

Merkblatt für den behandelnden oder Hausarzt

Bei laufenden Rentenverfahren (DRV oder BG) oder Verfahren wegen Zuerkennung eines Behindertengrades werden manchmal Auskünfte beim behandelnden Arzt eingeholt. Auch bei privaten BU-Versicherungsverträgen ist das so, bei Verfahren wegen der Ausstellung/Erhöhung eines Grades der Behinderung (auch Merkzeichen) und ebenso bei den Versorgungswerken.

Generell sinnvoll ist es aber schon bei der Abgabe des jeweiligen Antrages rechtlich verwertbare Arztberichte abzugeben, denn oft wird von den Behörden oder Gesellschaften auch nicht nachgefragt. Rechtlich verwertbar bedeutet, dass eine ärztliche Meinung nicht einfach so im Raum steht, sondern nachvollziehbar begründet und / oder objektiviert abgegeben wird. Ebenso soll der Arztbericht auch aus rechtlicher Sicht eindeutig und klar formuliert sein. Die Akzeptanz der Behörden und Gesellschaften (nachfolgend nur noch als „Behörden“ bezeichnet) ist bei ärztlichen Attesten dann nicht besonders groß, wenn der behandelnde oder Hausarzt ein Attest schreibt, welches die entscheidungsrelevanten rechtlichen Inhalte nicht oder verfälscht aufweist. Ein Attest für einen Sozial- oder sonstigen Leistungsträger, welches wirksam sein soll, unterscheidet sich deshalb von einem Arztbrief, der für einen ärztlichen Kollegen ausgefertigt wird. Um diese Unterschiede und um, aus rechtlicher Sicht, eindeutige und klare Formulierungen soll es nachfolgend gehen. Aufgeführt sind nur Beispiele, die auf die jeweilige Situation angepasst werden müssen. Andernfalls ist immer Streit vorprogrammiert und eine Hilfe für den jeweiligen Patienten ist genau dies nicht. Streitigkeiten stellen meist eine Belastung für den gesundheitlich angeschlagenen Patienten dar. Hinzu kommt, dass ein wirksames und aussagekräftiges ärztliches Attest dabei hilft, die Verfahrenslaufzeit zu verkürzen, was immer auch dem jeweils behandelnden oder Hausarzt zu gute kommt. Dieser wird dann, insgesamt gesehen, weniger von den Behörden in Anspruch genommen, wenn das Attest klar ist und keine Rückfragen provoziert.

Es geht in diesem Merkblatt nicht darum Vorgaben irgendwelcher Art zu machen. Es geht darum bewusst zu machen, das es in sozialrechtlichen Verfahren (Erwerbsminderungsrente, Behindertengrad, BG-Rente) oder privatrechtlichen Verfahren (BU-Versicherung der privaten Gesellschaften oder Versorgungswerken) immer zuerst um die Einschränkungen des Patienten geht und um die Krankheiten/Verletzungen erst in zweiter Linie. Es sollen also die vorhandene Einschränkungen usw. durch den Arzt auch aus rechtlicher (nachfolgend als „sozialrechtlich“ bezeichnet) Sicht eindeutig beschrieben, bzw. charakterisiert werden. Auch geht es darum, dass der Arzt bei seinem Attest konkret sein muss, also wachsweiße Formulierungen möglichst vermeiden soll und er muss vollständig sein in seiner Beschreibung der Einschränkung und deren Auswirkungen im sozialrechtlich verwertbaren Attest. Sollte bei dem einen oder anderen Arzt ausreichend sozialrechtliches Wissen vorhanden sein, vermittelt das Merkblatt keine neuen Erkenntnisse.

Grundsätzlich gilt bei allen derartigen Verfahren, das es um die Krankheiten / Verletzungen erst in zweiter Linie geht, erstrangig sind die Auswirkungen der Krankheiten / Verletzungen.

Es sollen also alle Diagnosen in der Gesamtheit kurz aufgeführt werden. Unbedingt wichtig ist es aber die Funktionseinschränkungen und deren Messmethode usw. möglichst vollständig, ausführlich und mit ihren Wechselwirkungen anzugeben. Ein Bluthochdruck, der medikamentös gut eingestellt ist, wirkt sich nicht auf die Resterwerbsfähigkeit aus, ebenso eine Depression nicht, wenn die Medikamente wirksam sind.

Gelegentlich wird der behandelnde Arzt um eine Stellungnahme zu einem Fremd-Gutachten, welches im Rentenverfahren angefertigt wurde, gebeten. Es geht hierbei u.A. darum, ärztliche Unlogik im Gutachten, unvollständige Darstellungen des Gesundheitszustandes, Außerachtlassung von Krankheits(teil)bildern, ziehen falscher Rückschlüsse, Verniedlichung von Krankheits(teil)bildern und deren Auswirkungen aufzudecken falls Solches geschehen wäre. Es soll die Gesamterkrankung des jeweiligen Patienten mit allen Teilkrankheitsbildern und ihren gegenseitigen Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit dargestellt werden. Eine verständlich erklärende und eindeutige Ausdrucksweise, möglichst mit allgemeinverständlichen Worten und Formulierungen, ist hierbei wichtig, weil z.B. die meisten Richter, die über solch einen Fall entscheiden müssen, selbst keine Mediziner sind und sich deshalb auf die ärztlichen Aussagen verlassen müssen. Der Arztbericht des behandelnden Arztes ist Entscheidungsgrundlage von Personen, die zwar oft über gewisse Erfahrungen verfügen, selbst aber keine Ärzte sind. Zieht ein Gutachter falsche Rückschlüsse, kann es sein, dass ein Richter den falschen Rückschlüssen

folgt. Dem gilt es vorzubeugen, bzw. zu entgegnen. Als Gerüst für die ärztliche Gegenstellungnahme kann das jeweilige Gutachten dienen. Beispiel: „*Nachfolgende Stellungnahme zum Gutachten vom 00.00.00 des Herrn Dr. Xyyy dient zur Verwendung im sozialrechtlichen Verfahren, welches mein Patient Herr / Frau Yxxx führt. Seite 1, zweiter Absatz: unvollständige Diagnosestellung, es fehlen:..... Seite 1, fünfter Absatz: Die Funktionseinschränkungen sind unvollständig beschrieben weil....., siehe Bericht des Herrn Dr..... vom.*“ usw.

Soll eine Stellungnahme zu einem Fremd-Gutachten abgegeben werden, muss man sich auch verdeutlichen, was der Gutachter tun muss, was er tun darf und was er nicht tun darf. Bei einer Begutachtung geht es allein darum, den Gesundheitszustand des Probanden vollständig, umfassend und in all seinen Wechselwirkungen aufzuklären und die Auswirkungen dieses Gesundheitszustandes auf die Resterwerbsfähigkeit festzustellen. Es geht z.B. in einem sozialmedizinischen Gutachten nicht darum, festzustellen wie eine Krankheit heißt, die diese oder jene Schmerzen verursacht. Es geht um beim Beispiel „Schmerzen“ zu bleiben darum die Intensität Art, Dauer und Örtlichkeit der Schmerzen aufzuklären und **welche Einschränkungen diese Schmerzen auf die Resterwerbsfähigkeit bzw. auf das tägliche Leben haben**. Manchmal äußert ein Gutachter z.B. die Meinung, dass es sich unsere Gesellschaft nicht leisten kann gar zu viele Erwerbsgeminderte zu versorgen. Diese Meinung kann der Gutachter haben. Für die Begutachtung muss diese Meinung aber völlig ohne Bedeutung bleiben, weil der Gesetzgeber eindeutig klargestellt hat, dass es bei einem Begutachtungstermin allein darum geht den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit aufzuklären. Alles Andere ist Sache der Politik oder der Behörden. Lässt ein Gutachter die Meinung, dass es sich unsere Gesellschaft nicht leisten kann gar zu viele Erwerbsgeminderte zu versorgen in die Beurteilung der Resterwerbsfähigkeit im Einzelfall einfließen, verletzt er damit seine Obliegenheiten als Gutachter. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat in der überarbeiteten Fassung vom Sept. 2001 der Informationsschrift „*Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung*“ die Richtlinien für eine Begutachtung klargestellt. Diese Informationsschrift ist auf der Webseite der Deutschen Rentenversicherung (<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>) zu finden, wenn oben rechts in das „Suchkästchen“ die Stichworte „Das ärztliche Gutachten“ eingegeben werden. In der Ergebnisaufstellung klickt man dann „Begutachtung“ an und danach „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung, 2001“. Diese Hinweise sind im Wesentlichen allgemeingültig.

Ein objektives und ggf. schonungsloses Attest ist am wirkungsvollsten. Es ist am ehesten dazu geeignet, den Gutachter, den Richter oder den Sachbearbeiter dazu zu bringen die Informationen eines Attestes sachdienlich zu verarbeiten. Gefällige Atteste werden oft von den entscheidenden Personen nicht ernst genommen, auch Atteste die unvollständig oder unlogisch sind werden nicht ernst genommen. „Handwerklich“ nicht in Ordnung ist es aus sozialrechtlicher Sicht, wenn z.B. Merk- und Konzentrationsstörungen aufgeführt werden und nachfolgend wird nicht angegeben, in welcher Art und Weise die Merk- und Konzentrationsstörungen getestet / erkannt wurden, oder es ist keine Kopie beigelegt von einem Bericht eines Facharztes, der die Merk- und Konzentrationsstörungen getestet hat. Außerdem wäre es unlogisch in diesem Fall, wenn im Attest angegeben wird, dass die Patientin/der Patient vollständige und klare Angaben über einen längeren Zeitraum hinweg machen konnte, dies passt nicht zu den Merk- und Konzentrationsstörungen, die regelmäßig nach einer gewissen Zeit auftreten. Hier ist auch einer der Gründe zu erkennen, warum viele behandelnde Ärzte die Erfahrung gemacht haben, „*dass es doch keinen Zweck hat ein Attest abzugeben, weil es sowieso keine Berücksichtigung findet.*“

Es soll auch auf die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Krankheiten eingegangen werden (z.B. Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch psychische Probleme oder Verstärkung von Wirbelsäulenbeschwerden durch Abnutzungen eines Gelenks in einem Bein). Für die Ärzte sind solche Zusammenhänge immer vollständig logisch und klar auf der Hand liegend. Für den Sachbearbeiter bei einer Behörde, oder andere am Rentenverfahren beteiligte Personen, ist dies aber oft nicht klar. Und es wird natürlich dann immer nur das verarbeitet / berücksichtigt, was geschrieben ist.

Oft wird von einer Behörde auch nur die Übereinstimmung der Aussagen der verschiedenen Teilgutachter (orthopädischer Gutachter, neurologischer Gutachter usw.) über die Resterwerbsfähigkeit festgestellt und dann die BG-Renten- BU-Renten oder Erwerbsminderungsrentenzahlung abgelehnt. Es entsteht auf diese Weise ein falsches Bild. Der Gesetzgeber verlangt eine Betrachtung des Gesamtgesundheitszustandes mit allen Krankheitsteilbildern, deren Wechselwirkungen und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Wenn z.B. zwei Teil-Gutachter für verschiedene Krankheitsteilbilder (z.B. im orthopädischen

und nervlichen Bereich) jeweils eine volle Erwerbsfähigkeit aus der jeweiligen Fachsicht attestieren, wird überwiegend jegliche Rentenzahlung abgelehnt. Genau das ist aber oft falsch, denn wenn die Erkrankungen der Teilkrankheitsbereiche in ihrer Gesamtheit und mit allen Wechselwirkungen betrachtet werden würden ergäbe sich beispielsweise die Möglichkeit der Zahlung einer halben Erwerbsminderungsrente. Ein Patient kann allein aus orthopädischer Sicht gerade noch so für 6 Stunden erwerbsfähig sein, er kann auch allein aus psychischer Sicht gerade noch so für 6 Stunden erwerbsfähig sei. Wenn man aber alle Einschränkungen in einer Gesamtschau zusammengenommen betrachten, dann ist es oft so, dass keine 6 oder mehrstündige Resterwerbsfähigkeit mehr besteht.

In einem der Sache dienlichen Arztbericht sollen die Diagnosen kurz und vollständig angegeben werden, insbesondere aber die Beschwerden und Funktionseinschränkungen umfassend. Bei Fremddiagnosen soll die Quelle angegeben werden (am besten eine Kopie beifügen). Eine Diagnose allein muss nicht notwendig eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen, deshalb ist es unbedingt wichtig, die vorhandenen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen zu beschreiben. Wenn möglich soll in Haupt- und Nebenbeschwerden unterschieden werden. Für Ärzte sind u.A. die Ursachen einer Erkrankung und die Erkrankung selbst wichtig. Für die Sozialleistungsträger sind die Auswirkungen der Krankheiten auf die Erwerbsfähigkeit bzw. das tägliche Leben ausschlaggebend. Deshalb ist es ausreichend die Ursachen einer Erkrankung nur knapp darzustellen. Es ist auch ausreichend nur knapp auf einen Bluthochdruck einzugehen, der medikamentös gut eingestellt ist. Es ergibt sich durch die gute medikamentöse Einstellung keine Auswirkung auf die Resterwerbsfähigkeit bzw. das tägliche Leben. Dies gilt sinngemäß für andere „gut beherrschte“ Krankheiten auch.

Nachfolgend geht es bis zum nächsten Querstrich um den Grad der Behinderung (GdB).

Grundsätzlich gilt, dass in Verfahren in denen es um einen Behindertengrad geht, nicht die Krankheiten / Verletzungen und deren Ursachen im Vordergrund stehen, sondern deren Auswirkungen auf das tägliche Leben (die Teilhabe am täglichen Leben). Diese Auswirkungen sollen nicht einfach behauptet werden, sondern sie sollen nachgewiesen / objektiviert sein, ggf. durch anerkannte Fragebögen usw. erhärtet. Der Arzt soll möglichst keine bezifferten Vorschläge machen, es soll also z.B. nicht geschrieben werden das „*ein GdB von 50 angebracht wäre*“. Allerhöchstens kann der Arzt schreiben das „*die Schwerbehinderung mit den aufgeführten Funktionseinschränkungen vorliegen sollte*“. „Schwerbehinderung“ bedeutet das ein GdB von 50 oder höher vorliegt. Die jeweiligen Zahlenwerte für bestimmte Einschränkungen kann man aus der Versorgungsmedizin-Verordnung (findet sich im Internet) entnehmen, die auch Anhaltspunkte für Verfahren bei den Berufsgenossenschaften bietet. Die Versorgungsmedizin-Verordnung gilt auch im Versorgungsrecht, also z.B. für verletzte Soldaten. Ebenso finden sich Hinweise zu den Merkzeichen im Internet.

Nachfolgend geht es bis zum nächsten Querstrich allein um die Erwerbsminderungsrente.

Grundsätzlich gilt, dass in Verfahren in denen es um eine Erwerbsminderungs- oder BU-Rente geht, nicht die Krankheit und deren Ursachen im Vordergrund steht, sondern deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Diese Auswirkungen sollen nicht einfach behauptet werden, sondern sie sollen nachgewiesen / objektiviert sein, ggf. durch anerkannte Fragebögen usw. erhärtet.

Eine Aussage, ob die Krankheit innerhalb der nächsten Zeit geheilt werden kann oder nicht, ist angebracht. Wenn der behandelnde Arzt die Meinung äußert, dass eine Heilung z.B. innerhalb der nächsten 15 Monate möglich ist, gibt es überwiegend keine Rente. Wäre eine Heilung z.B. erst nach 3 Jahren möglich besteht die Chance auf eine Zeitrentenzahlung. Ist keine Heilung möglich und sind die Auswirkungen der Krankheiten auf die Resterwerbsfähigkeit gravierend (also z.B. Resterwerbsfähigkeit unterhalb drei Stunden täglich), besteht die Chance auf Zahlung einer Erwerbsminderungsrente ohne zeitliche Begrenzung. Wenn „*aus ärztlicher Sicht, bei Betrachtung des bisherigen Verlaufs und nach den „gültigen“ medizinischen Erkenntnissen eine mehr als geringfügige Besserung auszuschließen ist*“, kann die Dauerrente gezahlt werden. Wenn nach Meinung des behandelnden Arztes nach überschaubarer Zeit (unterhalb 1 Jahr) eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, z.B. nach einer als möglich erscheinenden Heilung oder z.B. nach einer Gewichtsreduzierung, wahrscheinlich ist, kann keine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden.

In jedem Arztbericht sollte deutlich dargestellt und begründet sein, dass sich das Gesamtkrankheitsbild innerhalb der letzten ein / zwei Jahre verschlechtert hat oder wenigstens gleich geblieben ist, wenn dies den Tatsachen entsprechen würde. Es genügt nicht, dass es so ist, es muss auch deutlich und möglichst begründet attestiert werden. Besonders wichtig ist dies bei Weitergewährungsverfahren (bei auslaufender Zeitrente), bzw. bei einer „Überprüfung der weiteren Rentenberechtigung“. Ansonsten ist die Weiterzahlung der Rente gefährdet. Hat sich der Gesundheitszustand innerhalb der letzten ein / zwei Jahre verbessert, muss damit gerechnet werden, dass eine laufende Rentenzahlung eingestellt wird, oder die volle auf die teilweise Erwerbsminderungsrente (EWR) gekürzt wird.

Wenn nur deshalb keine AU mehr festgestellt wurde, weil der Krankenschein bei keiner Stelle mehr vorgelegt werden konnte (Arbeit verloren, Erziehungsjahr, Kranken- und Arbeitslosengeld ausgelaufen) sollte dies in einem ärztlichen Attest auch zu lesen sein. Z.B.: *Seit XXXXX wurden keine AU-Bescheinigung mehr ausgestellt, weil diese nirgendwo mehr hätten vorgelegt werden können / weil schon Erwerbsminderungsrente bezogen wurde. AU bestand gleichwohl über diesen Zeitpunkt hinaus ununterbrochen fort bis heute.*

Wenn viermal am Tag eine Wegstrecke von 500 Metern (auch mit Gehstützen) in akzeptabler Zeit (ca 20 Min.) am Stück zurückgelegt werden kann, gehen die Versicherungsträger davon aus, dass eine Arbeitsstelle erreicht werden kann und auch auf der Arbeitsstelle ausreichend Mobilität gegeben ist. Kann ein Patient dies nicht mehr, deutet das auf die Rentenberechtigung hin. Man darf einen solchen Sachverhalt aber nicht einfach behaupten (besonders nicht auf Grund der alleinigen Angaben des Patienten), man muss dass entsprechende Testverfahren angeben (Laufband, oder mit der Schwester zusammen gelaufen), oder ein Attest von einem anderen Arzt beilegen, der dies getestet hat.

Muss ein Belastungs-EKG nach relativ kurzer Zeit bei einer Belastungsstufe von 50 Watt aus gesundheitlichen Gründen (z.B. Herzrasen) beendet werden, deutet dies ebenfalls auf die Rentenberechtigung hin. Auch mit 75 Watt sind Rentenzahlungen möglich, wenn die begleitenden gesundheitlichen Einschränkungen zusätzliche negative Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit haben (z.B. Ejektionsfraktion < 40%). Es handelt sich hier um Erfahrungswerte, die im Einzelfall durchaus differieren können. Gut wäre es auch in diesem Zusammenhang, wenn eindeutig klargelegt werden kann, dass das Belastungs-EKG nicht wegen eines geringen Trainingszustandes z.B. bei 50 Watt beendet werden musste, sondern z.B. durch eine krankheitsbedingte Muskelverschmächtigung, oder schmerzbedingte Inaktivitätsatrophie. Der Grund „Trainingsmangel“ ist kein „gesundheitlicher Grund“ und kontraproduktiv im Rentenverfahren.

Angegeben werden soll auch, seit wann und wie oft sich der Patient in der Behandlung befindet. Es sollten auch die Zeiträume und der jeweilige Grund stationärer Behandlungen angegeben werden. Es soll auch im Arztbericht vermerkt werden, ob die Resterwerbsfähigkeit nur bezogen auf ein bestimmtes Fachgebiet eingeschätzt wurde, oder ob „die Restleistungsfähigkeit unter Würdigung aller gesundheitlichen Einschränkungen aus allen Fachgebieten“ vorgenommen wurde.

Wenn zusätzliche (betriebsunübliche) Pausen notwendig sind, sollen diese konkretisiert werden, also wie lange jeweils und in welchen Abständen. Außerdem soll angegeben werden, ob z.B. mehr betriebsunübliche Pausen bei überwiegend stehender oder laufender Tätigkeit als z.B. bei sitzender Tätigkeit benötigt werden.

Der zeitliche Punkt ab dem auf Kosten der Restgesundheit gearbeitet wird, ist sozusagen der Punkt, der über die Erwerbsfähigkeit entscheidet. Auf Kosten der Restgesundheit arbeiten ist nicht zumutbar. Wenn ein Patient 2 Stunden am Tag arbeiten kann, ohne dass seine Restgesundheit durch die Arbeit verschlechtert wird, aber 3 Stunden geht schon nicht mehr, dann hat der Betreffende eine „unter 3-stündige“ Resterwerbsfähigkeit und dann muss die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt werden.

Ein 6-stündiges Arbeitsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (es geht nach dem neuen Rentenrecht ab 2001 nur noch in bestimmten Fällen um den bisherigen Beruf) schließt jegliche Rentenzahlung aus. Wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf zwischen 3 bis unter 6-stündig gearbeitet werden kann, kann die halbe Erwerbsminderungsrente (Berufsunfähigkeitsrente) gezahlt werden. Ein unter dreistündiges Arbeitsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf ermöglicht die Zahlung der vollen Erwerbsminderungsrente, dies wäre die Vollrente mit geringfügiger Hinzuverdienstmöglichkeit. Eine klare, eindeutige Ausdrucksweise ist angebracht. Wenn geschrieben wird, dass eine Erwerbstätigkeit im Zeitkorridor von 3 bis maximal 6 Stunden möglich ist, dann ist dies unklar. Maximal 6 Stunden bedeutet, dass keine Rente gezahlt werden kann. Drei bis unter 6 Stunden bedeutet, dass eine halbe Erwerbsminderungsrente gezahlt werden kann. Wenn der behandelnde oder Haus-

arzt die Meinung äußert, dass eine Resterwerbsfähigkeit von 6 Stunden oder mehr vorhanden ist, ist die Chance, eine Rente zu bekommen kaum gegeben.

Entscheidungskriterium für eine Erwerbsminderungsrentenzahlung sind allein die Auswirkungen der eigenen gesundheitlichen Einschränkungen auf die Resterwerbsfähigkeit, **niemals äußere Lebensumstände**. Äußerungen das z.B. wegen des Alters keine Arbeit mehr gefunden werden kann (= äußerer Umstand), oder dass eine Überforderung wegen der Pflege des kranken Ehemannes stattfindet, sind immer kontraproduktiv. Wenn sich in der Folge einer permanenten (von außen herangetragen oder selbst auferlegte) Überlastung / Überforderung psychische und / oder körperliche Erkrankungen in der Folge ergeben haben, sieht es natürlich anders aus.

Es ist für das Verfahren günstig, wenn die Glaubwürdigkeit des behandelnden Arztes hoch ist. Deshalb sollten Verdachtsdiagnosen eindeutig als solche gekennzeichnet werden, möglichst soll der vorgesehene Weg beschrieben werden um diesen Verdacht zu klären. Bei „Zustand-nach-Diagnosen“ soll der aktuellen Funktionszustand beschrieben werden. Bei „normalen“ Diagnosen sollen die zugehörigen Befunde kurz beschrieben werden, außerdem die eingeleitete Therapie, bzw. wenn keine Therapie eingeleitet wurde, der Grund hierfür. Auch sollen die sogenannten „peinlichen“ oder „belastenden“ (z.B. Alkoholabhängigkeit) Krankheiten nicht aus Rücksicht auf den Betroffenen verharmlost werden. Der behandelnde Arzt soll keine Wertung über die Chancen des Rentenbegehrens seines Patienten vornehmen und sich streng an die Tatsachen halten. Wird z.B. eine schwere depressive Episode bescheinigt, dann muss sich diese auch am ärztlichen Handeln, am therapeutischen Einsatz, ablesen lassen.

Die Auskünfte des behandelnden Arztes gelten rechtlich gesehen als sachverständige Zeugenaussage. Die Glaubwürdigkeit eines Zeugen wird erhöht, wenn er sich objektiv und ausführlich an die Tatsachen hält, Einschätzungen in seinem Fachgebiet vornimmt bzw. andere Fachleute zitiert oder eine weitere Untersuchung dort anregt und darüberhinaus nichts äußert. Es soll im Attest geäußert werden, dass eine Erwerbsfähigkeit von z.B. unter 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf (ggf. mit Einschränkungen), als realistisch eingeschätzt wird. Der Hinweis aber, dass eine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden soll, fällt in den Entscheidungsbereich des Sachbearbeiters bei der Behörde oder des Richters. Auch der Rechtsbeistand kann diese Meinung äußern, aber möglichst nicht der Arzt.

Es geht in der Zusammenfassung darum, das positive und das negative Leistungsbild darzustellen und das in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

Beispiel:

„Aus meiner Sicht ist Herr Raphael noch in der Lage eine leichte Tätigkeit in Frühschicht oder in Früh- und Spätschicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über den Tag verteilt, unterbrochen durch mindestens eine Pause von mindestens einer Stunde, von unter drei Stunden auszuüben. Für seinen bisherigen Beruf als Schreiner ist er nur noch für höchstens 1 Stunde täglich leistungsfähig.“

Hier könnte der Rentenversicherungsträger dann die volle Erwerbsminderungsrente zahlen. Wenn das Beispiel etwa wie folgt lauten würde, dann könnte der Rentenversicherungsträger die teilweise (halbe) Erwerbsminderungsrente zahlen:

„Aus meiner Sicht ist Herr Raphael noch in der Lage eine leichte Tätigkeit in Frühschicht oder in Früh- und Spätschicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über den Tag verteilt, unterbrochen durch mindestens eine Pause von mindestens einer Stunde, von unter sechs Stunden auszuüben. Für seinen bisherigen Beruf als Schreiner ist er nur noch für höchstens 2 Stunden täglich leistungsfähig.“

Beide Beispielabsätze stellen das positive Leistungsbild dar, nachfolgend weiter im Beispiel.

Bei dieser Resterwerbsfähigkeit sind die folgenden Einschränkungen zu beachten:

Keine Tätigkeit bei der Arbeiten von jeweils länger als eine Stunde am Stück im Gehen, sitzen und Stehen notwendig ist. Keine Tätigkeiten in Zwangshaltungen irgendeiner Art. Keine Tätigkeiten mit mehr als durchschnittlicher Belastung der Arme und Hände von länger als 45 Minuten am Stück. Keine Tätigkeiten mit mehr als mittelmäßiger Anforderung an die Konzentration von länger als 45 Minuten am Stück. Keine Tätigkeiten bei denen auf Leitern gestiegen werden muss.

Das ist das negative Leistungsbild.

Negative Leistungsmerkmale der schwereren Art, wie z.B. „nicht mehr als 10 kg heben“ muss man in diesem Beispiel nicht angeben, weil „10 kg heben“ ein Merkmal einer mittelschweren Tätigkeit ist, die

durch die Angabe nur noch „leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ schon ausgeschlossen ist.

Wichtig zu wissen ist auch, dass eine Erwerbsunfähigkeitsrente nicht aus therapeutischen Gründen gezahlt werden kann, so wünschenswert dies im Einzelfall auch wäre. Eine Erwerbsminderungsrente wird nur gezahlt, wenn die Erwerbsfähigkeit gemindert ist (auch nicht wenn sie erst später gemindert sein könnte), eine Formulierung wie z.B.: „*Ich halte die Klägerin auf absehbare Zeit für nicht belastbar und befürworte aus therapeutischen Gründen eine Erwerbsunfähigkeitsrente.*“ führt zwingend zur Rentenablehnung. In diesem Satz ist zudem noch die Formulierung „auf absehbare Zeit“ viel zu unkonkret. „Absehbar“ deutet auf einen eher kürzeren Zeitraum hin und das wiederum ist dann Sache der Krankenkasse und nicht des Rentenversicherungsträgers. Eine sachdienliche Formulierung könnte lauten: „*Ich halte die Klägerin für höchstens 2 Stunden täglich belastbar, dieser Zustand wird sich voraussichtlich in den nächsten 2½ bis 3 Jahren nicht bessern.*“

Nachfolgend geht es bis zum nächsten Querstrich allein um Leistungen von einer Berufsgenossenschaft.

Grundsätzlich gilt, dass in Verfahren in denen es um Leistungen einer Berufsgenossenschaft geht, nicht die berufsbezogenen Krankheiten/Verletzungen im Vordergrund stehen, sondern deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Diese Auswirkungen sollen nicht einfach behauptet werden, sondern sie sollen nachgewiesen / objektiviert sein, ggf. durch anerkannte Fragebögen usw. erhärtet. Geht es nicht um eine Erwerbsminderungsrente EWR der Deutschen Rentenversicherung sondern um eine Rente wegen einer Berufserkrankung die von einer Berufsgenossenschaft (BG) gezahlt werden soll, gelten zusätzlich andere Beurteilungskriterien als zum Thema EWR dargestellt. Es muss die Berufsbezogenheit der Erkrankung / Verletzung überwiegend wahrscheinlich sein. Auch das muss dargestellt werden.

Es muss ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Erkrankung bzw. Unfall und Arbeitstätigkeit überwiegend wahrscheinlich sein. Wenn also die Ursachen der Erkrankung eindeutig in der Arbeitsumwelt zu finden sind (z.B. Chemikalieneinflüsse) ist dies ein deutliches Indiz für eine berufliche Erkrankung. In solchen Verfahren spielen also die Ursachen der gesundheitlichen Einschränkungen, im Gegensatz zu Verfahren die wegen Zahlung einer Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung geführt werden, eine wichtige Rolle. Die gesundheitsschädigende Arbeit muss über einen längeren Zeitraum stattgefunden haben (in der Regel 10 Jahre). Der Zusammenhang zwischen den Einflüssen, die am jeweiligen Arbeitsplatz vorhanden waren und der beruflich bedingten Erkrankung wird oft von den BG'en verneint, wenn diese Krankheit nicht in der sogenannten Berufskrankheitenliste vorhanden ist. Kann aber der Zusammenhang zwischen den Einflüssen aus der Erwerbstätigkeit auf die Erkrankung trotzdem nachgewiesen werden und existieren hierzu z.B. auch schon allgemeine Forschungsergebnisse kann die jeweilige Erkrankung als „neue Berufskrankheit“ anerkannt werden und es können Leistungen von einer BG gezahlt werden. Erkrankungen, deren Ursachen eindeutig nicht auf berufliche Einflüsse oder auf den Arbeitsweg zurückgeführt werden können, spielen in Verfahren wegen Zahlung einer Rente von einer BG keine Rolle. Es müssen allein die Krankheitsteile betrachtet werden, die ihre Ursache in der Erwerbstätigkeit haben. Ein schwieriges Kapitel sind bei Verfahren vor den BG'en immer die Krankheiten, die ihre Ursache zusätzlich auch im täglichen Leben haben können, z.B. Abnutzungen. Hier muss deutlich belegt werden, dass eine Abnutzung in diesem Umfang typischerweise in diesem Lebensalter so nicht (in dieser Form, in dieser Ausprägung) vorhanden sein kann.

Bei Wege- oder Berufsunfällen ist es fast immer angebracht das ein Funktions-MRT angefertigt wird. Durch ein Funktions-MRT (auch „Upright-MRT“ genannt) können die Kräfte dargestellt werden die auf die betroffenen Körperteile während des Unfalles eingewirkt haben.

Auch hier gilt, das der Arzt keine Prozentangaben machen soll, die zuerkannt werden müssten. Das kann der Rechtsbeistand tun, der Arzt aber nur wenn er als Gutachter fungiert und der behandelnde Arzt kann nicht gleichzeitig Gutachter sein für seinen Patienten.

Einen Überblick über die möglichen Prozentwerte bei bestimmten Einschränkungen vermittelt die Versorgungsmedizin-Verordnung.

Nachfolgend geht es um die BU-Renten der Versorgungswerke.

Üblicherweise werden die BU-Renten von den Versorgungswerken dann gezahlt wenn keine mehr als geringfügige Tätigkeit im versicherten Beruf und in ähnlichen Berufen mehr ausgeübt werden kann und wenn die Tätigkeit nicht mehr ausgeübt wird. Die Bedingungen sind aber leider nicht einheitlich. Der betreffende Patient muss diese Informationen selbst haben (Satzung des jeweiligen Versorgungswerkes). In jedem Falle geht es bei den Versorgungswerken nicht um „unter 3 Stunden“ oder um „unter 6 Stunden“. Sinngemäß gelten aber die allgemeinen Hinweise die für die Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung gelten hier auch. Es geht auch hier um die Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit, aber bei den Versorgungswerken auf den versicherten Beruf und nicht allgemein.

Nachfolgend bis zum nächsten Querstrich geht es um die BU-Renten der privaten Versicherungsgesellschaften.

Meist werden die BU-Renten von den Versicherungsgesellschaften dann gezahlt wenn nicht mehr 50% der versicherten Tätigkeit ausgeübt werden können. Manchmal, besonders in älteren Verträgen, gilt das nicht nur für den versicherten Beruf, sondern auch noch für Verweisungsberufe. Die Bedingungen sind aber leider nicht einheitlich. Es gibt z.B. auch Veträge, die ab 25% BU die halbe BU-Rente zahlen und ab 75% die Volle. In jedem Falle geht es nicht um „unter 3 Stunden“ oder um „unter 6 Stunden“. Sinngemäß gelten die allgemeinen Hinweise die für die Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung gelten hier aber auch.

Nun wieder allgemeingültige Hinweise.

Wichtig ist es auch Einschränkungen anzugeben. Optimal wäre es, wenn sich eine Begründung für die jeweiligen Einschränkungen wenigstens ansatzweise aus dem Gesamttext herauslesen lässt. Einschränkungen können z.B. sein: Erholpausen mindestens alle 1,5 Stunden für 15 Minuten nötig / Ohne Zeitdruck / ohne Zugluft / höchstens 5 kg heben / nicht länger als 10 min. sitzen / nur noch Tätigkeiten, die keine Anforderungen an die Merkfähigkeit stellen / nur noch Tätigkeiten ohne Verantwortung / keine Tätigkeiten mit Kundenkontakt / keine Bildschirmarbeit / keine Nachtschicht / keine Tätigkeit im Freien / keine sitzenden Tätigkeiten / keine Tätigkeiten bei denen die Feinmotorik der Hände erforderlich ist / Keine Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten / Keine Arbeiten mit Sturzgefahr / In psychosozialer Hinsicht nur noch leichte bis höchstens mittelschwere Beanspruchungen / Keine Arbeiten überwiegend im Stehen, mit gleichförmiger Körperhaltung, mit häufigem Bücken, mit Treppensteigen / Keine geistige Beanspruchung / Keine Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit / Umstellungs- und Anpassungsvermögen praktisch nicht mehr vorhanden bzw. (stark) eingeschränkt / Beschränkung bezüglich der Ausführung von komplexeren Aufgaben / Keine geistige Beanspruchung mehr möglich, Toilettengang spätestens alle 2 Stunden nötig usw. **Die vorhandenen Einschränkungen sollen möglichst vollständig angegeben werden, ansonsten kann ein Sozialleistungsträger nicht sachgerecht entscheiden.**

Oft wird von einer Behörde ein überaus kurz gefasster Fragebogen verschickt. Er verführt dazu kurz und knapp zu antworten, dies ist selten hilfreich, sinnvoll ist es ein Beiblatt zuzufügen.

Sollte eine Begutachtung bevorstehen ist es oftmals zweckmäßig etwa 1 bis 3 Tage vor dem Gutachtenstermin vom Haus- oder behandelnden Arzt den momentanen Gesundheitszustand feststellen zu lassen. Unmittelbar nach dem Gutachtenstermin sollte der momentane Gesundheitszustand nochmals festgestellt werden, wenn eine Verschlechterung durch den Gutachtenstermin eingetreten wäre. Oftmals ist ein Gutachtenstermin anstrengend und der momentane Gesundheitszustand wird durch den Gutachtenstermin verschlimmert. Diese Verschlimmerung sollte ärztlich festgehalten werden, weil dies ein Argument im Verfahren darstellt. Verschlechtert sich durch einen Gutachtenstermin der Gesundheitszustand, kann man davon ausgehen, dass sich der Gesundheitszustand durch eine Erwerbstätigkeit ebenfalls verschlechtern wird. Dies lässt darauf schließen, dass auch eine Erwerbstätigkeit nur noch auf Kosten der Restgesundheit stattfinden könnte. Eine Erwerbstätigkeit auf Kosten der Restgesundheit darf nicht sein und dies wür-

de auf die Notwendigkeit der Zahlung einer BG- oder Erwerbsminderungsrente hindeuten, ebenso ist dadurch die Teilhabe am täglichen Leben eingeschränkt.

Ist der Gesundheitszustand eines Patienten durch Einflüsse aus der Erwerbstätigkeit gefährdet und ist es hierwegen angezeigt, dass die bisherige Tätigkeit beendet werden sollte aus gesundheitlichen Gründen, kann der Arzt in einem entsprechenden Attest (z.B. zur Vorlage bei der Arbeitsagentur) die folgende Formulierung verwenden: „Hiermit wird aus ärztlicher Sicht bescheinigt, dass der Patient Name seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann, ohne eine weitere Verschlechterung bzw. Gefährdung seines Restgesundheitszustandes in Kauf nehmen zu müssen.“ Durch diese Formulierung wird der Sachverhalt klar und eindeutig dargestellt, gleichwohl wird keine Kündigungsempfehlung ausgesprochen. Gelegentlich machen Ärzte schlechte Erfahrungen, nachdem sie eine Kündigungsempfehlung ausgesprochen haben. Diese Situation gilt es zu vermeiden, sie nutzt niemandem.

Im Rentenbüro besteht die Möglichkeit, dass ärztliche Atteste aus sozialrechtlicher Sicht z.B. in der Formulierung, vor der Abgabe bei den Behörden, klargestellt werden. Der ärztliche Inhalt wird dabei nicht geändert. Ist der Patient, um den es dabei geht, Mandant im Rentenbüro, ist diese Optimierung im Mandat enthalten. Andernfalls erfolgt eine Extra-Abrechnung nach Zeit.

Es besteht auch die Möglichkeit für den behandelnden Arzt unterstützend tätig zu sein, wenn dieser zu einem Gutachten Stellung nehmen soll. In etlichen Fällen wird durch einen Gutachter sogar die Kompetenz des behandelnden Arztes in Frage gestellt. Auch diesem Bereich, wie im gesamten sozialrechtlichen Verfahren, kann nur das Zusammenspiel von ärztlichem und sozialrechtlichem Sachverstand zum Erfolg führen.

Bei Bedarf kann mit dem Rentenbüro Verbindung aufgenommen werden.

© Rentenbüro T. Jockusch, Rentenberater seit 1987, Rechtsberatung im Sozialrecht, Austr. 12, Ecke Paradiesstraße, 73230 Kirchheim, Tel.: 07021-71795 / Fax: 07021-71263 / rentenspezi@aol.com
www.rentenburo.de

Nachfolgend Erklärungen zu sozialrechtlichen Inhalten einiger geläufiger Begriffe.

Ständig = über 90 % der Arbeitszeit

Überwiegend = 51 bis 90 % der Arbeitszeit (entspricht dem Umfang von „häufig“)

Häufig = etwa 50 % der Arbeitszeit

Gelegentlich/zeitweise = 5 bis 10 % der Arbeitszeit, bzw. einige Male pro Arbeitsschicht

Leichte / einfache Arbeiten: Heben und Tragen von weniger als 10 kg; Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge; Bedienen leichtgehender Steuerhebel oder ähnlich mechanisch wirkender Einrichtungen; langandauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen. Bei Gewichten bis 6 kg: pro 8h-Schicht maximal 60 Minuten heben oder 30 Minuten tragen (National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)); Belastbarkeit in der Sitzergometrie (Fahrradergometer): 75 W. Außerdem: Tätigkeiten zum Ausführen von Anweisungen ohne Selbständigkeit; Verantwortung für eigene Sicherheit; Arbeiten, die nach kurzer Anleitung ohne Ausbildung verrichtet werden (Beispiel: Ungelernte Arbeiter, sog. Hilfsarbeiter, einfache Sortier-, Montage- und Maschinenarbeiter).

Eine Belastbarkeit in der Sitzergometrie (Fahrradergometer) von höchstens 50 Watt deutet auf die volle Erwerbsminderung hin.

Mittelschwere Arbeiten: Heben und Tragen von 10 bis 15 kg in der Ebene oder Hantierungen, die denselben Kraftaufwand erfordern, Handhaben schwerkgehender Steuereinrichtungen (1 bis 3 kg), dauerndes, unbelastetes Treppen- oder Leitersteigen. Ferner leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades, wie z.B. Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrgewinden und Handbohrmaschinen. Belastbarkeit in der Sitzergometrie (Fahrradergometer): 125 W. Außerdem: Qualifizierte Tätigkeit, Einfluss auf Arbeitsabläufe, mit gewisser Selbständigkeit; neben mentaler häufig auch sensomotorische Beanspruchung (Steuertätigkeit, Kontrollfunktion), Verantwortung auch für fremde Sicherheit (Beispiel: Facharbeiter, gehobene Anlernertätigkeiten).

Schwere Arbeiten: Heben und Tragen von mehr als 15 kg in der Ebene oder Steigen unter mittelschweren Lasten und Handhaben von Werkzeugen über 3 kg, auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken. Ferner mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung (Bücken, Knien, Liegen). Bei Gewichten bis 6 kg: pro 8h-Schicht maximal 6 h heben oder 3 h tragen (NIOSH) Belastbarkeit in der Sitzergometrie (Fahrradergometer): 175 W. Außerdem: komplexe Tätigkeit mit komplexen Arbeitsinhalten; Verantwortung für Personal; Führung von Arbeiter-/ Facharbeitergruppen; Konzentration und Selbständigkeit erforderlich. Beispiel: Meister, sog. Vorarbeiter; Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion

Kälte: Temperaturen von weniger als +15°C CNET (= korrigierte normale Effektiv-Temperatur)

Hitze: Temperaturen von mehr als 32°C CNET (leichte Arbeit), 30°C CNET (mittelschwere Arbeit) und 28°C CNET (schwere Arbeit).

Lärm: Schalldruckpegel ab 85 dB(A)

Schmutzarbeit: Arbeit mit häufig notwendiger Hautreinigung

Nachtschicht: Arbeiten in der Zeit von 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr

Zeitdruck: erhöhte Arbeitsanforderungen in zeitlicher Hinsicht im Vergleich zu Normalleistung.