

Gesundheitsamt



Freie
Hansestadt
Bremen



Sozialmedizinischer
Dienst für Erwachsene

**Amtsärztliche Begutachtung der Dienstfähigkeit und
der Dienstunfähigkeit
2006 bis 2009**

Mai 2010

Vorbemerkung

Vor über 10 Jahren (1999) wurde zwischen der damaligen SKP (und jetzigen Performa Nord), dem Senator für Finanzen und dem Gesundheitsamt Bremen ein regelmäßiges Berichtswesen über die Begutachtung zur Frage der Dienstfähigkeit/ Dienstunfähigkeit vereinbart. Bis 2003 haben wir in jährlichen Abständen berichtet, die Jahre 2004 und 2005 wurden zu einem Bericht zusammengefasst. Der hier vorgelegte Bericht umfasst nun die Jahre 2006 bis 2009, denn weder haben sich in diesem Zeitraum die beamtenrechtlichen Rahmenbedingungen geändert noch die wesentlichen Gutachtenergebnisse.

Erhebliche Änderungen hat es hingegen für die nichtbeamteten Beschäftigten mit der Einführung des TV-L/ TVÖD gegeben; diesen Personenkreis umfasst der Bericht nicht.

Wie immer empfiehlt sich der Vergleich mit den entsprechenden Abschnitten in den Berichten der Vorjahre, die wieder ergänzt werden, um interessante oder uns auffallend erscheinende Aspekte darzustellen. Die Reihenfolge der Abschnitte haben wir umgestellt.

Die Darstellung beruht auf der vollständigen Auswertung aller Gutachten zur Dienstfähigkeit. Dazu füllen alle begutachtenden Ärzte nach Abschluss des Gutachtens einen seit 1998 verwendeten und seitdem nur wenig modifizierten Erhebungsbogen aus. An der Erfassung beteiligen sich auch die psychiatrischen Behandlungszentren. Die Daten sind daher vollständig.

Wie in den Vorjahren wird über „reine“ Dienstfähigkeitsgutachten berichtet; verwandte beamtenrechtliche Gutachten – Beispiel Pflichtstundenreduzierung – werden nicht dargestellt.

In den Tabellen sind – soweit erforderlich – Vergleichszahlen des Jahres 2005 angegeben, teilweise finden Sie auch längere Zeitreihen. Auf einen Anhangsteil haben wir im Interesse einer durchgängigen Darstellung verzichtet.

Über Kommentare und Anregungen würden wir uns freuen.

Dr. Thomas Hilbert
Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes
für Erwachsene

Inhalt

	Seite
Vorbemerkung	2
1. Durchgeführte Begutachtungen	4
2. Erst- und Folgegutachten	5
3. Geschlecht und Alter	5
4. Qualität der Gutachtaufträge	8
5. Initiative zur Begutachtung	9
6. Dienstlicher Status der Bediensteten zum Zeitpunkt der Begutachtung	10
7. Zugehörigkeit zu Produktgruppen	10
8. Behinderte in der Begutachtung	13
9. Krankheitsbedingte Fehlzeiten der Bediensteten	14
10. Zusatzgutachten und beteiligte Fachdisziplinen	15
11. Bearbeitungszeiten	16
12. Diagnosen	17
13. Ergebnisse und Empfehlungen	21
14. Rückmeldungen zu den Gutachten	23
15. Zum Zusammenhang zwischen Verbeamtungsforschungen und Gutachten zur Dienstfähigkeit	24
16. Ausblick	25

1. Durchgeführte Dienstfähigkeitsbegutachtungen 2006 bis 2009:

	2009	2008	2007	2006	2005
Gesamt	124	106	110	123	139
Untersuchungen im Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst	94	85	90	92	97
Begutachtung nach Aktenlage	3	5	6	8	4
Untersuchungen in Sozialpsychiatrischen Behandlungszentren	26	16	14	23	38
Primäre Weitergabe an externen Gutachter	1	0	0	0	0
	124	106	110	123	139

Das Auftragsaufkommen hat sich bis 2008 gegenüber den Vorjahren verringert, 2009 war wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Der langfristige Verlauf (Abbildung 1) bestätigt noch einmal den in früheren Berichten erwähnten Einfluss der Änderungen in der Beamtenversorgung. Ähnliche Verläufe sind aus anderen Bundesländern bekannt.

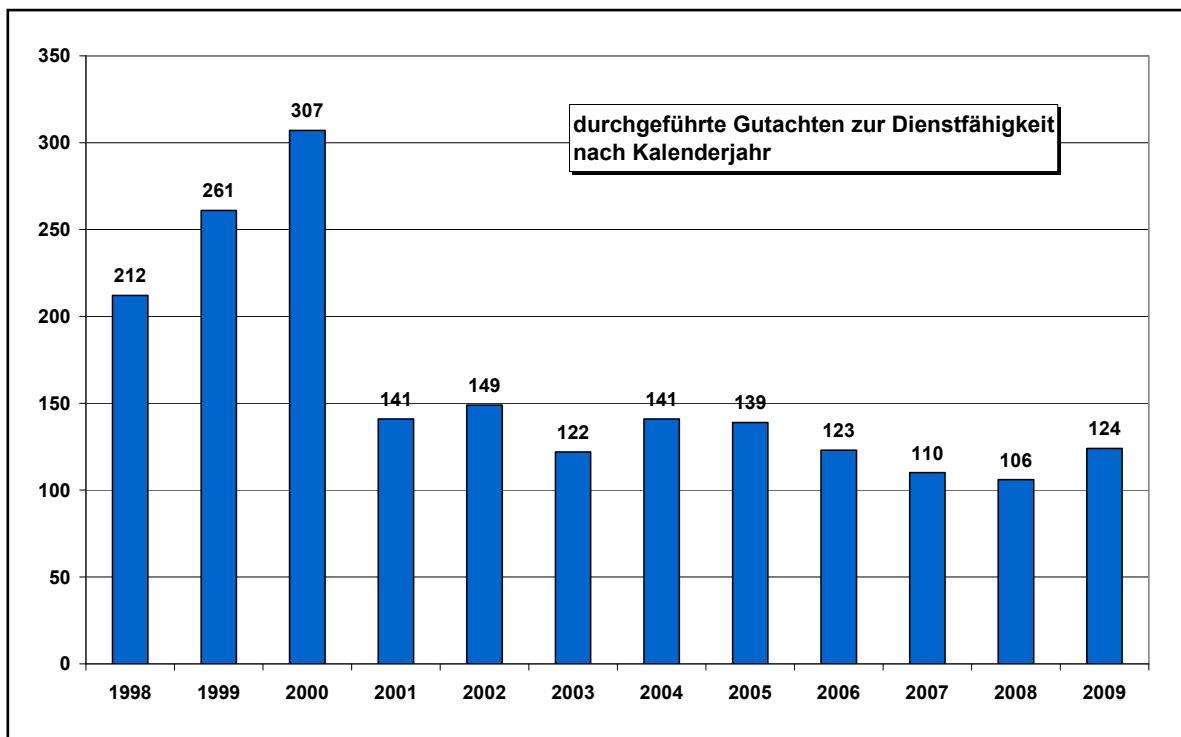


Abbildung 1: durchgeführte Gutachten zur Dienstfähigkeit ab 1998 nach Kalenderjahr (N = 1.934)

Ein Zusammenhang mit der generellen Personalentwicklung besteht nicht. Zwischen 1997 und 2008 hat die Zahl der Beamten sowohl in der Kernverwaltung als auch in den ausgegliederten Be-

reichen um 5,9% abgenommen (1997 = 100%), der Rückgang ist in den Ausgliederungen mit 33,2% weniger Beamten besonders auffallend gegenüber 2,4% in der Kernverwaltung ¹⁾.

Die Zahl aller Beschäftigten – nicht nur der Beamten – ist in der Kernverwaltung im gleichen Zeitraum sogar um 16,5% zurückgegangen, während in den Ausgliederungen 2008 ein Zuwachs von 19,1% zu gegenüber 1997 verzeichnen ist.

2. Erst- und Folgebegutachten

Nicht selten kommt es zu Zweit- oder sogar Drittbegutachten. Der Anteil dieser Folgebegutachten unterliegt stets Schwankungen. Die Prüfung der Dienstfähigkeit zwei Jahre nach Zuruhesetzung aus gesundheitlichen Gründen ist ein Anlass zur Folgebegutachtungen oder die erneute Einschätzung der Leistungsfähigkeit nach Abschluss von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Andere vorausgegangene Fragestellungen sind beispielsweise Gutachten zur Pflichtstundenreduzierung.

	2009	2008	2007	2006	2005
Erstbegutachtung	64,5%	60,4%	64,6%	57,7%	66,9%
Folgebegutachtung	35,5%	39,6%	35,4%	42,3%	33,1%
Folgebegutachtung zur Dienstfähigkeit innerhalb 6 Monate	2,4%	1,9%	2,7%	2,4%	4,3%
Folgebegutachtung zur Dienstfähigkeit später als 6 Monate	22,6%	21,7%	20,0%	25,2%	19,4%
Vorausgegangene Gutachten zu anderen Fragestellungen	10,5%	17,0%	12,7%	14,6%	9,4%

3. Geschlecht und Alter der Begutachteten

Die Geschlechtsverteilung unter den begutachteten Beschäftigten unterlag und unterliegt seit Jahren großen Schwankungen, die keiner Gesetzmäßigkeit folgen und auch nicht mit der Geschlechtsverteilung aller in Bremen im Kernbereich der Verwaltung Beschäftigten korrelieren. Der Frauenanteil unter den Beschäftigten nimmt in den letzten Jahren langsam, aber stetig zu ²⁾.

Im langjährigen Mittel seit 1998 übersteigt der Anteil der weiblichen Begutachteten mit 52,8% geringfügig den Anteil der beschäftigten weiblichen Beamten.

(1) Senatorin für Finanzen Personalcontrollingberichte 2001 – 2009, eigene Berechnung aus den dort enthaltenen Daten

(2) Senatorin für Finanzen, Personalcontrolling 2006, Band I, Anhang, S. 14, Personalbericht 2009, Band I, S. 15 und Personalbericht 2009, Ergänzungsband, Seite 16

Jahr	Beschäftigte männlich	Begutachtete männlich	Beschäftigte weiblich	Begutachtete weiblich
2000	51,4%	54,4%	48,6%	45,6%
2005	48,9%	54,0%	51,1%	46,0%
2006	48,4%	47,2%	51,6%	52,8%
2007	47,5%	50,0%	52,5%	50,0%
2008	46,9%	49,1%	53,1%	50,9%
2009	46,9%	43,5%	53,1%	56,5%

Ganz ähnlich wie in den Vorjahren lässt sich beim Alter der Begutachteten für 2006 – 2009 ein angedeutet zweigipfliger Verlauf erkennen (Abbildung 2). Allerdings sind jetzt in der Altersgruppe über 60 Jahren beide Geschlechter gleich häufig vertreten. Auch in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Lebensjahren gibt es nun keine Unterschiede mehr. In den jüngeren Altersgruppen der bis 50 Jährigen hingegen sind Frauen häufiger vertreten. Begutachtungen bei Beamten unterhalb des 35. Lebensjahres sind seltene Ausnahmen.

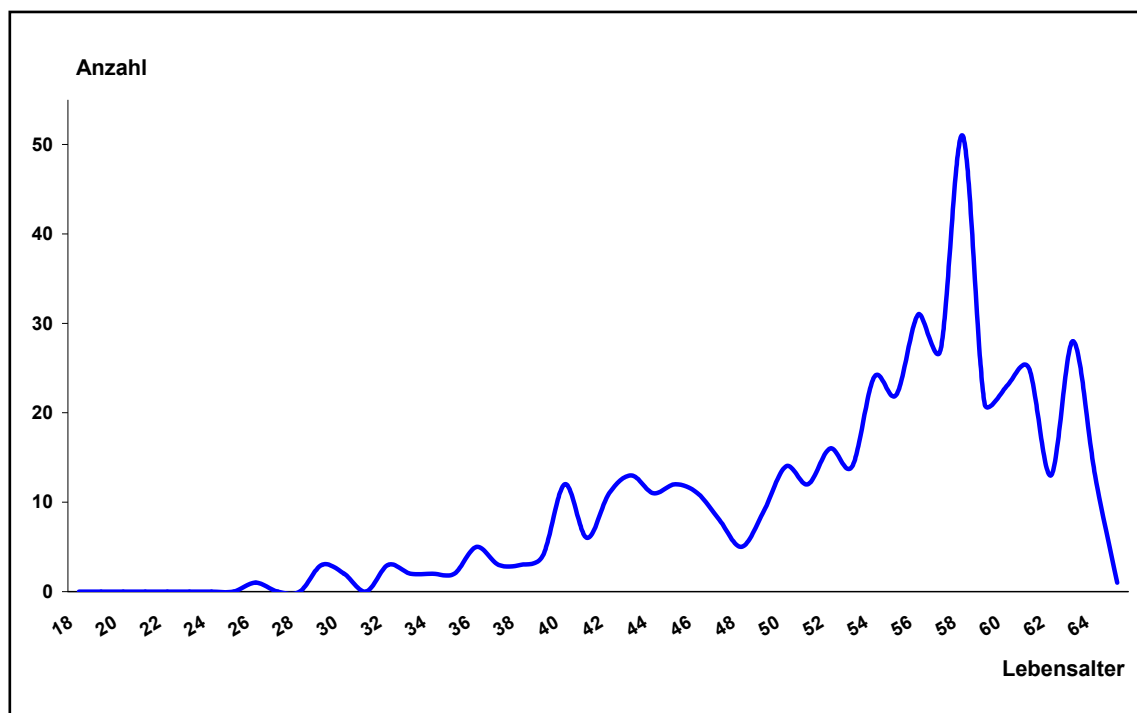


Abbildung 2: Alter der Begutachteten 2006 bis 2009 (N = 463)

Die Alterszusammensetzung der in Bremen Beschäftigten zeigt eine wesentlich homogenere Verteilung; allerdings lässt sich die Überalterung der Beamtenschaft – auch der anderen Beschäftigten – nicht übersehen. Abbildung 3 zeigt die Alterszusammensetzung der Beamtinnen und Beamten im Jahr 2004.

Besonders deutlich wird die Problematik der Alterung im Öffentlichen Dienst im Langzeitvergleich. Abbildung 4 erfasst die Alterstruktur aller Beschäftigten (also nicht nur der Beamten) in den Jahren 1993 und 2008.

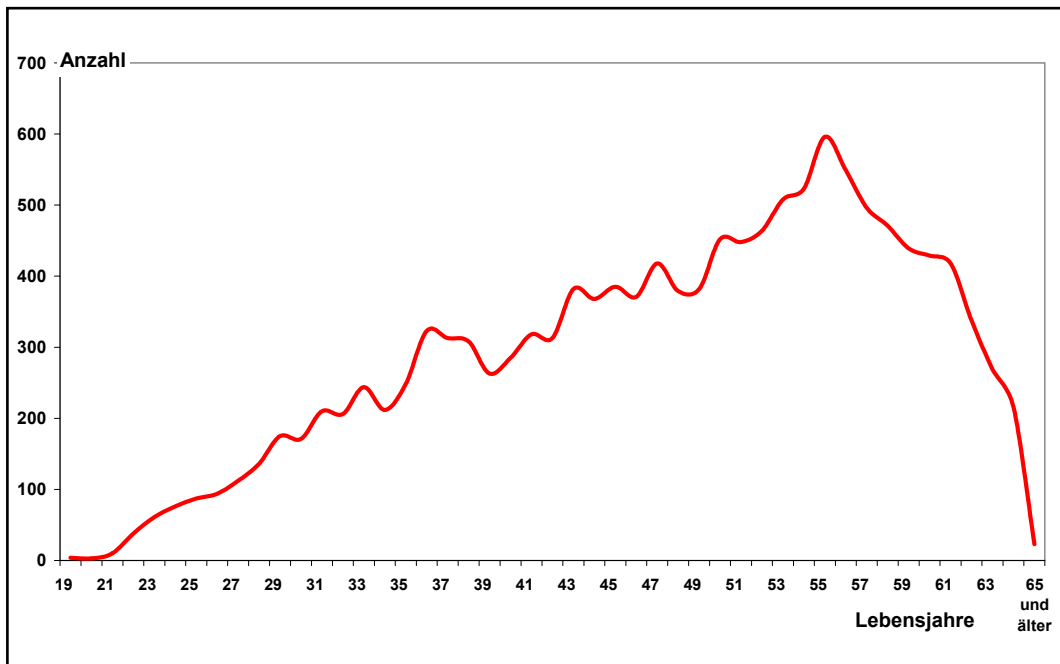


Abbildung 3: Altersaufbau der **Beamten** 2004 in Kernverwaltung und Ausgliederungen (N = 13.534)³⁾

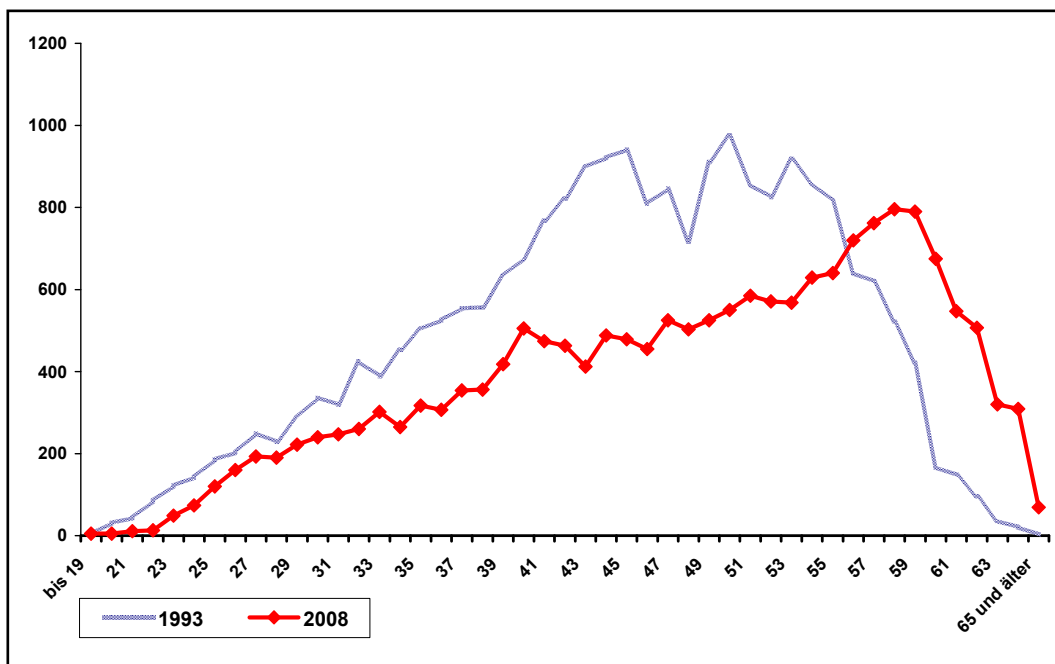


Abbildung 4: Altersstruktur aller **Beschäftigten** im Kernbereich 1993 und 2008⁴⁾

(3) Senatorin für Finanzen, Personalcontrolling 2005

(4) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009, Ergänzungsband, Seite 76

4. Anteil umfassender und vollständiger Gutachtaufträge:

Aussagekräftige Vorinformationen sind für Gutachter ein wichtiges, oft entscheidendes „Handwerkszeug“ und beeinflussen erheblich die Qualität des Gutachtens. Der Anteil an Gutachtaufträgen mit guten Informationen ist nahezu konstant geblieben, sieht man von einem „Einbruch“ im Jahr 2008 ab (Abbildung 5).

Aus unserer Sicht wäre es zwar wünschenswert, diesen Anteil weiter zu steigern, aber das stößt auf Schwierigkeiten, weil personalverwaltende Stellen, die uns mit Gutachten beauftragen, häufig nicht identisch sind mit den Beschäftigungsdienststellen („personalführende“ Stellen), die allein die nötigen Informationen über sich anbahnende Gesundheitsprobleme, Konflikte und bereits durchgeführte Maßnahmen besitzen und besondere Beobachtungen im Auftrag mitteilen könnten. Die Ergebnisprotokolle der inzwischen weit verbreiteten BEM – Gespräche werden uns leider nicht immer zugänglich gemacht. Wir wünschen uns von unseren Auftraggebern, häufiger daran zu denken.

In vielen Fällen nehmen Gutachterinnen und Gutachter mit den Personalstellen Kontakt auf und bitten um Hintergrundinformationen. Wir bemerken nicht selten eine gewisse Scheu bei Auftraggebern, verfügbares Wissen an uns weiterzugeben. Dabei handelt es sich jedoch um wichtige fremdanamnestische Angaben, die unserer ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Nicht selten erfahren wir bedeutsame Beobachtungen über Konflikte und Leistungsdefizite in Anrufen der Personalstellen, die sich vordergründig nach dem „Stand der Dinge“ erkundigen wollen. Das ist nicht hilfreich, weil telefonische Informationen in der Regel nicht verwertbar sind.

Kolleginnen und Kollegen kennen oft sehr genau die gesundheitlichen Probleme von Mitarbeitern, doch „der Betriebsarzt erfährt davon zuletzt“. Diese Bemerkung des leitenden Werksarztes einer großen Deutschen Automobilfirma lässt sich mühelos auf gutachtende Ärzte übertragen.

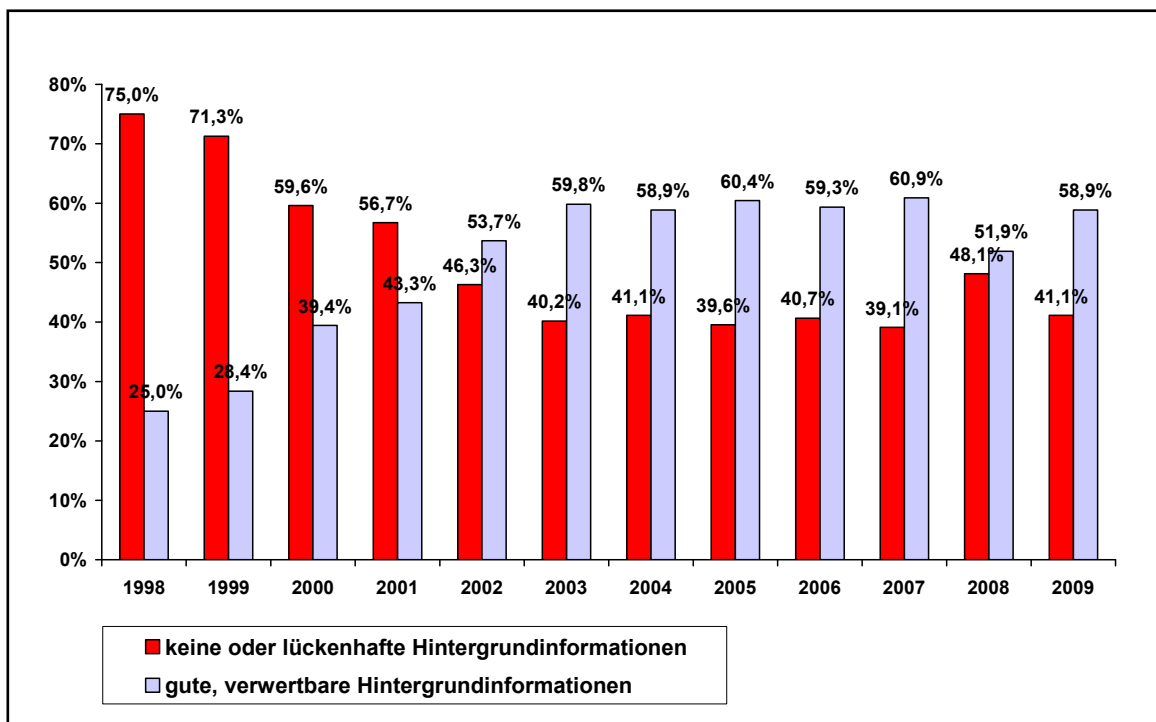


Abbildung 5: Qualität der Informationen im Gutachtauftrag

5. Wer hat die Begutachtung veranlasst?

Gutachten zur Dienstfähigkeit / Dienstunfähigkeit werden entweder von den Dienststellen in Auftrag gegeben oder gehen auf die Initiative der Beamtinnen und Beamten zurück, die die vorzeitige Versetzung in den Ruhestand beantragen.

In den hier erfassten Berichtsjahren nahm die Zahl der Fälle kontinuierlich zu, bei denen die Leitungen der Dienststellen die Initiative zur Begutachtung ergriffen. Im Jahr 2009 kam nur noch jedes fünfte Gutachten durch Antragstellung und Initiative der Bediensteten zustande (Abbildung 6).

Dass einige Jahre zuvor (2000 in 43 % der Fälle) die Beamtinnen und Beamten deutlich häufiger initiativ wurden und einen Antrag auf vorzeitige Zuruhesetzung stellten, lässt sich auf die in den älteren Berichten mehrfach erwähnten Änderungen im Versorgungsrecht zurückführen⁵⁾. Die Zahlen geben allerdings nur das „offizielle“ Bild wieder, wie wir es aus den Aufträgen erschließen können. Sie zeigen nicht die manchmal unterschiedliche Interessenlage bei den Beschäftigten und den Dienststellen; sie zeigen auch nicht, welche Aushandlungsprozesse und Absprachen zwischen Beamten und Vorgesetzten dem Gutachtenauftrag vorausgegangen sind.

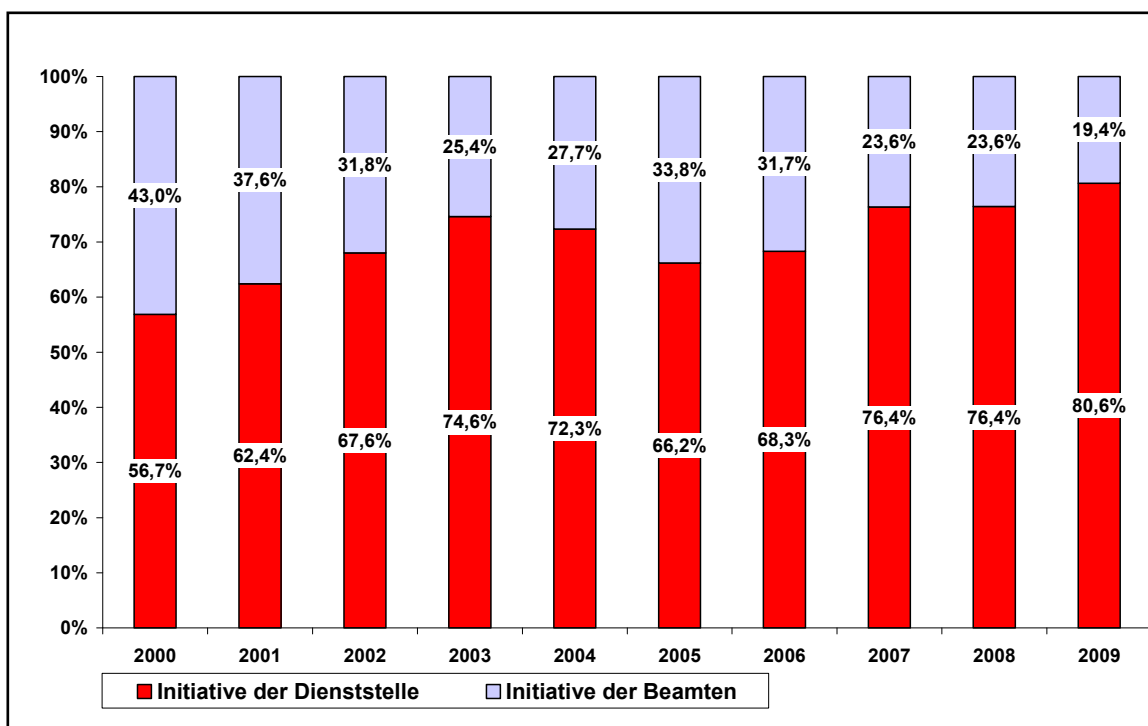


Abbildung 6: Initiative zur Begutachtung (N = 1.456)

(5) vgl. die Berichte über die Jahre 2000 ff.

6. Dienstlicher Status zum Zeitpunkt der Begutachtung

N (2006 – 2009) = 463	2009	2008	2007	2006	2003	2000
im Dienst	29,8%	24,5%	25,5%	22,8%	26,2%	27,4%
AU krankgeschrieben	62,1%	64,2%	62,7%	61,8%	57,4%	59,0%
beurlaubt ohne Bezüge/ oder suspendiert/ oder Sabbatjahr	3,2%	2,8%	2,7%	4,9%	5,7%	3,6%
In Altersteilzeit oder Teilpensionierung	2,4%	5,7%	8,2%	16,3%	17,2%	6,2%
im Ruhestand	5,6%	7,5%	7,3%	10,6%	10,7%	9,8%

Über 60 % der Begutachteten waren zum Zeitpunkt des Gutachtauftrags von ihren Ärztinnen und Ärzten dienstunfähig (arbeitsunfähig) krank geschrieben. Dieser weitaus überwiegende Anteil hat in den vergangenen 10 Jahren ganz leicht zugenommen.

Deutlich rückläufig mit einem Abfall von 16,3% auf 2,4% ist hingegen der Anteil der Beamtinnen und Beamten, die sich zum Zeitpunkt des Gutachtens in Altersteilzeit befanden.

Der Verlauf entspricht ziemlich gut der Entwicklung der Altersteilzeit im Bremischen Öffentlichen Dienst insgesamt, deren Inanspruchnahme sich von 2000 (838 Personen in der Kernverwaltung) bis 2004 (2.185 Personen) zunächst nahezu verdreifacht hatte, seit 2005 jedoch stark rückläufig ist. 2008 gab es im Kernbereich der Verwaltung nur noch 1.377 Beschäftigte in Altersteilzeit. Das Blockmodell lag 2004 mit 92% aller in Altersteilzeit Beschäftigten gegenüber nur 8% im tatsächlichen Teilzeitmodell in der Beliebtheit deutlich vorn⁶⁾. Durch die überwiegende Wahl des Blockmodells erklärt sich ganz logisch der Rückgang bei den aktiv Beschäftigten in Altersteilzeit und bei den Begutachteten. Eine große Mehrheit von über 1.000 Personen befindet sich inzwischen in der inaktiven Phase⁷⁾, entfällt also als „Gutachtenklientel“.

7. Zugehörigkeit der Begutachteten zu Produktgruppenhaushalten

Bis 2003 haben wir die Begutachteten den verschiedenen **Personalgruppen** zugeordnet und anschließend das Verhältnis zwischen den Begutachteten der Personalgruppe und allen beschäftigten Beamten dieser Personalgruppe dargestellt.

Das Personalcontrolling des Senators für Finanzen orientierte sich ab 2004 an den sogenannten **Produktgruppenhaushalten** und nicht mehr an der traditionellen Systematik der Personal- und Berufsgruppen. Auch wir haben seit 2004/ 2005 nach diesem System die Begutachteten dem jeweiligen Produktplan zugeordnet und das Verhältnis zwischen den Begutachteten und den aktiven Beamten im Produktplan ermittelt.

(6) Senator für Finanzen, Personalcontrolling 2004, Band I, S.38 f.

(7) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009, Ergänzungsband, S. 27, 28 und 73 (Tabellen)

Zunächst haben wir in Abbildung 7 die Verteilung aller Beamten auf die jeweiligen Produktgruppen dargestellt, wobei die Beamtinnen und Beamten in Ausgliederungen eingeschlossen sind. Die daran anschließende Abbildung 8 zeigt die Verteilung der 2006 bis 2009 begutachteten Beamtinnen und Beamten auf die jeweiligen Produktgruppen.

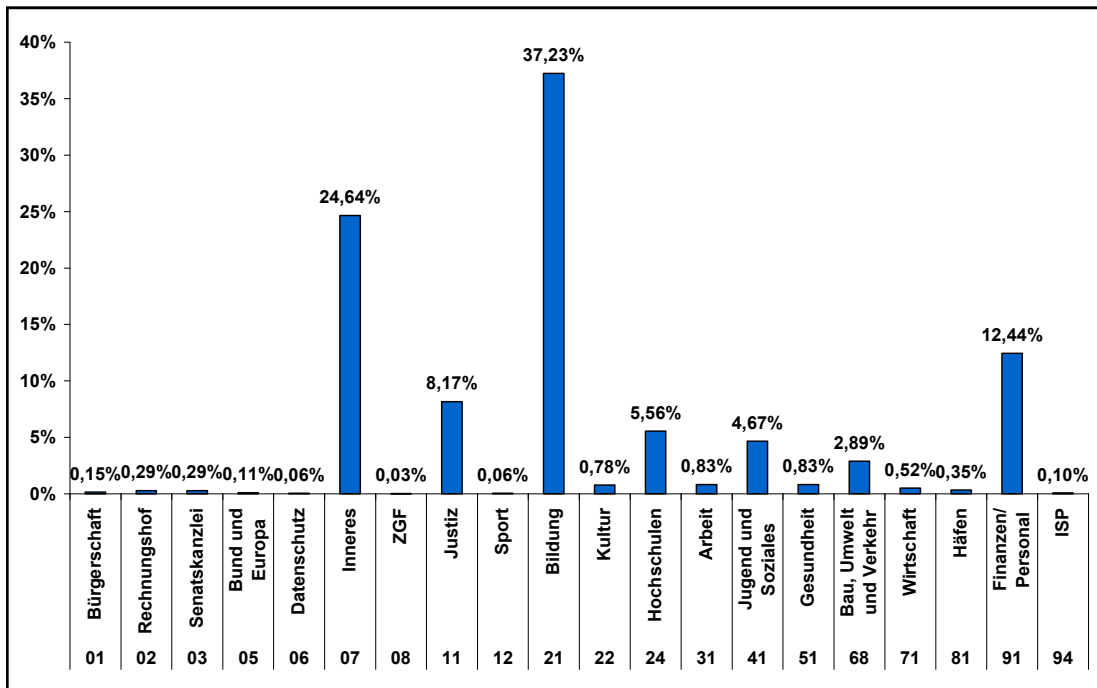


Abbildung 7: Verteilung aller Beamten auf die Produktgruppenhaushalte (Mittelwert 2006 – 2009) ⁸⁾

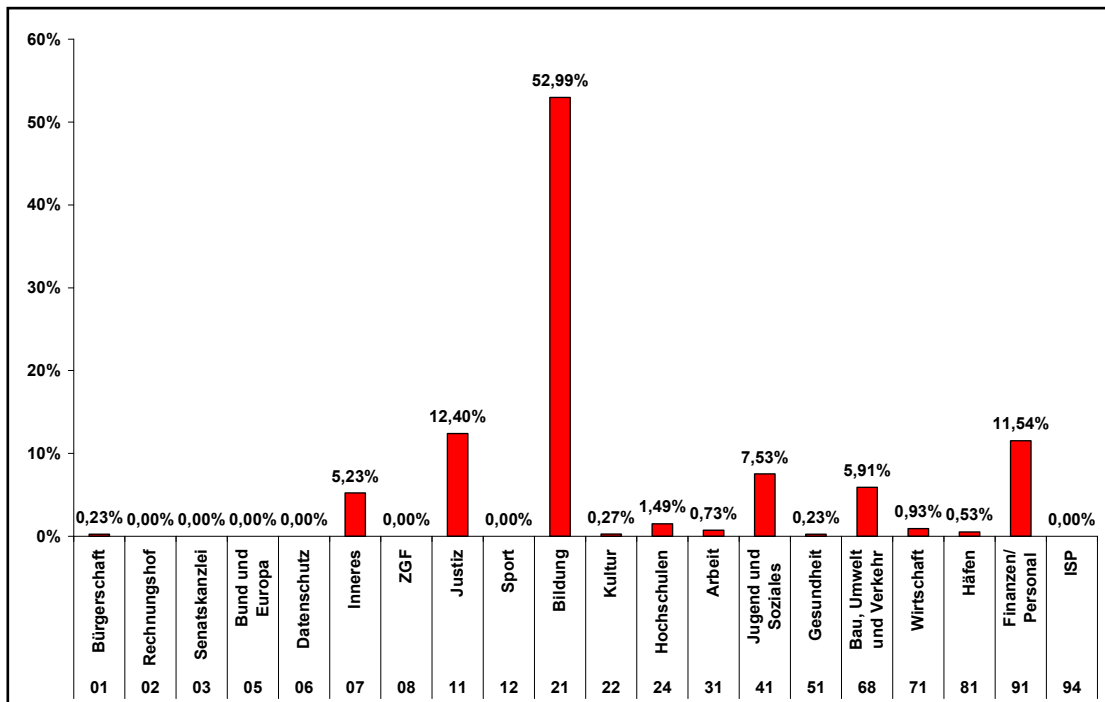


Abbildung 8: Verteilung der begutachteten Beamtinnen und Beamten auf die Produktgruppenhaushalte 2006 – 2009 (N = 463)

(8) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009, Band 2, Anhang S. 27

Die größte Abweichung findet sich beim Produktgruppenhaushalt Inneres (07). Sie ist darauf zurückzuführen, dass die Beamtinnen und Beamten der Polizei nicht von uns, sondern – bis auf wenige Ausnahmen – vom Polizeiärztlichen Dienst begutachtet werden. Mit über 2.400 Beamtinnen und Beamten (2008) sind allein bei der Polizei etwas mehr als 20% aller Bremer Beamten beschäftigt.

Trotzdem lassen sich unterschiedliche Verhältnisse zwischen Begutachteten und den Beamten des jeweiligen Produktgruppenhaushaltes erkennen, die wir nur beschreiben, nicht aber umfassend interpretieren können und wollen. Ein Faktor ist sicher die teilweise extrem unterschiedliche Alterszusammensetzung der in den Bereichen Beschäftigten, die in den zitierten Personalberichten dargestellt wird ⁹).

Beispielsweise kommen aus dem Bereich Bildung 53% der Begutachteten; 37,2 % aller Beamtinnen und Beamten sind im Produktgruppenhaushalt Bildung tätig sind. Das Verhältnis beträgt 1,42. Der Altersdurchschnitt der im Bereich Bildung Beschäftigten liegt deutlich über 50 Jahre.

Nicht zu analysieren sind Bereiche, aus denen in den Jahren 2006 bis 2009 keine Gutachtenaufträge zu bearbeiten waren: Rechnungshof, Senatskanzlei, Bund und Europa, Datenschutz, ZGF, Sport und ISP.

Unsere Darstellung in Abbildung 8 „vergrößert“ das Bild ohnehin, da sie nicht die stark voneinander abweichenden Zahlen der in den Bereichen beschäftigten Beamten berücksichtigt. So wirkt sich der Weggang einiger aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dienstfähiger Beamter statistisch besonders in Bereichen mit wenigen Beschäftigten aus. Das trifft beispielsweise auf Bereiche wie Datenschutz mit nur 8 Beamten oder Bürgerschaft mit nur 20 Beamten zu ¹⁰).

(9) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009, Band 1, S. 37 ff. und Band 3, S. 59 ff.

(10) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009, Band 2, Anhang S. 27

8. Behinderte in der Begutachtung

Der Anteil der schwerbehinderten Beamtinnen und Beamten und gleichgestellten Behinderten mit niedrigerem Grad der Behinderung unter den Begutachteten ist zwar schwankend, aber im langfristigen Rückblick gestiegen. Er erreichte 2008 einen neuen Höchstwert von 27% seit Beginn unserer Auswertungen im Jahr 1999 (damals 15%). Die Schwerbehindertenquote in der Bremischen Verwaltung ist hingegen im gleichen Zeitraum nur leicht von 5,90% auf 6,18% gestiegen¹¹). Ein weiterer, nicht unbeträchtlicher Anteil der Begutachteten hat einen zuerkannten G.d.B. unterhalb der Schwerbehinderung. Abbildung 9 visualisiert diesen Trend.

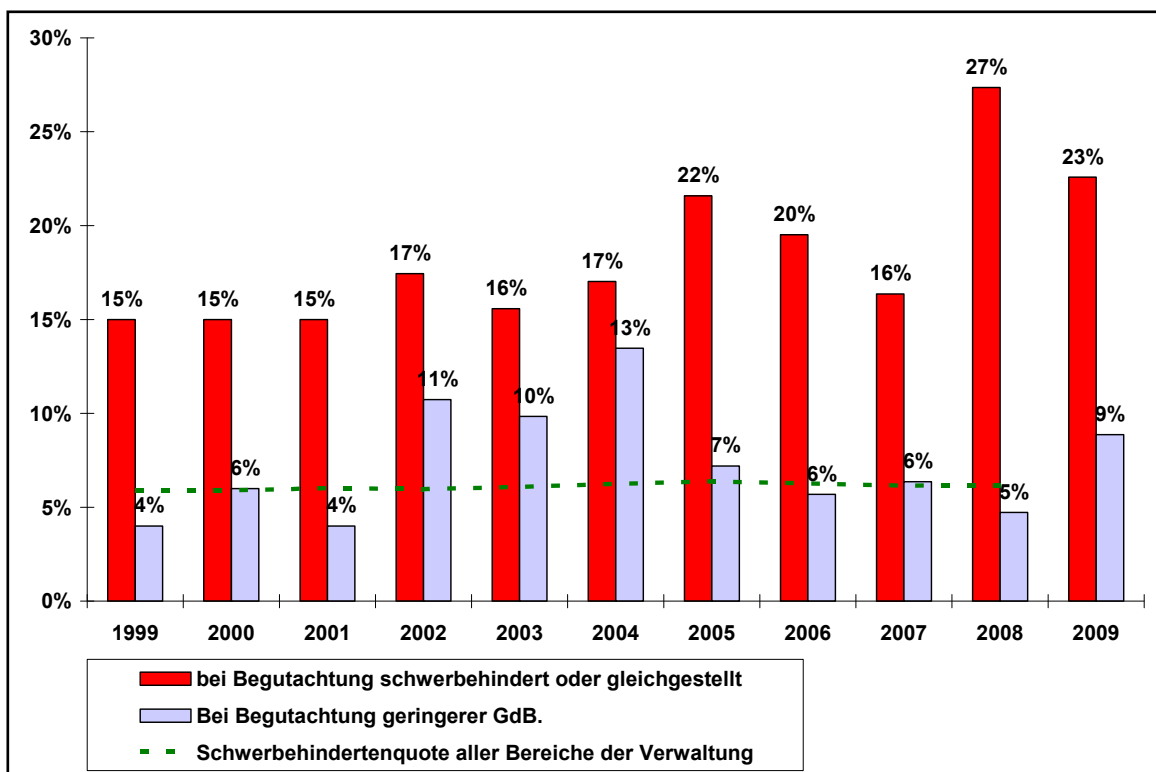


Abbildung 9: Behinderte in der Begutachtung (N = 1.723) und Schwerbehindertenquote in der Verwaltung 1999 – 2009

Inhaltliche Aussagen, beispielsweise zum Zusammenhang zwischen Behinderung und erkannten Leistungseinschränkungen sind uns nicht möglich; dazu wäre eine aufwendige Auswertung der über 300 von 1999 bis 2009 durchgeführten Dienstfähigkeitsgutachten Schwerbehinderter erforderlich.

(11) Senatorin für Finanzen, Bericht über die Beschäftigungssituation und Beschäftigtenstruktur schwerbehinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im bremischen öffentlichen Dienst für das Jahr 2008, Seite 2

9. Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Bei den meisten begutachteten Beamtinnen und Beamten gehen der gutachterlichen Untersuchung längere Zeiten von Arbeitsunfähigkeit voraus, die in den Personalstellen früher oder später zum Gutachtauftrag führen. Wir erhalten diese Information von den Personalstellen. Die Verteilung der Fehlzeiten folgt einem weitgehend gleichbleibenden Muster. Hinter der Rubrik „über 12 Monate“ verbergen sich konstant einige Einzelfälle mit teilweise extrem langen Arbeitsunfähigkeitszeiten (bis zu mehreren Jahren), bei denen sich notgedrungen die Frage stellt, ob eine viel frühere Initiative zur gutachterlichen Untersuchung nicht sinnvoll und notwendig gewesen wäre. Bedauerlich ist die Zunahme dieser Fälle im Berichtszeitraum von 8,1% auf 17,7%.

Es ist bekannt, dass die Chancen beruflicher Wiedereingliederung mit der Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz sinken und nach sechs Monaten in der Regel nur noch gering sind. Ist es erst einmal zu einer Verstetigung und Verfestigung im weitesten Sinne pathologischer Prozesse im Arbeitsumfeld gekommen oder werden beständige Leistungsbeeinträchtigungen oder schwere Gesundheitsprobleme bei Beschäftigten von allen Beteiligten bis zuletzt toleriert, sind Änderungen kaum noch möglich und Empfehlungen, die sich an Beschäftigte oder an die Dienststellen richten, wenig aussichtsreich.

N = 463	2009	2008	2007	2006	2003	2000
keine oder geringe	13,7%	13,2%	10,9%	15,4%	15,6%	18,9%
gehäufte, kürzere	8,9%	7,5%	10,0%	7,3%	5,7%	14,0%
andauernde bis 3 Monate	5,6%	4,7%	7,3%	13,0%	10,7%	11,1%
3 - 6 Monate	22,6%	12,3%	19,1%	15,4%	25,4%	20,5%
6 - 12 Monate	24,2%	35,8%	30,9%	28,5%	18,0%	16,3%
über 12 Monate	17,7%	16,0%	10,9%	8,1%	9,8%	7,5%

Zum Stichtag 31.12.2007 waren in der Kernverwaltung 868 Personen abwesend, davon 17% wegen langfristiger Erkrankung (= 148 Personen), am 31.12.2008 waren 803 Personen abwesend, davon ebenfalls 17% wegen langfristiger Erkrankung (= 137 Personen)¹²). Weiterhin nicht differenziert wird bei den Abwesenden nach Statusgruppen (Beschäftigte – Beamte), anders als in den Berichten des Bundesministeriums des Inneren (BMI) über Gesundheitsförderung und Krankenstand in der Bundesverwaltung. Im Bremer Controllingbericht sind nur Personen als längerfristig erkrankt erfasst, deren Gehalts- und Lohnfortzahlung endete. Im Bericht des Bundesministeriums des Inneren werden, in etwa der Systematik der GKV folgend, bereits Abwesenheiten wegen Krankheit über 30 Tage als Langzeiterkrankung gewertet¹³), Fehltage zwischen 4 und 30 Tagen sind „längere Erkrankungen“.

Die Berichte des BMI zeigen in der Bundesverwaltung drei wichtige Befunde:

(12) Senatorin für Finanzen, Personalbericht 2009 Band 1, S. 30 u. 31; dies., Personalbericht 2009, Ergänzungsband, S. 29

(13) Bundesministerium des Inneren, Gesundheitsförderungsbericht 2008, Berlin 2009, S. 35 ff.

1. Nach einem Tiefstand 2006 steigen die durchschnittlichen Fehltage je Beschäftigtem wieder an.
2. Die Zahl der Fehltage ist im einfachen Dienst am höchsten (22,3 Arbeitstage), im Höheren Dienst am niedrigsten (7,9 Arbeitstage). Diese Diskrepanz lässt sich seit 1998 konstant nachweisen.
3. Der Krankenstand ist erwartungsgemäß altersabhängig; die Zahl der jährlichen Fehltage steigt nahezu linear an bis zum 60. Lebensjahr, um dann wieder zu sinken. Die Autoren vermuten den „healthy-worker-effect“ als Ursache: gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte scheiden durch Frühverrentung, Frühpensionierung und Altersteilzeit eher aus ¹⁴).

Vergleichbare Berichte liegen nach unserer Kenntnis für Bremen nicht vor. Allerdings sind – bis zum Beweis des Gegenteils – ähnliche Ergebnisse anzunehmen.

10. Anteil der Zusatzbegutachtungen mit beteiligten Fachdisziplinen

Zusatzgutachten werden vom Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst angefordert, wenn die medizinische Problematik und die gutachterliche Frage nur gemeinsam mit einer anderen Fachdisziplin geklärt werden können. Gutachtaufträge, die wir aufgrund uns übergebener ärztlicher Befunde oder wegen einschlägiger Vorgutachten primär an die Sozialpsychiatrischen Behandlungszentren weiterleiten (Tabelle auf Seite 3), gelten nicht als Zusatzgutachten.

Zusatzgutachten wurden im Berichtszeitraum bei 125 von 383 Patientinnen und Patienten eingeleitet (32,6%). In einigen Fällen waren doppelte Zusatzbegutachtungen indiziert; daher handelte es sich um insgesamt 134 Zusatzgutachten, die vor allem durch das Institut für Psychotherapie und Psychosomatik im Klinikum Bremen-Ost und durch die Vertragsorthopäden des Reha- Zentrums Bremen erstattet wurden.

	2009	2008	2007	2006	alle	%	2005
Gutachtenfälle im Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst	97	90	96	100	383		101
davon Patienten mit Zusatzgutachten	30	27	29	39	125	32,6%	41
Fachdisziplinen							
Orthopädie	19	11	11	15	56	14,6%	32
Psychosomatik/ Psychotherapie	9	15	16	23	63	16,4%	13
Psychiatrie	5	2	3	2	12	3,1%	2
HNO- ärztlich	0	0	0	0	0	0,0%	0
Neurologie	0	0	0	0	0	0,0%	0
klinisch - psychologisch	0	1	0	2	3	0,8%	0
anderes Fach	0	0	0	0	0	0,0%	0
alle Zusatzgutachten	33	29	30	42	134		47

(14) ebda., S. 48 und 49

Die Häufigkeit der Zusatzgutachten hat in den letzten Jahren im Vergleich zu 2000 - 2003 leicht zugenommen, doch die Verteilung der Fachdisziplinen an der Zusatzbegutachtung hat sich deutlich verändert: mehr Psychosomatik und Psychotherapie, weniger Orthopädie.

Der geringe Anteil an fachpsychiatrischer **Zusatz**begutachtung ergibt sich aus der in Punkt 1 dargestellten Primärverteilung der Gutachten zwischen Amts- und Vertrauensärztlichem Dienst und Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Behandlungszentren. Jeder Gutachtenauftrag wird nach Eingang im Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst geprüft und bei Bedarf mit Befundanforderungen vorbereitet. Steht ein psychiatrisches Krankheitsbild im Vordergrund, wird der Auftrag an das zuständige Behandlungszentrum mit der Bitte um psychiatrische Begutachtung weitergeleitet. Daher rechnen wir das nicht als Zusatzbegutachtung im Wortsinn, auch wenn die fachpsychiatrischen Gutachten seit 2009 zunächst an den Sozialmedizinischen Dienst für Erwachsene geschickt und von uns nach Durchsicht an die Auftraggeber weitergeleitet werden.

11. Bearbeitungszeiten der Gutachten

Zu diesem Berichtspunkt sind keine nennenswerten Veränderungen aufgetreten. In 42% aller Gutachten kam es zu längeren Bearbeitungsdauern als gewünscht. Häufigster Grund für verzögerte Gutachtenbearbeitung ist und bleibt auch im Berichtszeitraum 2006 – 2009 der verspätete oder hinausgezögerte Eingang von notwendigen ärztlichen Befunden bei 28,7% aller Gutachten. In knapp 14% aller Gutachtenfälle waren zwei oder mehr Untersuchungstermine erforderlich.

Gegenwärtig (Anfang 2010) liegt der Mittelwert der Bearbeitung von Eingang des Auftrages bis zum Ausgang des Gutachtens bei 33 Kalendertagen, der Medianwert bei 35 Kalendertagen.

Besonders unangenehm sind kurzfristige Terminabsagen von Patienten (manchmal noch am Untersuchungstag!), weil nur selten „Ersatzpatienten“ angesprochen und sofort gefunden werden und neue Termine vergeben werden müssen. Diese Fälle sind mit knapp 6 % auf dem Stand von 2005 geblieben.

12. Diagnosen der Begutachteten

Zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken werden Diagnosen weltweit nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases = ICD) verschlüsselt. Das erstmalig 1948 von der WHO eingeführte und ständig weiterentwickelte System liegt inzwischen in der 10. Version vor (ICD-10) und wird auch in Deutschland inzwischen in allen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt¹⁵). Das Prinzip der ICD-10 beruht auf einer Kodierung aller Diagnosen in 22 Kapitel mit Buchstaben von A – Z. Dem folgen Diagnosegruppen, die mit Ziffern bezeichnet werden.

Jede Diagnose kann so grundsätzlich mit drei Zeichen kodiert werden. In manchen Fällen ist noch eine vierte Ziffer erforderlich, um die genaue anatomische Lage oder besondere Krankheitsformen anzugeben.

Beispiel:

Kapitel C = Bösartige Neubildungen

Gruppe C15 – C25 = Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

Diagnose C18 = bösartige Neubildung des Kolon (Dickdarm)

Diagnose C18.4 = bösartige Neubildung des Kolon transversum (Quercolon)

Die Diagnosen in unseren Gutachten werden seit mehreren Jahren nach diesem System entweder als „Einzeldiagnosen“ oder in Gruppen zusammengefasst verschlüsselt und ausgewertet. Das ist in der Praxis nicht immer einfach, weil manche Zustände und Krankheitsbilder entweder verschieden kodiert oder nur schwer voneinander abgegrenzt werden können.

Im Vergleich zu den letzten Berichten hat es erwartungsgemäß keine nennenswerte Veränderung im Diagnosespektrum gegeben. Die Verteilung auf die Hauptdiagnosegruppen (Diagnosekapitel) ist seit vielen Jahren bemerkenswert konstant. Deutlich mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten leidet an einer Erkrankung der Gruppe F nach ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen) (Abbildung 10). Sie müssen nicht zwangsläufig die alleinige Ursache der Leistungseinschränkungen und für die Zuruhesetzung aus gesundheitlichen Gründen sein. Im Gegensatz zur Datenerhebung des Bundesministerium des Inneren, die den Versorgungsberichten der Bundesregierung zugrunde liegt und bei der nur **ein** Diagnosekapitel angegeben werden darf, erfassen wir **alle** bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit relevanten Diagnosen. Im Durchschnitt erkennen wir 2,7 Erkrankungen pro Begutachtungsfall, deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen sich nicht immer scharf voneinander trennen lassen.

Die Zahlen des 4. Versorgungsberichtes der Bundesregierung akzentuieren deshalb das Krankheitsgeschehen zu stark und kommen zu einer Überschätzung der Psychischen und Verhaltensstörungen als Ursache der vorzeitigen Zuruhesetzung¹⁶).

(15) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information ICD, 10. Revision, Version 2008 (www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm)

(16) Bundesministerium des Inneren, Vierter Versorgungsbericht der Bundesregierung, Berlin 2009, S. 88, 140, 159 und 233 f.

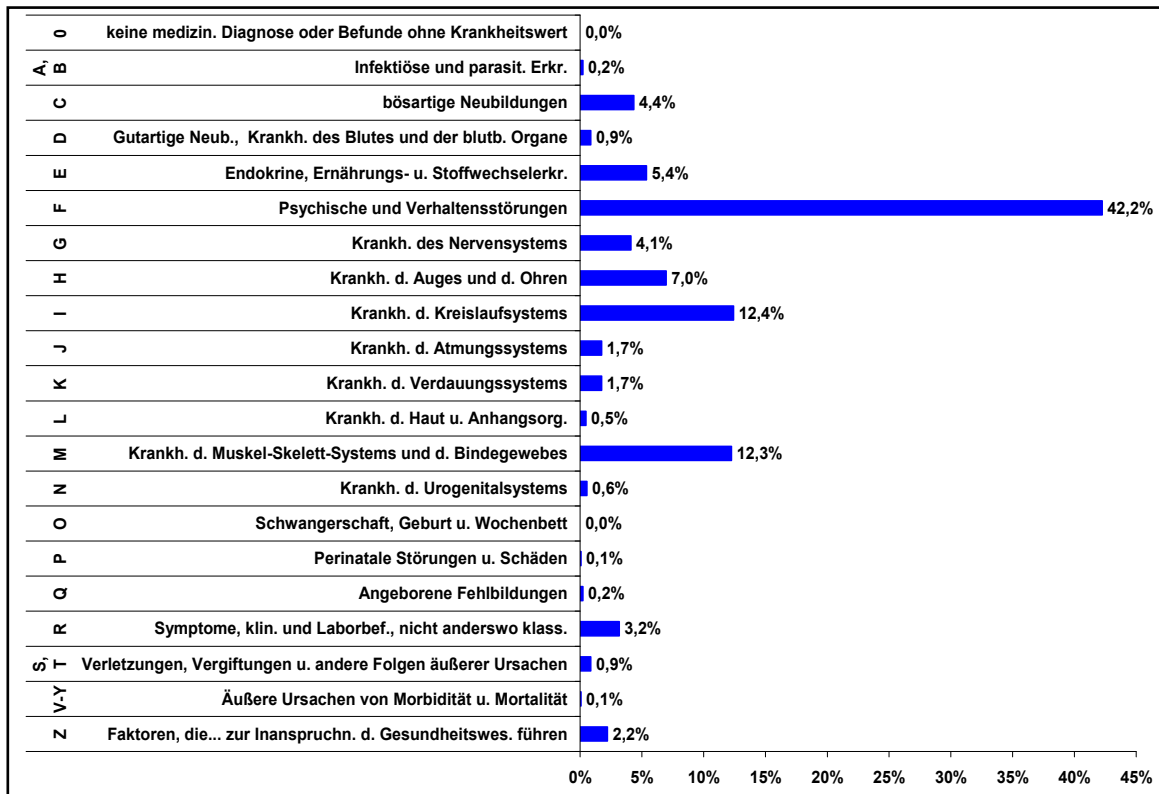


Abbildung 10: Diagnosekapitel ICD-10, 2006 - 2009, Anteil an allen Diagnosen (N = 1.264), **Gesundheitsamt Bremen**

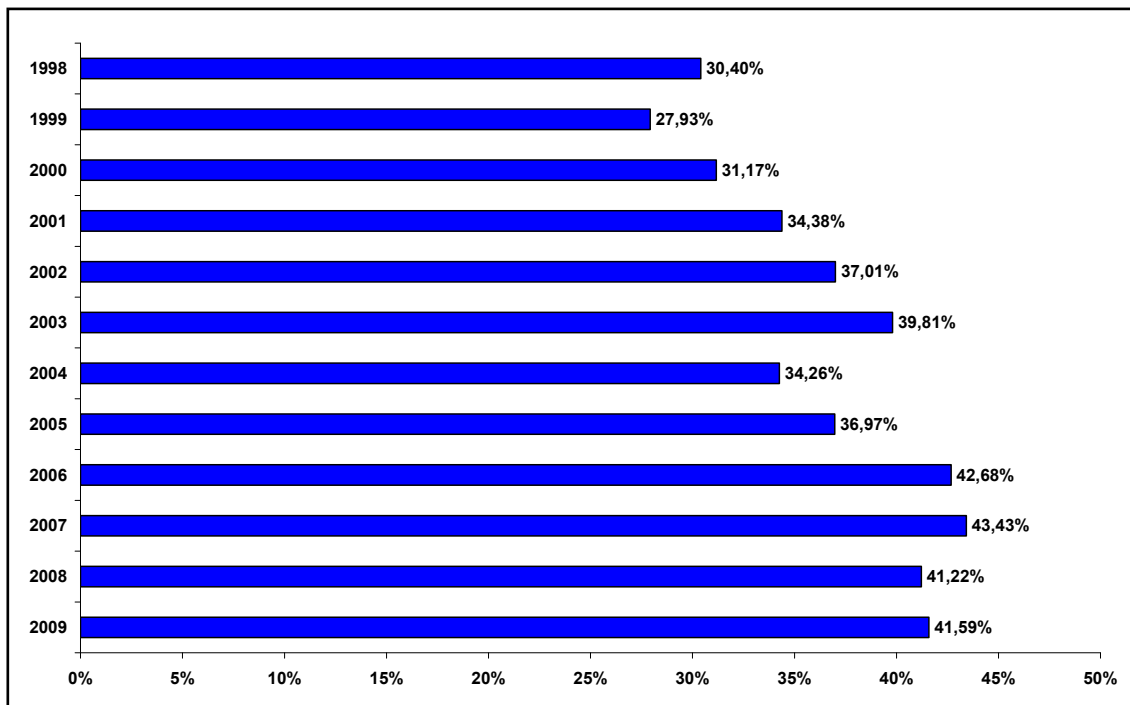


Abbildung 11: Anteil des Diagnosekapitels F bei Gutachten zur Dienstfähigkeit 1998 - 2009 (N1 = 1.797 Fälle, N2 = 5.252 Diagnosen), **Gesundheitsamt Bremen**

www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/407464/publicationFile/18461/vierter_versorgungsbbericht.pdf

Im langfristigen Trend zeigt sich in unserer Auswertung zwischen 1999 und 2009 eine Zunahme der Psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel F im ICD-10) mit einem Höhepunkt im Jahr 2006 (Abb. 11). Dem haben wir als Abbildung Daten über Bundesbeamte aus dem 4. Versorgungsbericht der Bundesregierung gegenübergestellt; der Unterschied ist erheblich. Die erwähnte relative Überschätzung des Anteils psychischer Erkrankungen an den Diagnosen ist schon optisch zu erfassen (Abb.12).

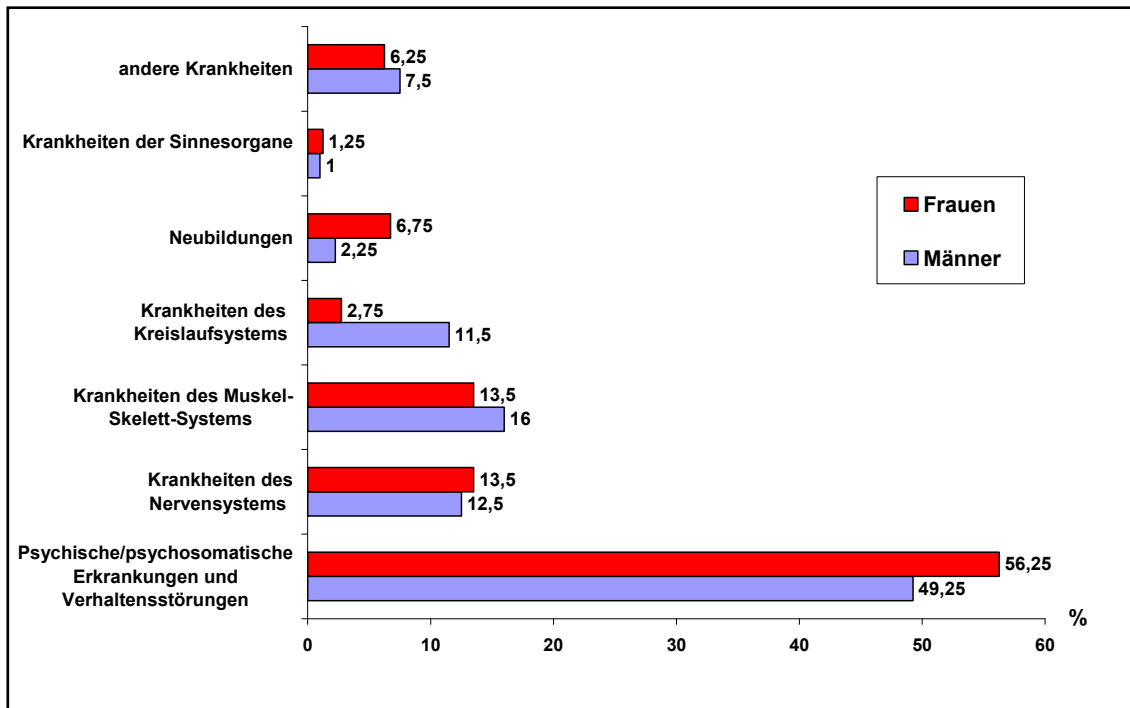


Abbildung 12: Gründe der Dienstunfähigkeit 2004 bis 2007 bei **Beamten des Bundes** nach Geschlecht, Diagnosekapitel nach ICD – 10 ¹⁷⁾

Durchaus vergleichbar mit den Diagnosedaten des 4. Versorgungsberichtes ist die unterschiedliche Verteilung der Diagnosen auf beide Geschlechter bei unseren Begutachteten (Abbildung 13).

Bei Frauen werden Psychische und Verhaltensstörungen häufiger diagnostiziert als bei Männern, während Herz- Kreislauf- Erkrankungen bei Männern deutlich häufiger sind. Bei Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems ist der Unterschied bei uns geringer ausgeprägt. Bei den Krebserkrankungen („bösartige Neubildungen“) ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf niedrigem Niveau wieder ähnlich.

Nicht nachzuvollziehen ist die hohe Prävalenz bei Krankheiten des Nervensystems (Kapitel G ICD – 10) in den Diagnosedaten des 4. Versorgungsberichtes. Über die Ursache dieser Angaben kann nur spekuliert werden. Denkbar sind fehlerhafte Kodierung oder eine fehlerhafte Datenbasis beim Bundesministerium des Inneren. Jedenfalls stimmen unsere Ergebnisse damit nicht überein, hingegen entsprechen sie sehr gut den Daten der Deutschen Rentenversicherungsträger ^{18), 19)}.

(17) Bundesministerium des Inneren, Vierter Versorgungsbericht der Bundesregierung, Berlin 2009, S. 88 und eigene Berechnung nach Übersicht II A 17

(18) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 173, Rentenzugang" 2008, S. 45 ff.

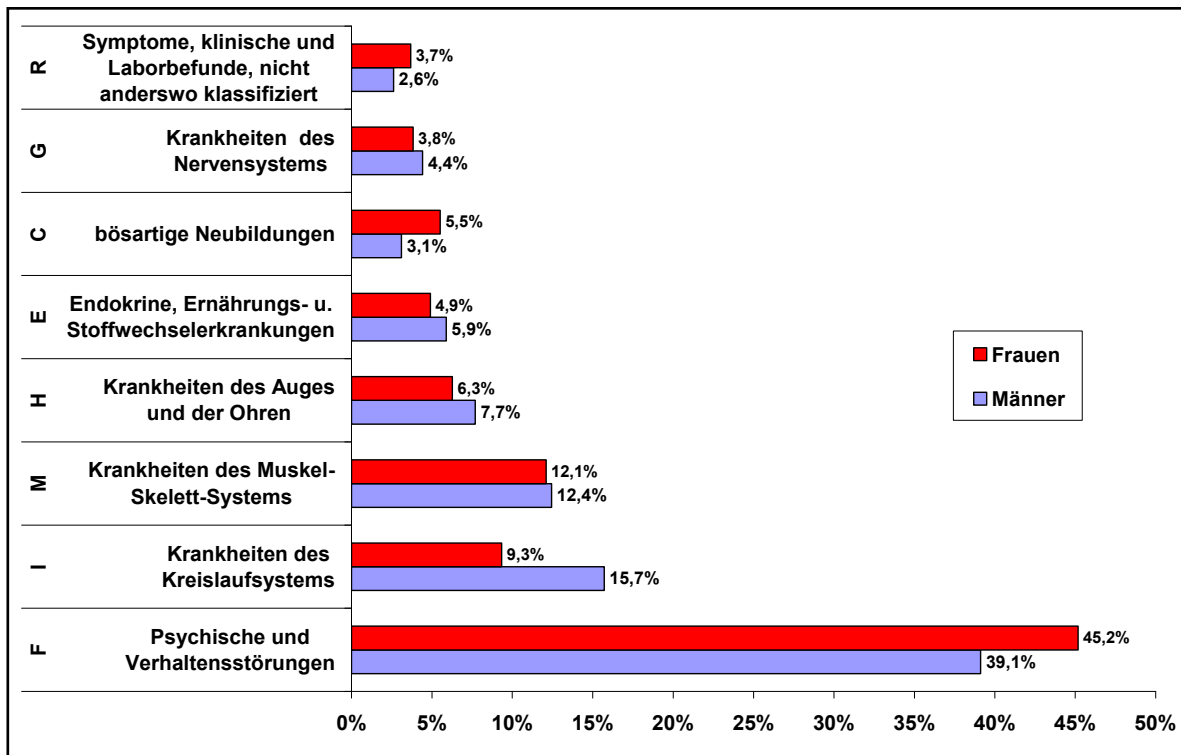


Abbildung 13: Verteilung der **Diagnosen** der Begutachteten 2006 – 2009 **Gesundheitsamt Bremen** nach Geschlecht. Diagnosekapitel nach ICD – 10 (N = 1.264)

Bei den führenden Einzeldiagnosen der Jahre 2006 bis 2009 zeigt sich eine ähnliche Rangfolge unter unseren Begutachteten wie in den Vorjahren:

1. An der Spitze liegen wieder die affektiven Störungen F30 – F34 ICD-10) bei 44,3% aller Begutachteten. Dabei handelt es sich vor allem um depressive Störungen unterschiedlicher Schweregrade und Ausprägung.
2. Es folgen bei 19,7% aller Begutachteten Phobische Störungen, Angst- Zwangs- und Konversionsstörungen, also im weitesten Sinne neurotische Störungen (F40 – F44 ICD-10).
3. An dritter Stelle stehen mit 18,9% Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (M 40 – M54 ICD-10), gefolgt von
4. Bluthochdruck mit oder ohne Komplikationen (I10 – I15 ICD-10) bei 18,3% der Begutachteten.
5. sogenannte somatoforme Störungen (F45 ICD-10) mit 17,1% aller Begutachteten. Es handelt sich um Erkrankungen mit vielfältigen körperlichen Symptomen, die nicht durch objektive Untersuchungsbefunde erklärbar und begründbar sind

Gemeinsam – und damit offenbar unstrittig – ist allen bekannten Veröffentlichungen die Erkenntnis, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren eine immer wichtigere Rolle als Ursache von vorzeitiger Pensionierung oder Frühverrentung spielen.

Die Daten der Rentenversicherungsträger zeigen das gleiche, nur noch akzentuiertere Bild:

(19) Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30, Gesundheitsbedingte Frühberentung, Berlin 2006, S. 14 f.

Der Anteil psychischer Erkrankungen als Hauptgrund einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder voller Erwerbsminderung stieg zwischen 2000 und 2008 von 18% auf 36% (Männer: 30,4% - Frauen: 41,5%). Das durchschnittliche Renteneintrittsalter wegen Erwerbsminderung ist bei Männern mit psychischen Erkrankungen 47,5 Lebensjahre, bei Frauen 48,3 Lebensjahre ²⁰).

In den Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherungen liegen Psychische Erkrankungen als Ursache krankheitsbedingter Fehlzeiten bei den AU – Fällen inzwischen je nach Kassenart an zweiter bis vierter Stelle, bei den AU – Tagen erwartungsgemäß an der Spitze ²¹).

Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielschichtig und sollen hier nicht dargestellt werden. Der Fehlzeitenreport 2009 des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIDO) geht ausführlich auf dieses Thema ein ²²). Besonders hoch ist die Prävalenz psychischer Störungen unter Beschäftigten in der Öffentlichen Verwaltung und im Gesundheitswesen.

13. Ergebnisse der gutachterlichen Untersuchungen und gutachterliche Empfehlungen.

Dargestellt sind die Ergebnisse, die sich als negatives und positives Leistungsbild und als zeitliche und inhaltliche Prognosen beschreiben lassen. Sie sind die Kernbestandteile der gutachtlichen Aussagen, aus denen die auftraggebenden Personalverwaltungen ihre Schlussfolgerungen ziehen und Entscheidungen treffen. Angegeben sind immer die Anteile in % aller Gutachtenfälle.

13.1 Leistungsminderung, Leistungseinschränkungen (negatives Leistungsbild) (N = 463)

	2009	2008	2007	2006	alle	2005
im bisherigen Tätigkeitsbereich keine Einschränkungen	2,4%	2,8%	2,7%	1,6%	2,4%	5,8%
Ja, aber Einschränkungen nicht erheblich	14,5%	14,2%	9,1%	12,2%	12,5%	8,6%
Ja, Einschränkungen erheblich	83,1%	83,0%	88,2%	86,2%	85,1%	85,6%
für allgemeine Tätigkeiten keine Einschränkungen	5,6%	2,8%	2,7%	3,3%	3,6%	6,5%
Ja, aber nicht erheblich	20,2%	22,6%	16,4%	16,3%	18,9%	12,9%
Ja, Einschränkungen erheblich	74,2%	74,5%	80,9%	80,5%	77,5%	80,6%

Bei den negativen Leistungsbildern gibt es keine wesentlichen Veränderungen zu den Vorjahren, die Größenordnungen sind seit vielen Jahren konstant geblieben. Zwischen den Geschlechtern gibt es dabei nur geringe Abweichungen. Lediglich bei den erheblichen und schweren Einschränkungen für alle allgemeinen Tätigkeiten, also auch außerhalb der bisherigen Tätigkeitsbereiche, zeigt sich

(20) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 173, Rentenzugang" 2008, S. 45 ff.

(21) Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 57 – 59; siehe auch IGES Institut GmbH, DAK Gesundheitsreport 2010, Berlin 2010

(22) Badura/ Schröder/ Klose/ Macco (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009, Schwerpunktthema: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern; Berlin 2010;

ein Unterschied: 81% der begutachteten Frauen sind praktisch nicht mehr leistungsfähig gegenüber 74% der begutachteten Männer.

13.2 Positives Leistungsbild, zeitliche und inhaltliche Prognose (N = 463)

	2009	2008	2007	2006	alle	2005
weiterhin/ ab sofort arbeitsfähig, gleicher Umfang	11,3%	10,4%	5,5%	8,1%	8,8%	12,9%
weitere Fehlzeiten zu erwarten	4,8%	0,9%	1,8%	2,4%	2,5%	5,8%
weiter arbeitsfähig, aber reduziert/ "Teilpensionierung"	12,9%	7,5%	1,8%	6,5%	7,2%	7,2%
ab sofort arbeitsfähig nach Umsetzung oder Änderung d. Aufgaben	11,3%	9,4%	17,3%	8,1%	11,5%	9,4%
schrittweise Wiedereingliederung empfohlen	17,7%	14,2%	17,3%	17,9%	16,8%	12,2%
weiter arbeitsunfähig	23,4%	29,2%	15,5%	17,9%	21,5%	20,1%
Ärztliche Behandlung notwendig für: bis zu 3 Mon.	4,0%	3,8%	1,8%	5,7%	3,8%	5,0%
für bis zu 6 Monate	8,1%	9,4%	6,4%	4,1%	7,0%	4,3%
für mehr als 6 Monate	14,5%	14,2%	5,5%	12,2%	11,6%	10,1%
Leistungsvermögen auf nicht absehbare Zeit aufgehoben oder hochgradig eingeschränkt	40,3%	45,3%	56,4%	52,0%	48,5%	50,4%
keine gutachterliche Einschätzung oder Empfehlung	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,2%	0,0%

In dieser Tabelle ist die Summe größer als 100%, da Mehrfachnennungen vorkommen.

Die Aussagen sind nur vor dem Hintergrund der Alters- und Geschlechtsverteilung der Begutachteten, der Altersstruktur der Beamtinnen und Beamten (Abschnitt 3) und ihrer beruflichen Tätigkeit und nur mit Kenntnis der Krankheitsbilder (Abschnitt 10) ausreichend zu interpretieren. Aufgehobenes oder hochgradig eingeschränktes Leistungsvermögen bedeuten in der Regel eine Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen. Das trifft auf 53% der begutachteten Frauen und 42% der begutachteten Männer zu (beide 48,5%).

13.3 Therapeutische oder andere Empfehlungen (N = 463)

	2009	2008	2007	2006	alle	2005
Kein Therapiebedarf, keine Empfehlungen	55,6%	51,9%	61,8%	53,7%	55,8%	43,9%
Therapiebedarf oder andere Empfehlungen	44,4%	48,1%	38,2%	46,3%	44,2%	56,1%

Im Gegensatz zu früheren Jahren ist bei der Häufigkeit medizinischer Empfehlungen kein klarer Trend zu erkennen. Medizinische Empfehlungen beziehen sich entweder auf noch erforderliche Diagnostik oder – der weit überwiegende Teil – auf therapeutische Maßnahmen. Ambulante psychotherapeutische Maßnahmen halten wir bei 23% (Mittelwert 2006 – 2009) aller Begutachteten für erforderlich. Das ist die größte Gruppe. Es folgen mit jeweils 5% nervenärztliche (psychiatrische) Behandlung und stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen. Alle übrigen Empfehlungen verteilen sich auf verschiedenen Fachgebiete und Maßnahmen. Etwa 4% aller Begutachteten

lehnt therapeutische Hilfe explizit ab. Und in weiteren 5% sind nach unserer Erkenntnis keinerlei medizinische Hilfen erforderlich, sondern Dienstgespräche und andere Maßnahmen im Arbeitsumfeld. Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es nicht.

Keine eigenen Empfehlungen oder Therapievorschläge der Gutachterinnen und Gutachter bedeuten nicht das Fehlen von medizinischen oder anderen Maßnahmen. Sie sind dann entweder auf Initiative der Beschäftigten und ihrer behandelnden Ärzte bereits begonnen worden oder – bezogen auf die im Vordergrund stehende Gesundheitsstörung – ausgeschöpft und erfolglos geblieben.

14. Rückmeldungen zu den Gutachten

Zu diesem Punkt gibt es im Vergleich zu den Vorjahren keine Veränderungen zu berichten. Zwar erfahren wir nicht, wie unsere Ergebnisse in Entscheidungen eingeflossen sind, wir gehen aber davon aus, dass in den meisten Fällen hochgradig eingeschränkten oder aufgehobenem Leistungsvermögen die Dienstunfähigkeit festgestellt wird.

Den Mangel an Rückmeldungen war und ist bedauerlich, weil unserer Arbeit damit ein wichtiger Aspekt von Qualitätssicherung fehlt.

Eine Verknüpfung zwischen unserer Begutachtung und der de facto – Versetzung in den Ruhestand lässt sich auch nicht mit Hilfe der Personalberichte der Senatorin für Finanzen herstellen.

Für unsere Gutachter lassen sich nur dann Schlussfolgerungen aus Gutachten und Verfaufe erkennen, wenn ein Auftrag zur Wiederholungsbegutachtung zur gleichen Fragestellung eingeht oder wenn im Auftrags schreiben ausdrücklich auf eine Vorbegutachtung verwiesen wird oder Beamte routinemäßig zwei Jahre nach der vorzeitigen Pensionierung erneut vorgestellt werden.

Gelegentlich werden wir nach Gutachten um Rat gefragt, wenn therapeutische oder andere Empfehlungen erfolglos bleiben oder nicht umgesetzt werden können. Das ist in Einzelfällen eine implizite Rückmeldung. Zu Rückmeldungen gehören auch kritische Nachfragen, wenn bei der Begutachtung zwar Leistungseinschränkungen festgestellt wurden, aber Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen noch nicht vorliegt, eine Beamtin oder ein Beamter in der Wahrnehmung der Dienststelle jedoch überhaupt nicht mehr am angestammten Arbeitsplatz einsetzbar ist. Dass auch Gutachter sich irren können, liegt in der Natur der schwierigen Sache, in aller Regel ist die Diskrepanz zwischen Gutachtenergebnis und der Einschätzung Personalverantwortlicher, Vorgesetzter und Mitarbeiter jedoch Ausdruck eines Dilemmas, das sich aus dem Beamtenverhältnis selbst ergibt mit seinem auf Lebenszeit festgefügten Spannungsverhältnis zwischen Dienstpflicht und Dienstaufgaben, Fürsorgepflicht des Dienstherrn und in der Regel fehlenden alternativen Einsatzmöglichkeiten.

Bereits aus gesundheitlichen Gründen pensionierte Beamte werden in aller Regel nach im Beamtenrecht festgelegten Zeiträumen zur erneuten Begutachtung angemeldet; dahinter verbirgt sich die Frage der Reaktivierung, die aber bis auf extrem seltene Ausnahmen nicht mehr realisiert wird.

Im Zeitraum 2005 bis 2009 waren 36 der Begutachteten bereits im Ruhestand; weitere 16 Beamte waren entweder ohne Bezüge beurlaubt, befanden sich im Sabbatjahr oder waren vom Dienst suspendiert.

15. Zusammenhang zwischen Einstellungsuntersuchung und Begutachtung zur Dienstfähigkeit ?

Die Aussage, dass ein Zusammenhang zwischen Einstellungsuntersuchung und Frühpensionierung nicht oder nicht sicher erkennbar ist, gilt unverändert und hat sich im Rahmen unserer Auswertungen noch verstärkt.

Ziemlich genau die Hälfte (49,6%) der zwischen 2003 und 2009 Begutachteten ist früher im Gesundheitsamt Bremen zur Verbeamtung oder Einstellung untersucht worden, vielfach von Ärztinnen und Ärzten, die gegenwärtig die Dienstfähigkeitsgutachten durchführen. Über die andere Hälfte liegt uns keine Informationen vor; diese Beamtinnen und Beamten wurden vor der Einstellung in der Regel in anderen Gesundheitsämtern untersucht.

Gutachten zur Dienstfähigkeit		davon Einstellungsuntersuchung dokumentiert	Gesundheitliche Bedenken oder Befunde, Zusammenhang wahrscheinlich	Gesundheitliche Probleme oder Befunde, Zusammenhang nicht wahrscheinlich	Keine Befunde bei Einstellung
Jahr					
2003	122	54	4	4	46
2004	141	62	7	7	48
2005	139	70	5	6	59
2006	123	60	5	3	52
2007	110	62	1	6	55
2008	106	53	2	8	43
2009	124	68	0	9	59
alle	865	429	24	43	362
Anteil		100,0%	5,6%	10,0%	84,4%

Nur in 24 Fällen (5,6%) vermuteten wir einen Zusammenhang zwischen damals erkannten Befunden und der aktuellen Begutachtung. In einigen Akten konnten wir sehen, dass die damals untersuchenden Ärztinnen und Ärzte bei der Einstellungsuntersuchung zumeist sehr vorsichtig formulierte, aber doch deutliche Bedenken geäußert hatten.

In weiteren 43 Fällen (10%) wurden zwar Befunde bei der Einstellungsuntersuchung erhoben, ein medizinischer Zusammenhang zur aktuellen Begutachtungssituation ließ sich jedoch nicht erkennen.

Die Zeitdauern zwischen Erstuntersuchung und Begutachtung zur Dienstfähigkeit zeigen eine riesige Bandbreite von einem Jahr bis zu fast 45 Jahren.

16. Ausblick

Gutachten zur Dienstfähigkeit werden auch in Zukunft ein wichtiges und anspruchsvolles Gutachtengebiet bleiben. Da sie an die Existenz des Berufsbeamtentums gekoppelt sind, ist eine Veränderung auf absehbare Zeit nicht zu erwarten.

Bundesweit ist das – wie in Bremen – eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, zumeist der örtlich zuständigen Gesundheitsämter oder zentralisierter Gutachtendienste in Schwerpunktgesundheitsämtern. Die Bemühungen um Qualitätssicherung der Begutachtung haben in den letzten Jahren bundesweit deutlich zugenommen und werden sich weiterentwickeln. Von zentraler Bedeutung ist dabei, fachliche Standards zu sichern, was angesichts der überall wachsenden Schwierigkeiten, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu gewinnen, gewiss nicht einfacher werden wird.

Im Jahr 2009 wurde immer stärker thematisiert, auch tariflich Beschäftigte nach dem TV-L und TVÖD amtsärztlich zur Frage der Leistungsfähigkeit und Einsetzbarkeit zu begutachten. Wir haben das mit großer Skepsis verfolgt, weil die Tarifverträge dafür – außer bei schuldhaft verzögerten Rentenanträgen – keine wirklich sichere und eindeutig formulierte Rechtsgrundlage bieten. Inzwischen gibt es dazu eine gefestigte Rechtsprechung und eine Handlungsanweisung der Senatorin für Finanzen. Wir haben mehrere Gutachtaufträge übernommen. Die Fälle erweisen sich als höchst kompliziert, weil – anders als bei Beamten – Sozialleistungsträger im Spiel sind, die ihrerseits Gutachten bei den zuständigen Diensten in Auftrag gegeben haben oder geben werden. Amtsärztliche Gutachten können nicht ohne weiteres an deren Stelle treten und lösen nur höchst selten Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern aus.

Diese Gutachten sind in unseren Auswertungen nicht enthalten. Die Entwicklung bleibt abzuwarten, und die Erfahrung wird zeigen, welche Verläufe diese Fälle nehmen.