

Erwerbsminderungsrenten

Sozialmedizinische Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit aus der Sicht eines Internisten

K.-D. Kolenda
Kronshagen

Die vorliegenden Ausführungen basieren auf den Erfahrungen, die der Autor während einer fast 22-jährigen Tätigkeit als Chefarzt einer Rehabilitationsklinik und einer über 40-jährigen Tätigkeit als medizinischer Sachverständiger bei der Sozialgerichtsbarkeit in Schleswig-Holstein gewonnen hat. Dabei geht es um die Begutachtung bei Antragstellern von Erwerbsminderungsrenten. Es wird vor allem die Praxis der sozialmedizinischen Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit dargestellt, aber es wird auch auf die damit verbundenen Schwierigkeiten, Probleme und Folgen der Begutachtung kritisch eingegangen.

■ Vorbemerkungen

Bis Ende 2000 konnten erwerbsgeminderte Angehörige der gesetzlichen Rentenversicherung unter bestimmten Bedingungen eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit erhalten. Eine Berufsunfähigkeitsrente stand ihnen zu, wenn sie ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben konnten und eine Verweisung auf eine andere zumutbare Tätigkeit nicht mehr in Betracht kam. Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, das am 1.1.2001 in Kraft getreten ist, wurden die gesetzlichen Vorschriften, die einen Rentenanspruch regeln, neu gefasst. Die Begriffe Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit sind seitdem vollständig entfallen. Weggefallen ist auch der bisherige Berufsschutz. Stattdessen sind eine Rente wegen teilweiser bzw. vollständiger Erwerbsminderung und eine Rente wegen teilweiser Erwerbsfähigkeit bei Berufsunfähigkeit hinzu getreten [1].

Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn der Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch 3 bis unter 6 Stunden leichte Arbeiten täglich verrichten kann. Da aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts der Teilzeit-Arbeitsmarkt als verschlossen angesehen wird, erhalten so beurteilte Antragsteller die volle Erwerbsminderungsrente [2]. Eine vollständige Erwerbsminderung ist dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist,

Sozialmedizinische Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit – Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – bio-psycho-soziales Krankheitsmodell – koronare Herzkrankheit – chronisch-obstruktive Lungenerkrankung – Kritik des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – Vorschläge für eine Novellierung

internistische praxis 57, 319–330 (2017)
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG

dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Arbeiten nur noch weniger als 3 Stunden täglich geleistet werden können.

Nach diesen gesetzlichen Bestimmungen gibt es volle Erwerbsminderungsrenten bei verschlossenem bzw. ohne verschlossenem Teilzeit-Arbeitsmarkt. Chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere die koronare Herzkrankheit (KHK), spielen bei beiden Formen der vollen Erwerbsminderungsrente eine führende verursachende Rolle.

Unabhängig von diesen quantitativen Grenzen können aber auch bestimmte qualitative Einschränkungen zur vollen Erwerbsminderungsrente führen, selbst dann, wenn bei Beachtung dieser Einschränkungen noch ein Leistungsvermögen von über 6 Stunden vorliegt. Zu diesen Einschränkungen gehören z. B. die sogenannte aufgehobene Wegefähigkeit, d. h. die Fähigkeit, einen Arbeitsplatz überhaupt erreichen zu können, und auch die Summe vieler ungewöhnlicher Einschränkungen wie auch die Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen. Auch wenn die Erwerbstätigkeit nicht mehr regelmäßig ausgeübt werden kann, liegt ebenfalls eine volle Erwerbsminderung vor.

Ein Sonderfall ist die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Diese Sonderregelung gilt für die vor dem 2.1.1961 geborenen Versicherten. Diese genießen auf der Grundlage ihrer beruflichen Qualifikation Berufsschutz. Zu beachten ist allerdings, dass auch für diesen Personenkreis die alte Berufsunfähigkeitsrente (2/3 der Vollrente) entfallen ist. Wer gemäß dieser Sonderregelung als berufsunfähig beurteilt wird, erhält nur die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit in Höhe einer halben Vollrente.

Im Gegensatz zu den bis Ende 2000 gültigen gesetzlichen Bestimmungen stellen die neuen Bestimmungen höhere Anforderungen an die erforderliche Minderung des beruflichen Leistungsvermögens bei Erwerbsminderungsrenten. Die Anforderung an die tägliche Arbeitszeit bei voller Leistungsfähigkeit lag früher bei mindes-

tens acht Stunden und liegt jetzt bei 6 Stunden und mehr. Die wichtigste Verschlechterung, die die neue Gesetzgebung für die Versicherten mit sich gebracht hat, betrifft diejenigen mit einem erlernten Beruf. Bis dahin konnte ein Versicherter, der in seinem erlernten Beruf nicht mehr leistungsfähig war, eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten. Eine Berufsunfähigkeit lag dann vor, wenn der Versicherte nicht mehr im Stande war, die erlernte Berufstätigkeit oder eine zumutbare Verweisungstätigkeit auszuführen. Heute kann ein Antragsteller auf jede Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden, ein sozialer Abstieg ist im Unterschied zu der früheren Regelung irrelevant. Wenn z. B. ein leitender Angestellter (ab dem Geburtsjahr 1961) noch als Verpacker für mindestens sechs Stunden täglich leichte Arbeiten verrichten kann, ist er nach den jetzt gültigen Regelungen in keiner Weise erwerbsgemindert. Weiterhin muss im Normalfall vom Rentenversicherungsträger keine konkrete Verweisungstätigkeit benannt werden. Es reicht aus, wenn dargestellt wird, unter welchen Voraussetzungen eine Beschäftigung möglich wäre, z. B. leichte Arbeiten in sitzender Position. Eine konkrete Verweisungstätigkeit muss nur benannt werden, wenn ungewöhnliche Einschränkungen vorliegen.

Darüber hinaus wird im Normalfall nur eine Zeitrente gewährt, die bis zu drei Jahre befristet sein kann. Eine Rente auf Dauer kommt nur in Betracht, wenn eine Besserung des Leistungsvermögens unwahrscheinlich ist. Renten wegen verschlossenem Teilzeit-Arbeitsmarkt sind immer Zeitrenten. Außerdem werden bei Erwerbsminderungsrenten vor dem 63. Lebensjahr Abschläge bis 10,8% abgezogen, obwohl dadurch keine steuernde Wirkung zu erzielen ist. 2014 lag die durchschnittliche Rente bei voller Erwerbsminderung bei 740 € [3]. Dabei ist zu beachten, dass ein Teil der krankheitsbedingten Frührentner nur die halbe Erwerbsminderungsrente erhält.

■ Beurteilung des Leistungsvermögens

Ganz allgemein lässt sich sagen, dass die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens Ver-

- **Leichte Arbeit:** Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, auch langandauerndes Stehen und Umhergehen
- **Mittelschwere Arbeit:** Handhaben 1–3 kg schwerer Steuereinrichtungen, Heben und Tragen mittelschwerer Lasten von 10–15 kg, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern
- **Schwere Arbeit:** Heben und Tragen von 20–40 kg schwerer Lasten in der Ebene und Steigen mit mittelschweren Lasten
- **Schwerste Arbeit:** Heben und Tragen von Lasten über 50 kg in der Ebene und Steigen mit schweren Lasten

Tab. 1 | Klassifikation der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen (nach REFA)

sicherter abhängig ist von den mit der Tätigkeit verbundenen beruflichen Belastungen und von den individuellen medizinischen Befunden zur Beurteilung ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit [4].

Berufliche Belastungen

► Tabelle 1 gibt in verkürzter Form eine Übersicht über die körperlichen Beanspruchungen an Arbeitsplätzen. Sie zeigt die Belastungen auf, die insbesondere mit leichten und mittelschweren Arbeiten verbunden sind. Dagegen spielen schwere und schwerste Arbeiten in der heutigen Arbeitswelt und damit auch in der Gutachtenpraxis kaum noch eine Rolle. ► Tabelle 2 zeigt, welche tätigkeitsbezogenen Gefährdungs- und Belastungsfaktoren, zu denen neben den körperlichen Belastungen auch geistige/psychische Belastungen gehören, bei der Begutachtung des Leistungsvermögens zu berücksichtigen sind.

- **Körperliche Belastungen/Arbeits-schwere**
 - Heben, Tragen, Bewegen von Lasten
 - Arbeitshaltung
 - Mobilität
- **Geistig-psychische Belastungen**
 - Reaktionsfähigkeit
 - Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer
 - Stimmung und Affektivität
 - Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, Flexibilität
 - Kompensationsfähigkeit
- **Besondere Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**
 - Publikumsverkehr
 - besondere Verantwortung für Personen und/oder Maschinen
 - Überwachung und/oder Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
 - Akkord, besonderer Zeitdruck, Überstunden
 - Nachtschicht, Schichtdienst, wechselnde Arbeitszeiten
 - Reisetätigkeiten, Arbeiten in Flugzeugen
 - erhöhte Unfall- oder Verletzungsgefahr
 - Kälte, Hitze, starke Temperaturschwankungen, Nässe
 - Lärm, Vibration
 - spezifische gefährdende Stoffe

Tab. 2 | Übersicht tätigkeitsbezogener Belastungsfaktoren

Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass bei der Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens zunächst ein quantitativer Aspekt im Vordergrund steht. Sind dem Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitstäglich noch leichte Arbeiten für 6 Stun-

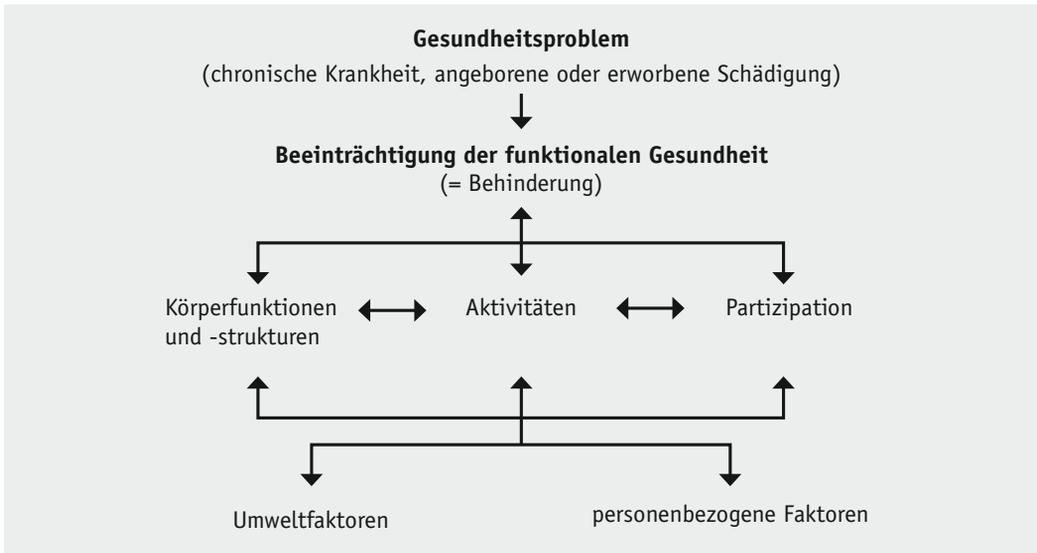


Abb. 1 | Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO)

den und mehr, für 3 bis unter 6 Stunden oder nur noch für unter 3 Stunden zuzumuten? Nur für Versicherte, die heute 56 Jahre und älter sind, ist darüber hinaus von Interesse, ob sie einen Beruf erlernt und diesen zuletzt ausgeübt haben, weil nur sie noch einen (reduzierten) Berufsschutz genießen. Die Beantwortung der genannten Fragen ist abhängig von den erhobenen medizinischen Befunden.

Für die Bewertung der medizinischen Befunde ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO aus dem Jahre 2001) maßgeblich (► Abb. 1). Dabei führt ein Gesundheitsproblem, z. B. eine chronische Krankheit, zu einer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, die sich in Störungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe) ausdrücken kann. Berücksichtigt werden dabei fördernde und behindernde Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die unter dem Begriff der Kontextfaktoren zusammengefasst werden.

Zur Bedeutung der ICF für die Praxis der sozialmedizinischen Begutachtung sei noch einmal gesagt, dass für die Beurteilung des Leistungsvermögens nicht die Krankheitsdiagnose allein wichtig ist, sondern die maßgeblichen Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Deshalb spricht man vom Krankheitsfolgenmodell der ICF. Es besteht jedoch Unklarheit darüber, inwieweit die ICF über diese grundsätzliche Bedeutung hinaus bei der Beurteilung des Leistungsvermögens sinnvoll

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Laborwerte
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG (Ergometrie)
- Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Lungenfunktionsuntersuchung
- Röntgenbefund der Lungen

Tab. 3 | Die für die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens wichtigsten internistischen Untersuchungsmethoden [5, 6]

und nützlich eingesetzt werden kann [4]. Deshalb sei kurz auf einige kritische Fragen, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden, eingegangen. So erlaubt die Anwendung der ICF eine Querschnittsbetrachtung (»Momentaufnahme«). Zur Beurteilung des Leistungsvermögens ist aber häufig eine Längsschnittbetrachtung notwendig, aus der sich die Prognose ableiten lässt. Weiterhin ist nicht festgelegt, welche der vielen Kontextfaktoren bei der Beurteilung des Leistungsvermögens zu berücksichtigen sind und welche nicht. Außerdem ist die ICF eine krankheitsunabhängige Klassifikation. Bei der Bewertung der Krankheitsfolgen muss jedoch in den meisten Fällen die Krankheitsdiagnose berücksichtigt werden.

Medizinische Befunde

Deshalb sind die mit den in ►Tabelle 3 angeführten internistischen Untersuchungsmethoden erhobenen medizinischen Befunde für die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens weiterhin ausschlaggebend [5, 6].

- **Klasse I:** A. p. nur bei starker und andauernder Belastung bei der Arbeit und in der Freizeit
- **Klasse II:** A. p. bei schnellem Gehen und Treppensteigen, nach den Mahlzeiten, in der Kälte, bei Gegenwind, nach emotionaler Belastung und einige Stunden nach dem Aufwachen
- **Klasse III:** A. p. schon bei kurzen Gehstrecken in der Ebene und Treppensteigen von nur 1 Etage
- **Klasse IV:** A. p. bei jeder körperlichen Aktivität oder schon in Ruhe

Tab. 4 | Schweregradeinteilung der Angina pectoris (A. p.) nach der Canadian Cardiovascular Society (CCS), aus [7]

Das wichtigste Verfahren ist die Anamnese und die körperliche Untersuchung auf der Grundlage der medizinischen Vorbefunde, die den jeweiligen Gerichts- und Sozialversicherungsakten zu entnehmen sind. Zu den wichtigsten objektiven Verfahren, insbesondere bei Patienten mit einer KHK, gehören das Belastungs-EKG, die Echokardiographie und das 24-Stunden-Langzeit-EKG. Bei chronischen Atemwegserkrankungen, z. B. einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), ist neben dem Röntgen-Thorax-Befund das Ergebnis der Lungenfunktionsuntersuchung von großer Bedeutung. Ziel ist in jedem Fall, zu einer Beurteilung des Schweregrades der bei dem Antragsteller vorliegenden Erkrankungen zu kommen.

Bei der Anamnese von Patienten mit einer KHK ist ein wichtiges Symptom das Vorhandensein einer Angina pectoris (A. p.). Eine Schweregradeinteilung ist nach der CCS (Canadian Cardiovascular Society) möglich [7]. So sind bei Vorliegen einer A. p. der Klasse I und II meist noch leichte Arbeiten 6 Stunden und mehr täglich zumutbar, während bei einer A. p. der Klasse III das Leistungsvermögen meist unter 6 Stun-

- **Auftreten von Beschwerden:**
z. B. Angina-pectoris-Anfall, ausgeprägte Atemnot, muskuläre Erschöpfung, Nachweis elektrokardiografischer Veränderungen, Auftreten von Herzrhythmusstörungen
- **Abnorme Blutdruckreaktionen:**
z. B. Anstieg des Blutdrucks auf 230-250 mmHg systolisch bzw. 120-150 mmHg diastolisch, ausbleibender Blutdruckanstieg unter Belastung
- **Erreichen der Ausbelastungsherzfrequenz:**
z. B. 200 (ab dem 60. Lebensjahr: 180) pro Minute minus Lebensalter, ausbleibender Herzfrequenzanstieg unter Belastung

Tab. 5 | Abbruchkriterien beim Belastungs-EKG (Fahrradergometrie im Sitzen), aus [8]

Maximalleistung bei der Ergometrie		Dauerbelastbarkeit	Körperliche Belastbarkeit
ca. 75 Watt	ca. 1 Watt/kg KG	ca. 50 Watt	leicht
> 75–125 Watt	1–1,5 Watt/kg KG	> 50–75 Watt	mittel-schwer
> 125–150 Watt	1,5–2 Watt/kg KG	> 75–100 Watt	schwer
ab 150 Watt	> 2 Watt/kg KG	ab 100 Watt	schwerst

Tab. 6 | Beziehungen zwischen ergometrischer Maximalleistung, Dauerbelastbarkeit und körperlicher Belastbarkeit für leichte, mittelschwere, schwere und schwerste Arbeiten, aus [8]

KG	Maximalleistung	Dauerbelastbarkeit
75 kg	75 Watt	50 Watt
100 kg	100 Watt	67 Watt
150 kg	150 Watt	100 Watt

Tab. 7 | Beispiele für die notwendige ergometrische Maximalleistung und Dauerbelastbarkeit für leichte Arbeiten in Abhängigkeit vom Körpergewicht (KG)

- **Größe des linken Herzens:**
 - < 56 mm: normal
 - 56–60 mm: leicht erweitert
 - 61–69 mm: mittelgradig erweitert
 - > 70 mm: hochgradig erweitert
- **Auswurfraction:**
 - > 60%: normal
 - 50–60%: leichte Funktionsstörung
 - 40–50%: mittelschwere Funktionsstörung
 - < 40%: schwere Funktionsstörung

Tab. 8 | Schweregrade der linksventrikulären Funktionsstörung aufgrund von echokardiografischen Befunden, aus [8]

den täglich und bei A. p. der Klasse VI meist unter 3 Stunden abgesunken ist (► Tab. 4). Voraussetzung für diese Schweregradbeurteilung ist natürlich, dass bei dem Antragsteller tatsächlich eine gesicherte KHK besteht.

Die Beurteilung des Schweregrades einer chronischen Herzinsuffizienz ist in analoger Weise nach der Klassifikation der bekannten NYHA (New-York-Heart-Association) aufgrund von subjektiven Kriterien möglich. Voraussetzung ist ebenfalls, dass tatsächlich eine chronische Herzschwäche diagnostiziert wurde, z. B. aufgrund von Echokardiografie-Befunden.

Das wichtigste objektive Untersuchungsverfahren zur Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens bei chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen

ist das Belastungs-EKG (Ergometrie). Es sollte am besten in sitzender Position auf dem Fahrrad-Ergometer durchgeführt werden, beginnend mit 2 Minuten 25 Watt, wobei die Belastung dann alle 2 Minuten um 25 Watt bis zum Auftreten der in ► Tabelle 5 angeführten Abbruchkriterien gesteigert wird. Die letzte absolvierte vollständige Belastungsstufe entspricht der maximalen Leistungsfähigkeit (Maximalleistung). Entscheidend für die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens ist die Dauerbelastbarkeit, die etwa 2/3 der maximalen Leistungsfähigkeit beträgt [8].

Aus ► Tabelle 6 ergibt sich, dass leichte Arbeiten eine Dauerbelastbarkeit von 50–75 Watt voraussetzen, während bei einer Dauerbelastbarkeit von unter 50 Watt auch leichte Arbeiten

Schweregrad	Charakteristik
III (schwer)	<ul style="list-style-type: none"> – $FEV_1 < 30\%$ Soll, $FEV_1/VK < 70\%$ oder – $FEV_1 < 50\%$ Soll und chronische respiratorische Insuffizienz oder Rechtsherzinsuffizienz
II (mittelgradig)	<ul style="list-style-type: none"> – $30\% \leq FEV_1 < 80\%$ Soll, $FEV_1/VK < 70\%$ – mit/ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe)
I (leichtgradig)	<ul style="list-style-type: none"> – $FEV_1 \geq 80\%$ Soll, $FEV_1/VK < 70\%$ – mit/ohne Symptomatik (Husten, Auswurf, Dyspnoe evtl. bei starker körperlicher Belastung)
0 (Risikogruppe)	<ul style="list-style-type: none"> – normale Spirometrie – chronische Symptome (Husten, Auswurf)

Tab. 9 | Schweregradeinteilung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung nach der GOLD-Initiative (Global Initiative for Obstructive Lung Disease), aus [9]

nur noch weniger als 6 Stunden täglich zuzumuten sind.

Zu berücksichtigen ist bei dieser Betrachtungsweise, dass die in ► Tabelle 6 aufgeführten Zusammenhänge nur für Personen mit etwa normalem Körpergewicht (KG bis 75 kg) gelten. Nur bei dieser Personengruppe entspricht eine ergometrische Maximalleistung von ca. 75 Watt zugleich einer Maximalleistung von ca. 1 Watt/kg KG und einer Dauerbelastbarkeit von ca. 50 Watt. Bei adipösen Patienten muss jedoch das tatsächliche Körpergewicht (KG) berücksichtigt werden (► Tab. 7). So beträgt z. B. bei einem KG von 100 kg die notwendige Maximalleistung für leichte Arbeiten 100 Watt und die Dauerbelastbarkeit ist rechnerisch mit 67 Watt ebenfalls bei einem höheren Wert als 50 Watt angesiedelt. Bei einem Körpergewicht von z. B. 150 kg beträgt die Maximalleistung, die für leichte Arbeiten mindestens erforderlich ist, 150 Watt und die Dauerbelastbarkeit rechnerisch sogar 100 Watt. Diese Beispiele sollen zeigen, dass bei der Beurteilung der ergometrischen Leistungsfähigkeit im Rahmen von medizinischen Gutachten bei Rentenverfahren das Körpergewicht nicht außer Acht gelassen werden darf (siehe dazu auch die Bewertung der Ergebnisse der Belastungs-EKGs bei den später beschriebenen drei Gutachtenfällen).

In ► Tabelle 8 sind echokardiografische Befunde angeführt, mit denen der Schweregrad einer linksventrikulären Funktionsstörung eingeschätzt werden kann [8]. Damit lässt sich der Schweregrad einer chronischen Herzinsuffizienz objektivieren.

Auch das 24-Stunden-Langzeit-EKG kann über den Schweregrad von eventuell vorhandenen ventrikulären Herzrhythmusstörungen entsprechend der LOWN-Klassifikation Aufschluss geben. LOWN-Klasse I bedeutet eine leichtgradige Herzrhythmusstörung, die auf das Leistungsvermögen keine Auswirkung hat, Klasse II und IIIa bedeuten eine mittelschwere Störung, Klasse IIIb und IVa eine schwere Störung und Klasse IVb bedeutet eine schwerste (maligne) Störung, die zum Tode führen kann.

Bei der abschließenden beruflichen Leistungsbeurteilung ergibt sich bei Patienten mit einer gesicherten KHK auf der Basis einer Synopsis der erhobenen medizinischen Befunde eine Einschätzung der sich daraus ergebenden Leistungsbeeinträchtigungen im Alltag und der zumutbaren beruflichen Tätigkeiten [5, 6].

Bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, insbesondere einer COPD, kann die

Schweregradeinteilung nach der GOLD-Initiative (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) erfolgen (► Tab. 9) [9]. Der wichtigste objektive Parameter ist dabei das Forcierte Expiratorische Volumen in der ersten Sekunde (FEV1).

■ Drei exemplarische Gutachtenfälle

Im Folgenden werden an drei Gutachtenfällen die Praxis, aber auch die Schwierigkeiten und Folgen der Begutachtung des beruflichen Leistungsvermögens nach den heute geltenden gesetzlichen Bestimmungen dargestellt.

Gutachten-Patient 1; 58 Jahre alt

Anamnese: Seit der Jugend Sehbehinderung links. Seit vielen Jahren ein überempfindliches Bronchialsystem und ein Bluthochdruck bekannt. 1998 Diagnose einer KHK und Bypass-Operation. Seitdem Angstzustände und Panikattacken. 2006 Operation im Bereich der rechten Halsschlagader. Jetzt: Angeblich fast täglich auftretende A. p. mit Kurzatmigkeit. Häufig dann Auftreten von Angstzuständen. Weiterhin leide er an Husten. Er nehme bronchialerweiternde Sprays und blutdrucksenkende Medikamente ein. Nitro-Spray könne er nicht vertragen. Nichtraucher. Kein erlernter Beruf. Bezieht ALG II.

Befunde: Größe 1,79 m, Gewicht 85 kg, BMI 27. Belastungs-EKG: Belastbar bis 2 min 100 Watt entsprechend ca. 54% der Sollbelastung. Abbruch wegen Atemnot und Schwäche in den Beinen. Beurteilung: Mäßig eingeschränkte Herzkreislaufbelastbarkeit (Maximalleistung 100 Watt, Dauerbelastbarkeit ca. 67 Watt, erforderliche Dauerbelastbarkeit für leichte Arbeiten ca. 57 Watt), keine Ischämien, keine A. p. Echokardiografie: kein auffälliger Befund. Lungenfunktionsuntersuchung: Leichte zentrale obstruktive Ventilationsstörung. Augenärztliche Untersuchung: Sehschärfe rechts 1,0, links 0,7 bei deutlicher Fehlsichtigkeit. Ausgeschlossen seien Berufe, die einen Visus von 1,0 erfordern wie Busfahrer und Pilot.

Diagnosen: Koronare 3-Gefäßerkkrankung mit stabiler A. p. und kompensiertem Bluthochdruck, leichtgradiges gemischtes Asthma bronchiale, Carotis-interna-Stenose mit Zustand nach Operation, Sehschwäche links, Angsterkrankung.

Sozialmedizinische Beurteilung: Leistungsvermögen: leichte Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich zumutbar. Weitere qualitative Einschränkungen: keine übermäßigen Stressbelastungen (Zeitdruck, Fließbandarbeit, Nacht- und Wechselschicht), keine Exposition gegenüber Kälte, Nässe, Atemwegsreizstoffen einschließlich Hausstaub, keine außerordentlichen Anforderungen an das Sehvermögen. Besserung unwahrscheinlich.

Gutachten-Patient 2; 60 Jahre alt

Anamnese: 2008 Herzinfarkt und Diagnose einer KHK, frühere Empfehlung einer Bypass-Operation, die nicht durchgeführt wurde. Im selben Jahr Diagnose eines mittelgradigen abdominalen Aortenaneurysmas. Vom Lungenfacharzt seit Jahren wegen einer leicht- bis mittelgradigen chronischen Bronchitis behandelt. Jetzt: A. p. bei leichter Belastung, spricht auf Nitro-Spray an. Atemnot bei leichter Belastung mit Husten und Auswurf. Seit vielen Jahren Bluthochdruck, mit Medikamenten ausgeglichen. Rauchen: 20 Zigaretten pro Tag seit dem 16. Lebensjahr, seit einiger Zeit Nichtraucher. Kein erlernter Beruf. Bezieht ALG II.

Befunde: Größe 1,69 m, Gewicht: 91 kg, BMI 32. Belastungs-EKG: Belastbar bis 20 Sekunden 75 Watt entsprechend circa 30% der Sollbelastung. Abbruch wegen zunehmender A. p. mit beginnenden ST-Streckensenkungen. Beurteilung: deutlich eingeschränkte Herzkreislaufbelastbarkeit (Maximalleistung von 50 Watt, Dauerbelastbarkeit ca. 33 Watt, erforderliche Dauerbelastbarkeit für leichte Arbeiten von ca. 61 Watt), A. p. und Ischämiezeichen unter Belastung.

Diagnosen: KHK mit Zustand nach Herzinfarkt mit A. p. bei leichter Belastung (CCS II-III) und deutlich eingeschränkter Belastbarkeit, arteriosklerotische Makroangiopathie mit mittelgra-

digem Bauchortenaneurysma, leicht bis mittelgradige COPD, medikamentös kompensierter Bluthochdruck.

Sozialmedizinische Beurteilung: Leistungsvermögen: leichte Arbeiten 3 bis unter 6 Stunden täglich. Weitere qualitative Einschränkungen: keine Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Atemwegsreizstoffen, keine übermäßigen Stressbelastungen. Besserung unwahrscheinlich.

Gutachten-Patient 3; 53 Jahre alt

Anamnese: 1999 Diagnose einer koronaren 2-Gefäßkrankung mit Bypass-Operation. Seit dieser Zeit Bluthochdruck bekannt, mit Medikamenten behandelt, zeitweise trotzdem sehr hohe Werte. 2005 erste Bandscheibenoperation im LWS Bereich, 2008 zweite Bandscheibenoperation. 2007 erneute Koronarangiografie: schwere diffuse KHK. Jetzt: ständig Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das rechte Bein. Seit der letzten Operation Handstock. Häufig drückende Schmerzen in der Brust in Verbindung mit Atemnot bei leichten Anstrengungen, z. B. beim Treppensteigen von einer Etage. Häufig wache er nachts wegen Atemnot auf und müsse dann auf den Balkon gehen, um Luft zu bekommen. 5 bis 10 Minuten nach Anwendung von Nitro-Spray Besserung. Rauchen: Bis 1999 1–2 Schachteln pro Tag, seitdem Nichtraucher. Kein erlernter Beruf. Bezieht ALG II.

Befunde: Größe 1,66 m, Gewicht 83 kg, BMI 30. Ruhe-EKG: ausgeprägte diffuse Erregungsrückbildungsstörungen. Belastungs-EKG: bis 1 Minute 50 Watt belastbar, Abbruch wegen Druckgefühl in der Brust, Atemnot und Schmerzen in den Beinen. Beurteilung: Abbruch auf niedrigster Stufe. Stark eingeschränkte Herz-Kreislauf-Belastbarkeit (Maximalleistung und Dauerbelastbarkeit deutlich < 50 Watt, erforderliche Dauerbelastbarkeit für leichte Arbeiten ca. 55 Watt), A. p. schon bei niedriger Belastungsstufe. Echokardiografie: leichte Vergrößerung von linkem Vorhof und linker Herzkammer, deutliche Verdickung des Kammerseptums, Auswurffraktion leicht eingeschränkt.

Diagnosen: Schwere diffuse KHK bei Zustand nach Bypass-Operation mit deutlicher Linksherzhypertrophie, stabiler A. p. (CCS III) und Herzinsuffizienz (NYHA II–III), eingeschränkte Gehfähigkeit bei degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich mit Zustand nach zweimaliger Bandscheiben-Operation.

Sozialmedizinische Beurteilung: Leistungsvermögen: leichte Arbeiten unter 3 Stunden täglich. Besserung unwahrscheinlich.

Die Beispiele zeigen, dass bei dem ersten Gutachten-Patienten trotz einer bestehenden schweren KHK und weiterer ins Gewicht fallender ernstzunehmender Gesundheitsstörungen keine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens für leichte Arbeiten festzustellen war, sodass dem Patienten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen keine Erwerbsminderungsrente zustand. Auch die Parallel-Gutachten auf orthopädischem und psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet waren zu einer entsprechenden Beurteilung gekommen. Dagegen erhielt der zweite Gutachten-Patient eine volle Erwerbsminderungsrente aufgrund einer Verschlussenheit des Teilzeit-Arbeitsmarktes und der dritte eine volle Erwerbsminderungsrente aufgrund der zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens unabhängig vom Teilzeit-Arbeitsmarkt.

■ Schlussfolgerungen

Älteren Patienten der gesetzlichen Rentenversicherung mit gesundheitlichen Einschränkungen, die arbeitslos sind bzw. deren Arbeitsplatz gefährdet ist, wird von ihren Ärzten häufig empfohlen, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Vielen Ärzten ist jedoch nicht klar, welche hohen Anforderungen an die erforderliche Minderung des beruflichen Leistungsvermögens bei Erwerbsminderungsrenten seit dem 1.1.2001 gestellt werden. Deshalb sind bei vielen Anträgen Enttäuschungen und Frustrationen der Patienten vorprogrammiert.

In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass von den Sozialverbänden [10] und den Gewerk-

schaften [11] eine Novellierung der gesetzlichen Bestimmungen über die Gewährung von Erwerbsminderungsrenten vorgeschlagen wird. Der wichtigste Punkt ist zweifellos, dass ältere Versicherte, die nur noch leichte Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten können, bei denen vielfältige Funktionseinschränkungen bestehen und denen in einer angemessenen Frist kein ihrem noch verbliebenen Leistungsvermögen entsprechender konkret vorhandener Arbeitsplatz nachgewiesen werden kann, einen Zugang zur Erwerbsminderungsrente erhalten sollten. Ein Beispiel dafür ist der geschilderte Fall des Gutachten-Patienten 1. Da die meisten Erwerbsminderungsrenten sehr niedrig sind, für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen und deshalb häufig über die Grundsicherung aufgestockt werden müssen, wird die Abschaffung der Abschläge durch z. B. eine Verlängerung der Zurechnungszeiten vorgeschlagen, wie das bei Arbeitsunfällen und Kriegsopfern schon der Fall ist. Eine weitere wichtige sozialpolitische Forderung in diesem Zusammenhang muss die Wiedereinführung der Berufsunfähigkeitsrente sein, wie sie vor 2001 bestanden hat. Die (teilweise) Streichung dieser Rentenform bedeutet für den Teil unserer Bevölkerung, der einen erlernten Beruf ausgeübt hat, eine klammheimliche Enteignung wesentlicher sozialer Rechte, die bis Ende 2000 gültig waren.

■ Zusammenfassung

Die vorliegenden Ausführungen beschäftigen sich mit der sozialmedizinischen Begutachtung des beruflichen Leistungsvermögens bei Erwerbsminderungsrenten-Verfahren aus der Sicht eines auf diesem Gebiet über 40 Jahre lang gutachterlich tätigen Internisten. Zunächst werden die seit dem 1.1.2001 geltenden neuen gesetzlichen Bestimmungen erläutert. Danach gibt es eine Rente wegen teilweiser und eine Rente wegen vollständiger Erwerbsminderung. Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich leichte Arbeiten verrichtet werden können. Eine vollständige

Erwerbsminderung ist festzustellen, wenn das zeitliche Leistungsvermögen für leichte Arbeiten unter 3 Stunden täglich abgesunken ist.

Da aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts derzeit der Teilzeit-Arbeitsmarkt verschlossen ist, erhalten auch Antragsteller mit einer teilweisen Erwerbsminderung die volle Erwerbsminderungsrente. Ein Sonderfall ist die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, die nur für die vor dem 2.1.1961 geborenen Versicherten gilt, die einen erlernten Beruf ausgeübt haben. Die Höhe dieser Rente beträgt (nur noch) die Hälfte einer Vollrente.

Die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens ist abhängig von den mit der Tätigkeit verbundenen beruflichen Belastungen und den medizinischen Befunden zur Beurteilung der physischen und psychischen Belastbarkeit. Es werden die wichtigsten Untersuchungsmethoden kurz besprochen, die aus internistischer Sicht für die Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens herangezogen werden können. Bei Vorliegen einer chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankung, insbesondere einer koronaren Herzkrankheit, gehören dazu neben Anamnese und der körperlichen Untersuchung auf der Basis der in den vorliegenden Akten zu findenden Vorbefunde vor allem das Belastungs-EKG, die Echo-kardiografie und das 24-Stunden-Langzeit-EKG. Bei Vorliegen einer chronischen Atemwegserkrankung, insbesondere einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung, gehören dazu weiterhin neben dem Röntgen-Thoraxbefund das Ergebnis der Lungenfunktionsuntersuchung.

An Hand von drei exemplarischen Gutachtenfällen werden Praxis, Schwierigkeiten und Folgen der Begutachtung nach den heutigen gesetzlichen Bestimmungen dargestellt. Abschließend erfolgt eine kritische Bewertung der seit 2001 gültigen gesetzlichen Bestimmungen und es werden Vorschläge für eine gesetzliche Novellierung bei Erwerbsminderungsrenten bekannt gemacht, wie sie vom Sozialverband VdK Deutschland und den Gewerkschaften in die Diskussion gebracht worden sind.

Kolenda KD:
Disability pensions. Sociomedical
expertising of professional efficiency
from the perspective of an internist

Summary: This paper deals with the sociomedical expertising of the professional efficiency in cases of disability pensions from the perspective of an internist who has had experience in this field for over 40 years. First of all, the new legal regulations, which have been in force since 1.1.2001, are described. In accordance with these regulations there are pensions of partial and of complete disability. A partial disability exists if working time is possible only for 3 to less than 6 hours per day. A complete disability exists if possible working time has dropped to below 3 hours a day.

According to a ruling of the Social Federal Court the part time labour market is at present closed, so any applicant who has a partial disability receives a full disability pension. A special case is the pension of partial disability in occupational disability which applies only to insured persons which were born before 2.1.1961 and who have an occupation requiring a vocational qualification. The amount of the pension is only half of the full pension.

The assessment of the professional capacity depends on the occupational burden and the medical findings in order to assess the physical and psychological resilience.

The most important methods of examination, which can be used for the assessment of the quantitative capacity, are discussed from the perspective of internal medicine. In case of a cardiovascular disease, especially coronary heart disease (CHD), this includes besides anamnesis, physical examination and previous results from available case records ergometry, echocardiography and 24-hours-holter monitoring. In case of chronic pulmonary disease, especially chronic obstructive pulmonary disease (COPD), this also includes besides ray thorax

investigation the result of pulmonary function testing.

On the basis of three assessments which are intended to serve as representative examples, practical experience, difficulties and results of the sociomedical expertising in accordance with the currently valid legal requirements are described. In conclusion there follows a critical evaluation of the new legal regulations which have been in force since 2001, and proposals are made for a legal amendment to the act on disability pensions as they have been brought into discussion by the social association Sozialverband VdK Deutschland and the trade unions.

Keywords: sociomedical expertising of professional efficiency – act on the reform of disability pensions – bio-psycho-social model of disease – coronary heart disease – chronic obstructive pulmonary disease – critical view of the act on the reform of disability pensions and proposals for a legal amendment

Literatur

1. Chojetzki U. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung. Springer Verlag 2011, 7. Auflage, S. 15–23.
2. Schubert M, et al. Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt- der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. DRV-Schriften 55/ 2006, S. 237–256.
3. <http://www.finanztip.de/berufsunfaehigkeitsversicherung/erwerbsminderungsrente/>
4. Cibis W, et al. Die sozialmedizinische Begutachtung. In: Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung. Springer Verlag 2011, 7. Aufl., 79–129.
5. Kolenda KD. Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Dtsch med Wschr 1998; 123: 741–748.
6. Kolenda KD. Sozialmedizinische Praxis bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit in einer Rehabilitationsklinik. internist prax 2001; 41: 583–591.

7. Harrisons Innere Medizin, 16. Aufl., 1537–1568.
8. Schwaab B, Franz IW. Herz- Kreislauf-Erkrankungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung. Springer Verlag 2011, 7. Aufl., 289–324.
9. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der COPD. Herausgegeben von der Deutschen Atemwegsliga e.V. Georg Thieme Verlag 2002, S. 3.
10. Stellungnahme des Sozialverbands Deutschland unter <http://www.sovd.de/1508.0.htm1>
11. Pressemitteilung der IG Bau vom 8.10.2009: Erwerbsminderungsrenten auf die Koalitions-Tagesordnung! <https://www.igbau.de/Binaries/Binary13804/pm-108-erwerbsminderungsrente-8.10.2009.pdf>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestand.



Prof. Dr. Klaus-Dieter Kolenda
Villenweg 21
24119 Kronshagen

Klaus-Dieter.Kolenda@gmx.de