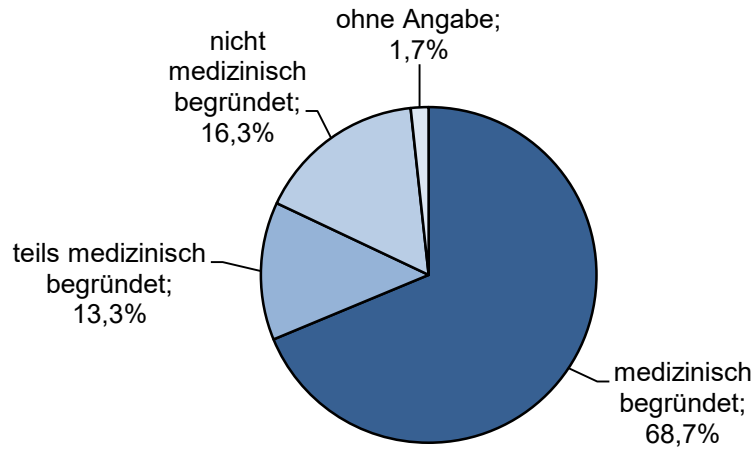


Abbildung 16: Einschätzung der Gutachter zur medizinischen Begründung der Gutachtenaufträge
Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

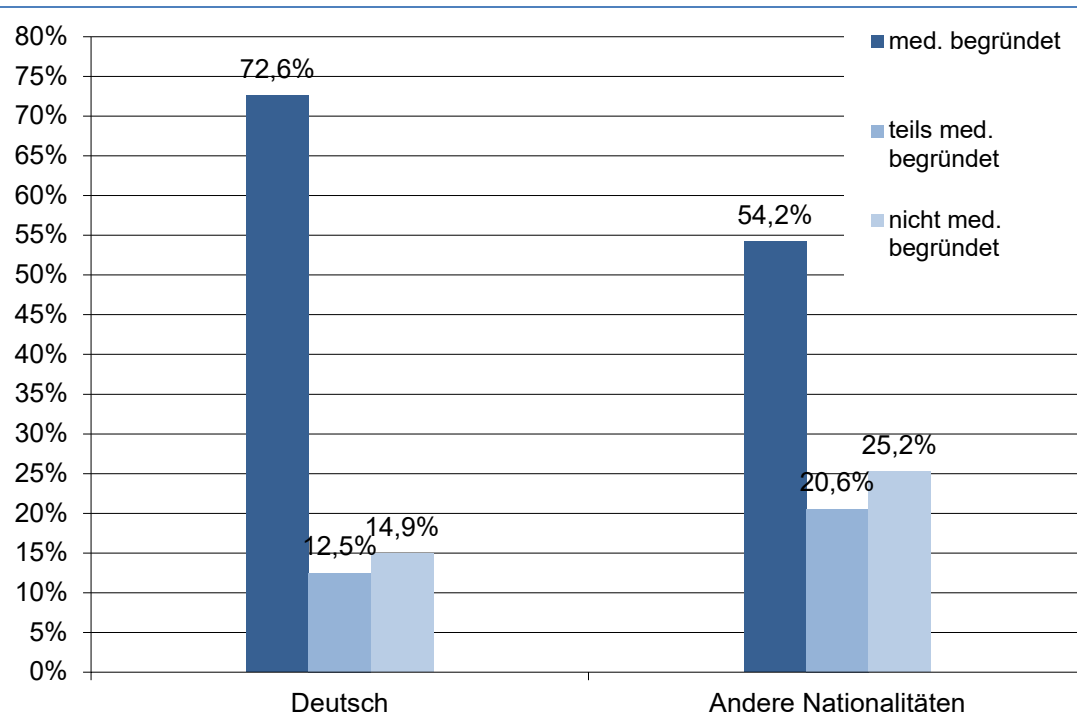


Abbildung 17: Einschätzung der Gutachter zur medizinischen Begründung der Gutachtenaufträge;
Verteilung nach deutschen und anderen Staatsangehörigen
Quelle: Daten des Gesundheitsamtes



2.5.7 Zusammenfassung

Die Einschätzungen der Gutachter zur Leistungsfähigkeit und ihre Prognosen zur Wiederherstellung bestätigen – nach der analytischen Betrachtung der Diagnosen im Vergleich mit Bevölkerungsdaten – eine besondere gesundheitliche Belastung der Mehrheit der begutachteten Personen, auch wenn eine dauerhafte Erwerbsminderung nur in weniger als 10% der Fälle festgestellt wurde. Für mehr als zwei Drittel wurde die medizinische Begründung eindeutig bejaht und für mehr als die Hälfte der begutachteten Personen wurden gesundheitliche Einschränkungen über ein halbes Jahr hinausgehend prognostiziert.

Diese Einschätzungen sprechen für eine überwiegend gerechtfertigte Gutachtenanforderung durch die Jobcenter, zumal die Fallmanager keine medizinische Vorbildung haben. Auffällig ist allerdings, dass bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit signifikant häufiger ein medizinischer Hintergrund vermisst wird und in dieser Gruppe signifikant häufiger Folgegutachten in Auftrag gegeben werden (siehe Abschnitt 2.3.1).

Der große Anteil an Empfehlungen für die begutachteten Personen im medizinischen Bereich und auch im sozialen, spricht einerseits für ein hohes Engagement der Gutachter im Sinne der Begutachteten, die über die rein medizinische Sicht hinaus geht, und andererseits dafür, dass seitens der Gutachter durchaus Möglichkeiten der Verbesserung oder Rehabilitation der gesundheitlichen bzw. der sozialen Lage gesehen werden. Umso bedauerlicher erscheint es, dass – wie aus Folgegutachten zu ersehen war – weniger als die Hälfte solcher Empfehlungen umgesetzt wurden. Hier könnten sich, sofern dies seitens der Jobcenter gewünscht wird, eine bessere Verzahnung von Empfehlungen der Gutachter und deren Umsetzung durch die Begutachteten gemeinsam mit den Fallmanagern in den Jobcentern, gesundheitliche und soziale Potentiale eröffnen, die bislang noch nicht genutzt wurden.



3 Fazit und Handlungsperspektiven

Die Ausgangsfrage der Gutachterinnen und Gutachter, ob die Gutachten im Rahmen des SGBII zur Leistungsminderung oder Aufhebung der Leistungsfähigkeit medizinisch begründet sind, beantworteten sie selbst für die Mehrheit der Fälle mit einem eindeutigen ja. Über vier Fünftel der Gutachten wurde eine medizinische oder zumindest teilweise medizinische Begründung bestätigt, allerdings wurde diese für 16% dieser ausdrücklich verneint.

Die Vielzahl der Diagnosen, häufige Mehrfachdiagnosen sowie eine hohe Rate langdauernder gesundheitlicher Einschränkungen spricht für eine überwiegend medizinisch gerechtfertigte Gutachtenanforderung durch die Jobcenter. Allerdings wird bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ein medizinischer Hintergrund signifikant häufiger vermisst, und bei ihnen werden signifikant häufiger Folgegutachten angefordert. Möglicherweise erschwert eine mangelhafte Kommunikationsfähigkeit, sprachlich und kulturell, die Verständigung zwischen Leistungsempfängern und Mitarbeitern in den Jobcentern, sodass eine Klärung unterbleibt, ob eher soziale und/oder gesundheitliche Probleme zu Einschränkungen der Leistungsfähigkeit führen. Denkbar ist aber auch, dass eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit dazu führt, gesundheitliche Beschwerden für ein Gutachten nicht ausreichend kommunizieren und belegen zu können. Der Einsatz von Dolmetschern oder kulturerefahrenen Sprachmittlern in den Jobcentern könnte zur Klärung der Problemlagen beitragen, bei der Entwicklung potentieller Lösungen helfen und Gutachtenaufträge reduzieren.

Neben den medizinischen Begründungen für die Gutachten wurden vielfältige soziale Belastungen der begutachteten Personen sichtbar. Die überwiegend schlechte Schulbildung und die noch schlechtere berufliche Qualifikation, die sich bei Ausländern noch häufiger als bei Deutschen findet, schränken ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt bereits ein. In Kombination mit den hier nur ansatzweise beschriebenen individuellen Einschränkungen und mit einer labilen bis schlechten körperlichen und psychischen Gesundheit vermindern sich ihre Chancen weiter. Die hohe Rate psychischer Erkrankungen, von denen die Depression nur eine ist, ist sicher nicht immer Ursache, sondern häufig Folge dieser Lebenssituation.

Unter diesen Gesichtspunkten muss die Fragestellung der Gutachter nach der medizinischen Begründung noch einmal neu fokussiert werden. Ihr Unbehagen bezogen auf die medizinische Begründung der Gutachten wird nachvollziehbar. Sie werden neben gesundheitlichen Problemen mit der sozialen Lage der begutachteten Personen konfrontiert, müssen sich in ihrer Beurteilung jedoch auf medizinische Aspekte reduzieren. Auf dahinterliegende soziale Aspekte haben sie, außer über Empfehlungen zu weitergehenden Beratungen im Rahmen des § 16 (2) SGB II, kaum Einfluss. Das heißt für sie wird das Spannungsfeld gesundheitlicher und sozialer Lage, in dem sich die begutachteten Personen bewegen, spürbar, ohne dass Lösungen daraus folgen können. Wie auch aus den Folgegutachten zu ersehen war, wurde insgesamt nur die Hälfte aller Empfehlungen umgesetzt. Ein lösungsorientierter Ausweg aus diesem Spannungsfeld wäre nur möglich, wenn zusätzlich Raum geschaffen würde, der es erlaubt, soziale Aspekte der Leistungsminderung zu berücksichtigen. Ob ein solcher Raum seitens der Gutachter und der Jobcenter gewünscht wird und wie weit die gesetzlichen Rahmenbedingungen hier Spielräume bieten, müsste gemeinsam erörtert werden.

In Anbetracht der hohen Krankheitslast der begutachteten Personen, die mit weiteren gesundheitlichen Risikofaktoren verbunden ist, und angesichts ihrer prekären sozialen Lage, ist es bemerkenswert, dass dennoch im Vergleich zur Bevölkerung gesundheitliche Ressourcen zu sehen waren wie bei Adipositas und Bluthochdruck. Insgesamt betrachtet, liegt der Schluss nahe, dass



gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen weitere Chronifizierungen verhindern oder sogar Verbesserungen erreichen können. Die gesamte Gruppe Langzeitarbeitsloser einzubinden, wäre erfolgversprechender, da weniger stigmatisierend und stärker präventiv orientiert, als wenn nur einzelne bereits stark gesundheitlich belastete Personen angesprochen werden würden. Die Beteiligung an gesundheitsfördernden Angeboten kann sich – wie die GEDA-Studie des RKI bestätigt – sowohl positiv auf die körperliche wie auf die seelische Gesundheit auswirken.

Die Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der begutachteten Personen könnten zukünftig strategisch zielgerichtet dafür genutzt werden, diese für eine Beteiligung an nachhaltigen gesundheitsfördernden Maßnahmen zu motivieren, anstatt wie bisher überwiegend einen nicht mehr umkehrbaren Prozess zu konstatieren. Den begutachteten Personen andere Alternativen zu bieten als das Warten auf die (Früh-)Verrentung, wäre volkswirtschaftlich sinnvoll und im Interesse vieler Betroffenen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass nicht davon auszugehen ist, dass der freie Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit geeignete Arbeitsplätze für diese leistungsgeminderte Personengruppe schafft. Wünschenswert wären allerdings auch mehr staatlich geförderte Arbeitsplätze für die aus verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Gründen eingeschränkten Personen. Mit einem Arbeitsplatz kann gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung verbunden sein, die wiederum gesundheitsfördernd wirken.

Bekannt ist, dass gerade die unteren sozialen Schichten bisher eher schlecht über gesundheitsfördernde Maßnahmen erreicht werden. Daher dürfte es besonders wichtig sein, bei der Gestaltung solcher Maßnahmen einige wesentliche Prinzipien der Gesundheitsförderung⁴⁴ zu berücksichtigen.

- Die Maßnahmen sollten auf die Zielgruppen ausgerichtet sein.
- Sie sollten nicht diskriminierend sein.
- Sie sollten den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen.
- Die Zielgruppen sollten sich an der Entwicklung der Angebote beteiligen.
- Sie sollten für die Zielgruppen gut erreichbar und bezahlbar (niedrigschwellig) sein.
- Sie sollten die Zielgruppen zur Selbsttätigkeit und zur Selbstbestimmtheit anregen.

Konkret kann dies in diesem Zusammenhang heißen, Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen anzusprechen. Beispielsweise zeigten sich Frauen bei den Begutachteten neben den gesundheitlichen Einschränkungen stärker durch ihre familiäre Situation belastet. Dies wirkte sich negativ auf die Möglichkeit des Spracherwerbs aus. Deutschkurse für Frauen mit Kinderbetreuung könnten sich daher als gesundheitsfördernd erweisen, da Sprache den Zugang zum Arbeitsmarkt erweitert und auch zu anderen lebenswichtigen Bereichen. Personen mit Rückenschmerzen könnten wiederum Rückenschulungen angeboten werden usw.

Generell sind gesundheitsfördernde Maßnahmen, die direkt an den Bedürfnissen der Zielgruppen anknüpfen, besonders erfolgreich. Als gesundheitsfördernd können hier auch Maßnahmen begriffen werden, die nicht direkt auf die Verbesserung der Gesundheit zielen wie dies bei Sprachkursen beispielsweise der Fall ist. Beteiligung – gerade auch am Entwicklungsprozess von Maßnahmen – fördert die Eigeninitiative und die Selbstbestimmung. Menschen, die erfahren, dass ihre Bedürfnisse ernstgenommen werden, fühlen sich respektiert und sehen Chancen für sich selbst einzustehen. Häufig ist dies ein längerer Prozess der sich im gegenseitigen Vertrauen zwi-

⁴⁴ Vgl. Good Practice Kriterien, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.



schen Anbietern und Zielgruppe entwickelt. Zeitlich eng befristete Maßnahmen eignen sich hierfür weniger als langfristig angelegte.

Wer, wie, wo und unter welchen Voraussetzungen solche über die Gutachten hinausgehende gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Leistungsempfänger im SGB II entwickeln kann, ist eine wichtige Fragestellung, die vom Gesundheitsamt, den Jobcentern und möglicherweise dem medizinischen Dienst der Arbeitsagenturen gemeinsam zu beantworten ist. Angesichts der hohen Krankheitslast insbesondere im psychischen Bereich und der weiteren gesundheitlichen Risiken dieser Personengruppe, wäre eine Reduzierung der gesundheitlichen Belastungen eine wichtige und sinnvolle Aufgabe. Eine Reduzierung von Krankheitskosten und die Verhinderung von Frühverrentungen, aber auch durch die Befähigung von Menschen am sozialen Leben wieder produktiv teilnehmen zu können, hätten positive volkswirtschaftliche Effekte.



4 Literatur

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2012). Zahlen und Fakten 2012.

http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2012_web_final.pdf [15.04.2013]

Barmer GEK (Hg.) (2012). Gesundheitsreport 2012 Bremen. Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. Wuppertal.

http://arbeitsgeber.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Arbeitgeberportal/Gesundheit_20im_20Unternehmen/Gesundheitsreport/Bundesl_C3_A4nderreports/Gesundheitsreports-2012-PDF/Bremen,property=Data.pdf [15.04.2013]

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2012). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Zeitreihe zu Strukturwerten SGB II nach Ländern. Nürnberg, Dezember 2012.

<http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Ueberblick/Ueberblick-Nav.html> [08.04.2013]

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2013). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarkt in Zahlen - Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Zeitreihe zu Strukturen der Eckwerte und Geldleistungen nach dem SGB II. Nürnberg.

<http://statistik.arbeitsagentur.de> Register: "Statistik nach Themen", Menüpunkt: Grundsicherung für Arbeitsuchende <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Ueberblick/Ueberblick-Nav.html> [17.06.2013]

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (2011). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung Version 1.2.2011

http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf [Stand 22.07.2013]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/> [31.07.2013]

Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011). Robert Koch-Institut (Hrsg.). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. GBE Kompakt. 2 (7)

www.rki.de/gbe-kompakt [07.11.2011]

Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733-739.

DAK (Hrsg.) (2013). DAK Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank?

http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf [22.04.2013]

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013) Statistik des Rentenzugangs. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung.

<http://www.gbe-bund.de/gbe10/i/?i=851D> [Stand 21.05.2013]



Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E, Busch MA. (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40- 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 650-655.

Heidemann C, Du Y, Schubert I, Rathmann W, Scheidt-Nave C. (2013). Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 668-677.

Lampert T, von der Lippe E, Müters S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 802-808.

Latzka U, Kohlmann T, Deck R et al. (2000). Influence of Occupational Factors on the Relation Between Socioeconomic Status and Self-Reported Back Pain in a Population-Based Sample of German Adults With Back Pain. Spine 25, 11: 1390-1397.

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 786-794.

Meyer M, Stallauke M, Weirauch H (2011). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010. Badura et. al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011, Schwerpunktthema: Führung und Gesundheit. Berlin. S. 242-268

Neuhauser H, Thamm M, Ellert U. (2013). Blutdruck in Deutschland 2008-2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 795-801.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012a). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53: Rückenschmerzen. Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012b) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013).
www.regionalstatistik.de/genesis/online [14.01.2013]

Statistisches Bundesamt (2013). Mikrozensus - Fragen zur Erwerbstätigkeit, Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen. Zweigstelle Bonn.
<http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=845D> [10.04.2013]

Statistisches Bundesamt (2013b). Statistik der schwerbehinderten Menschen 2011. Kurzbericht. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101119004.pdf?__blob=publicationFile [13.05.2013]

Statistisches Bundesamt (2013c). Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit 2011.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstand.html> [13.05.2013]



5 Fragebogen

Auswertungsbogen für Untersuchungen nach § 8 SGB II (2011/2012)

Bitte die Kästchen mit ausfüllen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennziffer	Handzeichen Gutachterin/ Gutachter:	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------	--	--------------------------

Eingangsdatum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Untersuchungsdatum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Jobcenter Ost 1	2 <input type="checkbox"/> Jobcenter Ost 2
---	--	---	---

Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geschlecht 1 <input type="checkbox"/> w 2 <input type="checkbox"/> m	Nationalität Deutsch: 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> nicht bekannt	Migrationshintergrund 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> nicht bekannt
---	---	--	--

Verständigung auf Deutsch möglich ?	1 <input type="checkbox"/> ja	2 <input type="checkbox"/> mit Aufwand	3 <input type="checkbox"/> nein (nur mit Begleitung)
--	-------------------------------	--	--

höchster erreichter Bildungsabschluss:	
1 <input type="checkbox"/> kein Schulbesuch, kein Hauptschulabschluss oder Sonderschulbesuch	4 <input type="checkbox"/> Abitur/ andere Hochschulberechtigung (o.ä.)
2 <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (o.ä. Ausland)	5 <input type="checkbox"/> Bildungsabschluss unbekannt
3 <input type="checkbox"/> Realschule, Berufl. Schule (o.ä.)	

Berufsausbildung (jeweils abgeschlossen):	
1 <input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung	4 <input type="checkbox"/> nicht anerkannt in D
2 <input type="checkbox"/> Ausbildung (Lehre)/ Fachschule	5 <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
3 <input type="checkbox"/> Universität / Hochschule	

zusätzliche Fragestellung im Auftrag? (wenn ja, bitte angeben):
.....

1 <input type="checkbox"/> Erstgutachten 2 <input type="checkbox"/> Folgegutachten	(letztes) Gutachten von wem initiiert? 1 <input type="checkbox"/> Jobcenter 2 <input type="checkbox"/> GA	wieviertes Folgegutachten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		letztes Gutachten wann <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Liegen Entscheidungsrelevante Befunde bei der Untersuchung vor?	
1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche (die zwei Wichtigsten)? 1 <input type="checkbox"/> Hausarzt 2 <input type="checkbox"/> Facharzt 3 <input type="checkbox"/> Bericht einer Klinik (auch Reha)

**Wesentliche Hintergrundinformationen im Gutachtauftrag?**1 nein 2 ja**Behinderung**1 ja 2 nein 3 nicht bekannt1 Patient schwerbehindert/ mit GdB. 2 sonstiger GdB.**Bei Folgegutachten: Gab es Empfehlungen im Vorgutachten?**1 nein 2 ja**Wurden die Empfehlungen aus dem Vorgutachten umgesetzt?**1 nein 2 ja 1 ja, medizinisch begründete 2 ja, andere**Gutachtentyp**

1 <input type="checkbox"/> Untersuchung/ Exploration	2 <input type="checkbox"/> Untersuchung/ Exploration primär in Behandlungszentrum	
3 <input type="checkbox"/> Untersuchung durch Orthop.(symptombez. Unters.)	4 <input type="checkbox"/> nach Aktenlage	5 <input type="checkbox"/> kein Gutachten möglich

Zusatzbegutachtung durchgeführt?1 nein 2 ja

1 <input type="checkbox"/> Orthopädie	2 <input type="checkbox"/> Psychiatrie	3 <input type="checkbox"/> Psychosomatik	4 <input type="checkbox"/> anderes Fachgebiet (welches?)
---------------------------------------	--	--	--

Diagnosen des Fachgutachters**ICD-10**

<input type="checkbox"/> keine
□□□.□
□□□.□

Diagnosen des amtsärztlichen Gutachtens (die wichtigsten, entscheidungsrelevanten Diagnosen)**ICD-10**

<input type="checkbox"/> keine
□□□.□
□□□.□
□□□.□
□□□.□



Sonstige Feststellungen bezogen auf die psychosozialen Fähigkeiten	
0 <input type="checkbox"/> keine	1 <input type="checkbox"/> Hinweise auf Minderbegabung/ Intelligenzminderung
2 <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige Angehörige	3 <input type="checkbox"/> Behindertes Kind/ behinderte nahe Angehörige
4 <input type="checkbox"/> Alleinerziehend	5 <input type="checkbox"/> sonstige Einschränkungen durch das familiäre Umfeld
6 <input type="checkbox"/> andere Einschränkungen (welche?)

Leistungsfähigkeit allgemein			
1 <input type="checkbox"/> keine Einschränkungen	2 <input type="checkbox"/> keine erheblichen oder nur mäßige Einschränkungen	3 <input type="checkbox"/> erhebliche Einschränkungen	4 <input type="checkbox"/> Leistungsvermögen aufgehoben

Prognose (zeitlich)	
1 <input type="checkbox"/> Leistungsvermögen aufgehoben oder erheblich eingeschränkt (über 6 Mon.)	2 <input type="checkbox"/> Leistungsvermögen aufgehoben oder erheblich eingeschränkt (unter 6 Mon.)
3 <input type="checkbox"/> keine Prognose möglich	

Dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer vollen Erwerbsminderung nach SGB II bzw. SGB VI ?		
1 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> ja	3 <input type="checkbox"/> Aktuell behandlungsbedürftig krank ("AU")

Maßnahmen empfohlen	
1 <input type="checkbox"/> medizinische	welche
2 <input type="checkbox"/> sonstige	welche

Nachuntersuchung	
1 <input type="checkbox"/> nicht sinnvoll	2 <input type="checkbox"/> nach empfohlener Therapie oder Reha
3 <input type="checkbox"/> nicht vor Ablauf von 6 Monaten	4 <input type="checkbox"/> nicht vor Ablauf von 12 Monaten

Einschätzung des Gutachters zur Sinnhaftigkeit des Auftrages	
1 <input type="checkbox"/> ja, sinnvoll und medizinisch begründet	2 <input type="checkbox"/> teils medizinisch
3 <input type="checkbox"/> medizinisch nicht begründet	4 <input type="checkbox"/> positiver Nebeneffekt
welcher positive Nebeneffekt ?	
.....	

