



Deutsche
Rentenversicherung
Rheinland

MITTEILUNGEN 9-10/05



**Schwerpunktthema:
Sozialmedizin**



Rechtsprechung



Sprechtage unserer Service-Zentren

Inhalt September/Oktober 2005

- 353 Sozialmedizin**
Stress und Burnout – bedeutsame Faktoren beim Diabetes?
- 358 Sozialmedizin**
Rehabilitation und Diagnostik
- 362 Sozialmedizin**
Sogenannte „geschickte“ Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie der Eifelklinik Manderscheid der Deutschen Rentenversicherung Rheinland
- 369 Sozialmedizin**
Grundsätze der sozialmedizinischen Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung
- 383 Sozialmedizin**
Qualitätszirkel im Ärztlichen Dienstag
- 387 Sozialmedizin**
Rehabilitation bei gastroenterologischen Tumorerkrankungen
- 394 Rechtsprechung**
Zur Berücksichtigung von ausländischen Vorruhestandsregelungen als Hinzuverdienst bei vorzeitiger Altersrente
- 404 Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland**
- 406 Beitragseinnahmen der Deutsche Rentenversicherung Rheinland**
- 408 Sprechtag unserer Service-Zentren**
- 416 Impressum**

Sozialmedizin

Dr. med. Peter Hübner, Klinik Niederrhein Bad Neuenahr-Ahrweiler

Stress und Burnout – bedeutsame Faktoren beim Diabetes?

Der Diabetes mellitus wird von der naturwissenschaftlichen Medizin als Stoffwechselkrankheit verstanden, die auf Insulinmangel und auf einer Wirkschwäche des Insulins („Insulinresistenz“) beruht. Als mögliche Ursachen der Erkrankung gelten genetische Faktoren und Umwelteinflüsse. Die klassischen Therapieprinzipien bestehen in Diät, Anwendung von blutzuckersenkenden Medikamenten und Bewegung. In diesem Krankheitskonzept spielt Stress keine Rolle. In den letzten Jahren haben zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen jedoch belegt, dass Stress sowohl bei der Entstehung als auch beim Verlauf der Erkrankung eine bedeutsame Rolle spielen kann – mit Auswirkungen auch für die Rehabilitation und die Sozialmedizin. Eine ebenfalls bedeutsame Rolle für die Behandlungsqualität und den Krankheitsverlauf könnte nach neueren Erkenntnissen das Burnout bei von Diabetes betroffenen Menschen spielen.

Was ist Stress?

Eine für verschiedene wissenschaftliche Disziplinen verbindliche Definition von Stress existiert nicht. In der Medizin wird in früheren Definitionen unter Stress eine Anpassungsreaktion des Körpers auf sich verändernde Lebensumstände verstanden. Hierfür produziert der Körper Hormone, die über den Blutweg an die entsprechenden Zielorgane gelangen, um dort für eine Veränderung zu sorgen, die dem Ganzen dient. Die Antworten auf Stress können zwischen einzelnen Individuen stark differieren. Die Unterschiede erklären sich sowohl durch genetische Faktoren als auch durch unterschiedliche biographische Erfahrungen (Selye, zit. n. [8]). Gegenwärtig ist auf breiter Ebene die Definition

konsensfähig, dass Stress durch die Auseinandersetzung einer Person mit erhöhten Anforderungen seiner Umwelt entsteht. Ziel ist die Abwehr von körperlichen Gefahren durch kurzzeitige körperliche und emotionale Leistungssteigerungen, um dadurch die individuelle Überlebenswahrscheinlichkeit zu erhöhen (Gil [4]). Kurzfristiger Stress stimuliert Immunsystem und kognitive Leistungsfähigkeit. Chronischer Stress hingegen schwächt durch ein Überangebot an Stresshormonen die Immunabwehr und produktive Lernvorgänge (McEwen [10]). Jüngere neurobiologische Forschungen weisen darauf hin, dass inadäquater Stress zur Dysregulation elementarer zentralnervöser Systeme führt und so zum Ausgangspunkt krankhafter körperlicher und seelischer Veränderungen werden kann (Gil [4]).

Stress als Ursache eines Diabetes Typ1?

Diabetes Typ1 gilt als eine klassische Autoimmunerkrankung: Autoantikörper zerstören die insulinproduzierenden β -Zellen der Bauchspeicheldrüse. Der dadurch entstehende Insulinmangel führt zum Diabetes und macht eine lebenslange Substitutionstherapie mit Insulin erforderlich. Viele Jahre lang wurde von der Wissenschaft die Hypothese favorisiert, dass Fehlreaktionen auf virale Infektionen (z.B. Masern, Mumps) die Produktion der Autoantikörper auslösen und so zum Wegbereiter der Diabetesentstehung werden.

Mittlerweile gibt es tierexperimentelle Befunde, nach denen chronischer Stress die Bildung von Autoantikörpern begünstigt, die die β -Zellen der Bauchspeicheldrüse angreifen. Lehman exponierte Ratten einem mehrwöchigen ungewöhnlichen Stress, was bei den Versuchstieren zu einem signifikanten Anstieg an Diabeteserkrankungen führte [9]. In Folgeuntersuchungen konnte unter vergleichbaren Untersuchungsbedingungen eine deutliche Erhöhung von diabetesassoziierten Autoantikörper-Titern registriert werden.

Mehrere Studien aus Schweden untersuchten in den letzten Jahren, inwieweit psychologische Rahmenbedingungen im Säuglings- und Kleinkindalter Einfluss auf die Entstehung eines Diabetes Typ1 nehmen können. Dabei konnten mehrere Faktoren identifiziert werden, die mit einem gehäuften Auftreten von Diabetes

Sozialmedizin

Typ1 korrelieren: Mütterliche Bindungsunsicherheit, hohe Stressbelastung im Elternhaus, Migrationshintergrund der Mutter, niedriges Bildungsniveau des Vaters, schwerwiegende Lebensereignisse in der Familie. In einer kürzlich erschienenen Untersuchung von Sepa [15] konnte gezeigt werden, dass chronischer psychosozialer Stress im ersten Lebensjahr bei Kleinkindern zu einem deutlichen Anstieg von diabetesbezogenen Autoantikörpern führen. Diese Befunde decken sich mit Erhebungen zur Entstehung anderer Autoimmunerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale).

Stress als Ursache eines Diabetes Typ2?

Während die Erkenntnisse über die Rolle von chronischem psychosozialen Stress bei der Entstehung des Diabetes Typ1 noch rudimentär sind, ist die Datenlage zur Bedeutung des Stress bei der Genese und der Manifestation eines Diabetes Typ 2 deutlich besser. Nach heutigem Wissenstand muss chronischer psychosozialer Stress als ein wesentlicher Einflussfaktor für die Manifestation dieser Erkrankung betrachtet werden. Schon seit längerer Zeit ist bekannt, dass psychosoziale Faktoren auf somatische Vorgänge mittelbar und unmittelbar einwirken können. Ein niedriger sozioökonomischer Status (niedriges Bildungsniveau, schlechte Einkommenssituation, ungünstige Wohnsituation, schlechte Arbeitsbedingungen) korreliert mit visceraler Adipositas, mit erhöhten Cortisol-Spiegeln bei als vermehrt erlebtem Stress und mit einer gestörten Cortisol-Regulation [14]. Diese Ergebnisse sind als Ausdruck von Langzeit-Stress zu bewerten [11]. In diesem Zusammenhang können auch die in mehreren Publikationen veröffentlichten Befunde gesehen werden, dass Diabetes Typ2 in niedrigen sozialen Schichten eine signifikant höhere Prävalenz aufweist als in höheren. Diese Daten sind auch für Deutschland erhoben worden (Helmert [6]). Mooy [11] konnte in einer Untersuchung zeigen, dass nicht nur psychosozialer Stress das Risiko für die Entstehung eines Diabetes Typ2 erhöht, sondern dass auch stressbelastete Lebensereignisse die Entwicklung der Krankheit begünstigen; besondere Bedeutung haben dabei der Tod eines Lebenspartners, die Beendigung einer langjährigen Beziehung und der Umzug in eine andere Stadt.

Mittlerweile stehen aber auch Befunde zur Verfügung, die Aussagen machen zu beruflichen Einflussfak-

toren auf die Entstehung eines Diabetes Typ2. Nach Agardh [1] gibt es eine signifikante Korrelation zwischen einem geringen Maß an beruflicher Entscheidungsfreiheit und der Häufigkeit von Diabetes. Hingegen gibt es keine Zusammenhänge zwischen hohen beruflichen Anforderungen und Diabetes. Individuelle Faktoren scheinen indessen ebenfalls eine Bedeutung zu besitzen: Beschäftigte mit einer niedrigen Stressbewältigungskompetenz weisen vermehrt Zeichen von Insulinresistenz auf und sind häufiger an Diabetes erkrankt als Mitarbeiter mit gut gelingendem Stressmanagement.

Stress und Behandlungsergebnisse bei Diabetes Typ1

Die seit Jahrzehnten bekannte klinische Erfahrung, dass Stress bei Menschen mit Diabetes Typ1 die Blutzuckerwerte verändert, ist mittlerweile durch zahlreiche experimentelle und sozialpsychologische Untersuchungen belegt. Campbell [2] konnte zeigen, dass die Anwesenheit von Klinikpersonal bei Blutzuckerselbstkontrollen von Diabetespatienten zu deutlich erhöhten Messwerten im Vergleich zu unbeobachteten Messungen führte („Weißkitteleffekt“). Dutour [3] untersuchte schlecht behandelbare Diabetiker mit stark schwankenden Blutzuckerwerten („brittle diabetes“) bezüglich ihrer hormonellen Reaktionen auf Stressreize. Dieser Personenkreis zeichnet sich nach der Exposition gegenüber stressorischen Reizen (u.a. Horrorvideos) dadurch aus, dass es bei ihm zu einem überschießenden Anstieg der Herzfrequenz, zu einer unangemessenen Erhöhung des Blutdrucks sowie zu einem exzessiven Anstieg von Stresshormonen kam. Menschen mit brittle diabetes verfügen gleichzeitig über signifikant geringere Fähigkeiten, Emotionen zu verbalisieren. Möglicherweise hat die schlechte Behandelbarkeit mancher Diabetiker ihre Ursache in überschießenden hormonellen Reaktionen auf Stressbelastung.

Gute Behandlungsergebnisse erreichen Menschen mit Diabetes Typ1, wenn sie häufig ihren Blutzucker kontrollieren und über lösungsorientierte Krankheitsbewältigungsstrategien verfügen. Erlebte Belastung durch die Insulintherapie und durch die Diäterfordernisse, häufige Erfahrungen mit Unterzuckerungen, Diabetesbezogener Distress sowie ein niedriger Bildungsstand sind Prädiktoren für eine schlechte Behand-

lungsqualität (Hartemann-Heurtier [5]). Peyrot [12] ermittelte bei Patienten mit hoher Stressbelastung signifikant schlechtere Blutzuckerwerte als bei Diabetikern mit normaler Stressbelastung.

Stress und Behandlungsergebnisse bei Diabetes Typ2

Auch für Menschen mit Diabetes Typ2 liegen Befunde zu Zusammenhängen zwischen Stress und Behandlungsqualität vor. So konnte gezeigt werden, dass Diabetes-Patienten auf den Stress bei Operationen mit erhöhten Blutzuckerwerten reagierten. Bei hoher chronischer Stressbelastung von Diabetikern unter einer Behandlung mit blutzuckersenkenden Tabletten ergaben sich erheblich schlechtere Stoffwechselwerte. Stabile psychosoziale Ressourcen (gute Ausbildung, stabile Partnerbeziehung, positive Coping-Stile) sind signifikant korreliert mit guten Behandlungsergebnissen, während wahrgenommener Stress zu schlechten Behandlungsergebnissen führt (Peyrot [12]).

Klinische Aspekte

Für klinische Belange bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Stress und Diabetes Typ2 sind einige Befunde von Bedeutung:

- Andauernder Stress führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen aus der Nebenniere (u.a. Cortisol, Adrenalin)
- Chronischer Stress wirkt manifestationsfördernd, indem er Übergewicht und chronisch erhöhte Blutzuckerwerte begünstigt und unterhält.
- Stress (und andere psychische Belastungen) erschweren die Stoffwechselkontrolle und verschlechtern die Behandlungsqualität.
- Stress wirkt steigernd auf Herzfrequenz und Blutdruck und trägt somit bei zu einer Verschlechterung einer bedeutsamen Begleitkrankheit des Diabetes.
- Schlecht gelingendes Krankheitsmanagement kann selbst Stressor sein.

Stress bei Diabetes – Folgerungen für die klinische Arbeit

Für die Arbeit mit Diabetespatienten in der medizinischen Rehabilitation ergeben sich verschiedene Ansatzpunkte, die den Erfolg der Maßnahme positiv beeinflussen können.

- Klärung, ob und in welcher Weise der Patient der Einwirkung von Stress ausgesetzt ist

- Erörterung, welche Auswirkungen Stress auf den Stoffwechsel hat (z.B. im Rahmen der Diabetiker-Schulung)
- Gezielte Auseinandersetzung mit den Stress-Ursachen, ggfs. mit professioneller Unterstützung
- Vermittlung von symptomatischen Allgemeinmaßnahmen (z.B. Zeitmanagement, Hobbies, Entspannungsverfahren, Musik, Ausgleichssport)
- Ggfs. Anpassung (Erhöhung) der antidiabetischen und antihypertensiven Medikation

Sozialmedizinische Aspekte

Aus der Erkenntnis, dass Stress möglicherweise an der Manifestation eines Diabetes beteiligt ist, ergeben sich bei einer individuellen sozialmedizinischen Beurteilung keine Konsequenzen. Wenn es sich herausstellt, dass ein Patient über unzureichende Fähigkeiten verfügt, angemessen mit Stressoren umzugehen und sich daraus negative Folgen für die Behandlungsergebnisse ergeben, können vielfältige Überlegungen erforderlich werden. In Fällen von beruflichem Stress kann z.B. die Einschaltung des betrieblichen Sozialdienstes oder auch die Einleitung berufsfördernder Leistungen sinnvoll sein. Auch eine verstärkte und gezielte Einbindung des arbeitsmedizinischen Dienstes kann geeignet sein, Stressbelastung zu vermindern. Bei belastenden Lebensumständen (z.B. finanzielle Schwierigkeiten, Pflege von Angehörigen) sollten die Patienten auf mögliche Angebote von Hilfe und Unterstützung hingewiesen werden.

Bei individuellen Defiziten im Umgang mit Stressoren können weiterführende therapeutische Optionen hilfreich sein: Je nach Problemstellung soziales Kompetenztraining, Unterstützung bei der Entwicklung von Coping-Strategien, niedrigschwellige psychologische Beratung, Psychotherapie.

Hohe chronische Stressbelastungen können bei manchen Patienten zu dauerhaft stark erhöhten Blutzuckerwerten oder zu einer stark schwankenden Stoffwechsellage mit häufigen Unterzuckerungen führen. Beides kann die Leistungsfähigkeit der Betroffenen erheblich mindern und in einzelnen Fällen sogar zu Einschränkung oder Aufhebung des berufsmäßigen Leistungsvermögens führen, sofern therapeutische Bemühungen nicht zu einer Verminderung der tatsächlichen oder erlebten Stressbelastung führen.

Sozialmedizin

Burnout bei Diabetes

Das Leben mit einer Diabetes-Erkrankung stellt für zahlreiche Betroffene eine hohe emotionale, stressbezogene Belastung dar, die mit den psychischen Belastungen bei anderen schweren chronischen Krankheiten (z.B. Rheumatoide Arthritis, Tumorerkrankungen) vergleichbar ist. Daher ist Burnout in Bezug auf den Diabetes ein häufiges Phänomen, das schwerwiegende Auswirkungen auf den Verlauf der Krankheit nehmen kann. Burnout bei Menschen mit Diabetes entsteht häufig durch ein Gefühl der Überforderung durch die aufwändige Therapie, infolge sich verlierender Hoffnung auf das Gelingen der Behandlung und durch Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Ca. 15 – 35% aller Diabetiker erleben zumindest zeitweilig derartige Episoden von Diabetes-Distress, in denen sich die Behandlungsergebnisse deutlich verschlechtern (Polonsky [13]). Besonders gefährdet, in einen Burnout-Prozess zu geraten, sind Diabetiker, die ein überdurchschnittlich hohes Engagement bei der Selbsttherapie entwickeln und die andere Lebensbedürfnisse der Diabetes-Therapie unterordnen oder sie sogar vernachlässigen (Hirsch [7]).

Weijman [16] konnte in einer Untersuchung an niederländischen Berufstätigen zeigen, dass auch bei Diabetikern Burnout in hohem Maße mit dem Vorliegen von depressiven Stimmungslagen und von Fatigue-Symptomen assoziiert ist. Beschäftigte ohne Diabetes litten gleich häufig unter Burnout wie Diabetiker mit ausgeglichener Stoffwechsellage. Beim Vorliegen von Folgekrankheiten hingegen verdoppelt sich die Prävalenz von Burnout gegenüber Diabetikern ohne Spätfolgen.

Burnout bei Diabetes – Folgerungen für Rehabilitation und Sozialmedizin

Therapeutische Ansätze bei Menschen mit Diabetes, bei denen sich ein Burnout-Phänomen entwickelt hat, bestehen darin, die Problematik zunächst überhaupt zu thematisieren. Schon dieses Vorgehen kann emotional sehr entlastende Wirkungen entfalten. Im Weiteren sollte dem Patienten Unterstützung gegeben werden, realistische Therapieziele zu entwickeln und praktikable Problemlösungen anzustreben. Ein häufiges Feedback über die erreichten Fortschritte begünstigt den therapeutischen Prozess. Ein chronifiziertes Burnout und das Vorliegen von begleitenden psychischen Erkrankungen

(z.B. depressive Störungen) erfordern psychotherapeutische Interventionen (Polonsky [13]).

Burnout bei Patienten mit Diabetes wird kaum im wissenschaftlichen Bereich thematisiert und wird von den praktisch diabetologisch Tätigen wenig beachtet. Trotz der derzeit eher dünnen Datenlage kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Diabetiker, die in Schwerpunktpraxen, Fachkliniken oder Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden, unter Burnout-Symptomen leiden. Längerdauernde Burnout-Phasen führen meistens zu einer nachhaltigen Verschlechterung der Stoffwechsellage. In Extremfällen können lebensgefährliche Stoffwechselentgleisungen wie Ketoazidosen darauf beruhen, dass der Patient in einer krisenhaft zugespitzten Situation das Spritzen des Insulins einstellt.

Ein chronifiziertes Burnout-Syndrom von Diabetikern kann infolge einer schlechten Stoffwechsellage die körperliche und seelische Leistungsfähigkeit erheblich vermindern. Daraus können längere Ausfallzeiten am Arbeitsplatz und Einschränkungen in der sozialen Teilhabe resultieren. Ein therapeutisch nicht beeinflussbares Burnout, vor allem in Verbindung mit einer psychischen Begleiterkrankung, ist ein bedeutsamer Risikofaktor für eine Verschlechterung der gesundheitlichen und beruflichen Prognose.

Literatur:

- 1) Agardh EE et al.: Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middleaged Swedish women, *Diabetes Care* 26 (2003) 719-724
- 2) Campbell LV et al.: White coat hyperglycaemia: disparity between diabetes clinic and home blood glucose concentrations, *BMJ* 305 (1992) 1194-1196
- 3) Dutour A et al.: hormonal response to stress in brittle diabetes, *Psychoneuroendocrinology* 21 (1996) 525-543
- 4) Gil, F.: Aktuelles zur psychosomatischen und endokrinologischen Stressforschung, *Dtsch Med Wochenschr* 130 (2005) 102-106
- 5) Hartemann-Heurtier A et al.: How type 1 diabetic patients with good or poor glycemic control cope with diabetes-related stress, *Diabetes Metab* 27 (2001) 553-559
- 6) Helmert U. et al.: Social inequalities and health status in western Germany, *Public Health*, 108 (1998) 341-356
- 7) Hirsch A, in Lange K, Hirsch A.: *Psychodiabetologie*, Mainz, (2002) 161-179

- 8) Kopin IJ: Definition of stress and sympathetic neuronal responses, *Ann NY Acad Sci* 771 (1995) 19-30
 - 9) Lehman CD et al.: Impact of environmental stress on the expression of insulin-dependent diabetes mellitus, *Behav Neurosci* 105 (1991) 241-245
 - 10) Mc Ewen BS.: The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance, *Brain res* 886 (2000) 172-189
 - 11) Mooy JM et al.: Major stress life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes: the Hoorn Study, *Diabetes Care* 23 (2000) 197-201
 - 12) Peyrot M et al.: A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence, *J Health Soc Behav* 40 (1999) 141-158
 - 13) Polonsky W.: Vortrag 37. Jahrestagung der DDG, Dresden, 9.-11. Mai 2002
 - 14) Rosmond R et al.: Role of stress, *Psychoneuroendocrinology* 30 (2005) 1-10
 - 15) Sepa A et al.: Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy, *Diabetes Care* 28 (2005) 290-295
 - 16) Weijman I et al.: Diabetes, employment and fatigue-related complaints, *J Occup Environ Med* 46 (2004) 828-836
- Nach einem Vortrag auf der 13. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Bad Gandersheim, 24.-25. Juni 2005

Sozialmedizin

Dr. med. Olaf Jütjens, Nordseeklinik Borkum

Rehabilitation und Diagnostik

Zum Sinn oder Unsinn der Diagnostik im Rahmen der stationären Rehabilitation

Die Rehabilitation beschäftigt sich mit der Wiederherstellung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Patienten. Ausgangspunkt für die Auswahl der therapeutischen Verfahren sind die Einweisungsdiagnose, Vorbefunde, als auch die klinische Situation des Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Mitunter ergeben sich Widersprüche zwischen den bekannten Diagnosen und klinischem Beschwerdebild, welche dann Ausgangspunkt für eine Diagnostik in der Rehabilitation sind.

Kasuistik

Anamnese:

Die Aufnahme des 72-jährigen, selbstständigen Handwerkers erfolgte im August 2004 wegen rezidivierender Luftnot, Husten und Leistungsschwäche die seit etwa einem Jahr bestanden und in den letzten Monaten an Intensität deutlich zugenommen hatten.

Verantwortlich dafür machte der Patient eine durchgemachte Tumorerkrankung (12/2003 – 04/2004), welche zunächst operativ (Anus praeter) und nachfolgend mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie therapiert wurde.

Im Mai 2004 Auftreten einer einmaligen Bewusstlosigkeit mit Sturz, mehrfachen Prellungen und nachfolgend persistierender Schmerzsymptomatik im linken Bein. Zur Genese des Ereignisses konnte der Patient keine Angaben machen, beziehungsweise es fanden sich keine Hinweise in den Vorbefunden. Im weiteren Verlauf wiederholte Beeinträchtigung durch Präsynkopen.

Relevanten Vorerkrankungen oder eine auffällige Familienanamnese waren nicht zu erheben.

Zum Aufnahmezeitpunkt stand für den Patienten Leistungsschwäche und Luftnot bei mittlerer Belastung,

in Begleitung eines rezidivierenden Reizhustens, der sich lageabhängig verstärkte, im Vordergrund. Keine Angaben von Thoraxschmerzen, Fieber, Ödemen, Nykturie oder Emboliezeichen.

Die im Rahmen der onkologischen Versorgung erhobenen Befunde Röntgen-Thorax in 2 Ebenen, CT Abdomen, Skelettszintigramm und Ruhe-EKG waren unauffällig, einschließlich in den Verlaufsuntersuchungen bis 06/2004.

Untersuchungsbefund:

72-jähriger Patient im reduzierten Allgemein- und Kräftezustand, leicht adipösem Ernährungszustand (BMI 31 kg/m²). Belastungsdyspnoe bei mittlerer Anstrengung, keine Orthopnoe, keine Einflusstauung, keine Ödeme, Cor: leise, unscharfe Herztöne, rhythmische Aktion, keine relevanten Nebengeräusche. RR: 135/80 bds. Zentrale HF 80/min, Pulmo: sonorer Klopfeschall, Atemverschieblichkeit 2 QF, Vesikuläratmen, regelrechte Thoraxexkursion bds.

Abdomen: palpatorisch, perkutorisch und auskultatorisch Normalbefund. Z. n. Laparotomie, Anus praeter im linken Unterbauch mit regelrechter Funktion.

Bewegungsapparat: teilweise eingeschränkter Beweglichkeit im LWS-Bereich, der linken Hüfte als auch im Bereich beider Knie bei degenerativen Veränderungen.

Klinisch-chemische Untersuchungen:

Auffällige Laborwerte fanden sich wie folgt: GPT 57 U/l, Gamma-GT 157 U/l, Harnsäure 9,7 mg/dl, CRP 3,6 mg/dl, Hämoglobin 13,5 g/dl, D-Dimere 1910 µg/ml.

Ergänzende technische Untersuchungsbefunde

Lungenfunktion:

Ohne Hinweis auf Funktionseinschränkung.

Blutgasanalyse:

Hyperventilation, nach Korrektur leichtgradige respiratorische Partialinsuffizienz.

EKG:

Normofrequenter Sinusrhythmus bei angedeutetem S1/QIII-Typ, RS-Umschlagszone V1/V2, flache T-Negativierung in III und aVF. Keine Erregungsrückbildungen oder -ausbreitungsstörungen, relative QT-Zeit bei 115%.

Duplex-Doppler venöses System beider Beine:

Keine Anhaltspunkte für thrombotische Materialien.
Nebenbefund: Nachweis einer Baker-Zyste rechts.

Duplex-Doppler extracranielles Gefäßsystem:

Aa. carotis und Aa. vertebralis ohne Hinweis auf relevante Stenosen oder Plaques. Supratrochlearesflow beidseits orthograd und regelrecht.

Sonographie Abdomen:

Zeichen einer rechtsventrikulären Einflußstauung bei starrer V. cava inferiorer und betonten Lebervenen, kleiner Pleuraerguß rechts. Übriger Organstatus altersgerecht,



Parasternale Längsachse, Vorhofsystole, polabierendes Vorhofmyxom, li atriale(55mm) und re ventrikuläre(38mm) Dilatation

Abbildung 1**Allgemeine Befunde bei Myxomen**

Dyspnoe
Embolien
Fieber
Gewichtsverlust
Kachexie
Müdigkeit
Anämie
Trommelschlägelfinger
Arthralgien
Raynaud-Symptom

Quelle: „Harrison Innere Medizin“ 16.Auflage,2005,S.1523

Textkasten 1

Parasternaler Querschnitt, Anlotung in Höhe der Mitralklappe vv, subtotale Lumenverlegung durch den Tumor +

Abbildung 2**Sonomorphologische Myxomeigenschaften:**

Unregelmäßige bis glatte Oberfläche

Inhomogene Struktur:

- Kalkeinlagerungen
- Liquide Anteile durch Einblutungen

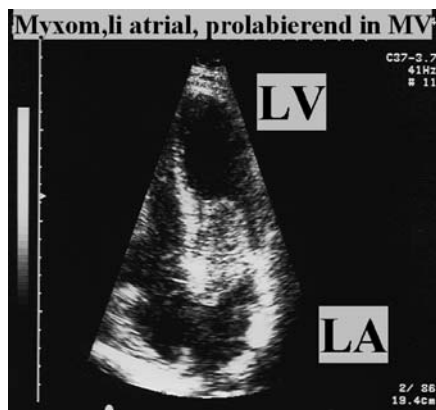
Flottierende Auflagerungen

Endgültige Diagnose oft erst durch histologisch Untersuchung möglich

Quelle: „Klinische Echokardiographie“, Ekkehart Köhler, 2. Auflage, S.382ff.

Textkasten 2

Sozialmedizin



apicale Anlotung – Vierkammerblick,
Darstellung des li atrialen Myxoms,
balloniertes Vorhofseptum erkennbar

Abbildung 3

Myxom - Steckbrief:

Primär benigner Herztumor
40% aller primären Herz-Tu
M : F= 1 : 1,7-3
75% im linken Vorhof
93% solitär,
7% multiple Lokalisation

Besonderheit:

Familiäre Herzmyxome oder „Carney-Syndrom“:

Genetisch heterogene, autosomal dominante Vererbung,
gleichzeitiges Auftreten von cutanen Myxomen, mukocutanen Pigmentationen, adrenalen, testikulären und Epiphysentumoren

Quelle: „Klinische Kardiologie“, E.Erdmann,
5. Auflage, 2000, S. 1231

Textkasten 3

Echokardiographie:

Deutlich dilatierter rechter Ventrikel (EDD 38 mm), linker Ventrikel (EDD 48 mm) imponiert hypovolämisch. Im linken Vorhof Nachweis einer hochmobilen, sulzigen, inhomogen strukturierten und unregelmäßig begrenzten Raumforderung mit Sitz am interatrialen Septum. Tumordurchmesser 3 x 5 x 2,5 cm. Linksatriale Dilatation auf 55 mm. In der Vorhofsystole Prolaps des Tumors in die Mitralklappe mit subtotaler Verlegung. Übrigen Herzklappen waren ohne Vitiumzeichen. Tricuspidalklappe ohne erhöhten pulmonalarteriellen Druck in Ruhe.

Diskussion:

Leistungsschwäche, Luftnot und intermittierender Husten sind unspezifische Symptome, die sich gerade bei den Patienten unserer Klinik vielfach nachweisen lassen. Im konkreten Fall lagen uns eine Reihe von Befunden vor, die jedoch zu keiner Klärung der Beschwerdesymptomatik des Patienten führten. Diese Diskrepanz ergab die Notwendigkeit einer weiterführenden Diagnostik.

Differentialdiagnostisch bestand zunächst der Verdacht auf rezidivierende, pulmonale Mikroembolisierungen im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms, postoperativ, bzw. nach Trauma im Mai 2004. Dieser Verdacht begründete sich sowohl auf den BGA-

Wert (Hyperventilation und leichtgradige Hypoxämie) als auch EKG-Befund (SI-QIII-Typ Erregungsrückbildungstörungen in den inferioren Ableitungen). Nach unauffälligem Duplex-Doppler-Befund des venösen Systems der unteren Extremitäten und damit Ausschluß einer Thrombose, erfolgte ein Echokardiogramm mit Erhebung des o. g. Befundes.

Die klinische Symptomatik des Patienten muß in Verbindung mit den Befunden als myxombedingt im Sinne einer funktionellen Mitralstenose angesehen werden. Hierzu zählen die Dyspnoe (im Verlauf bis zur Orthopnoe) genauso wie die durchgemachte Bewußtlosigkeit und Präsynkopen als Ausdruck der schweren hämodynamischen Relevanz. Die EKG-Veränderungen sind mit der entstandenen Rechtsherzbelastung vereinbar. Der hohe Wert für D-Dimere ist auf eine Gerinnungsaktivierung durch den Tumor zurückzuführen. Leichte Anämien werden auch als Tu-bedingt beschrieben. Andere Myxom-assoziierte klinische Symptome wie Embolien oder Fieber (s. Textkasten 1) waren klinisch nicht nachweisbar.

Welche Symptome bei der Myxomerkrankung im Vordergrund stehen, hängt von der Lokalisation ab. Generell lassen sich kardiale (z.B. Vitiumimitation, Rhythmusstörungen) von nichtkardialen (z.B. Synkopen, Embolien) unterscheiden. Ein spezifisches Symptom scheint es nicht zu geben, vielmehr ist es die Kombination derer, die eine Verdachtsdiagnose begründet.

Untersuchungsbefund und unauffällige Familienanamnese unseres Patienten deuten auf ein sporadisches Myxom hin. Bei Nachweis von multiplen Lokalisationen und Rezidiven muss das familiäre Myxomsyndrom (s. Textkasten 3) durch echokardiographische Untersuchungen erstgradiger Verwandter, ausgeschlossen werden.

Verlauf:

Nach Einleitung einer niedrig dosierten Gabe eines Schleifendiuretikums (Furosemid) verbesserte sich die Atemsituation des Patienten deutlich. Parallel erfolgte die Gabe von niedermolekularem Heparin in therapeutischer Dosierung. Nach klinischer Stabilisierung bestand der Patient auf eine selbstständige Heimfahrt, um sich dort in einem kardiochirurgischen Zentrum vorzustellen. Etwa 3 Wochen nach Diagnosenstellung wurden wir von dem Patienten über den reibungslosen Verlauf der Herz-OP telefonisch informiert.

Fazit:

Der diagnostische Schwerpunkt der Rehabilitation liegt in der Durchführung der Leistungsbeurteilung eines Patienten und der daraus resultierenden sozialmedizinischen Beurteilung. Neben dieser „klassischen Aufgabe“ der Rehabilitation steht jedoch auch der Patient mit seinem klinischen Beschwerdebild und der notwendigen Zuordnung dieser zu den Vorbefunden.

Unsere Kasuistik zeigt in eindrucksvoller Weise, dass bei fehlender Plausibilität von Diagnose und aktuellem Beschwerdebild auch die Rehabilitation dazu verpflichtet und in der Lage ist, die ihr gegebenen mentalen und technischen Möglichkeiten diagnostischer Art auszuschöpfen.

Eine bereits in der stationären Rehabilitation durchgeführte, symptomorientierte Diagnostik kann so zum Zeitgewinn für Patient und letztlich durch Verringerung der Fehlzeiten auch zum Vorteil für die Kostenträger werden.

Sozialmedizin

Roland Koechel, Boris Damke, Eifelklinik der Deutsche Rentenversicherung Rheinland Klinik für Psychosomatische Medizin

Sogenannte „geschickte“ Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie der Eifelklinik Manderscheid der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit sog. „geschickten“ Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. 50 auf der Grundlage von § 51 Sozialgesetzbuch (SGB) V in ein psychosomatisches Heilverfahren geschickte Patienten wurden mit einer Kontrollgruppe von 50 Patienten verglichen, die von sich aus psychosomatische Rehabilitation gesucht haben. Die unabhängigen Variablen waren Gruppe (geschickt vs. freiwillig) und Messzeitpunkt (Beginn vs. Ende der Rehabilitation). Abhängige Variablen waren die Skalen des SCL 90R, Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit zum Ende des Heilverfahrens und die Bewertung der Hilfe durch das Heilverfahren mittels eines Items des Zufriedenheitsfragebogens 8 (ZUF-8).

Die geschickten klagten im Vergleich zu den anderen Patienten zu beiden Messzeitpunkten über stärkere subjektive Belastung durch psychische Symptome. Die Besserung der subjektiven Symptomatik im Verlauf der Rehabilitation war jedoch in beiden Gruppen ähnlich: 34 % der geschickten Patienten schätzten sich am Ende des Heilverfahrens als arbeitsfähig ein (Freiwillige: 65%). 75 % der geschickten Patienten bewerteten das Heilverfahren positiv (Freiwillige Patienten: 92%). Die Prognose für geschickte Patienten ist im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe schlechter. Dennoch zeigt auch die Gruppe der „Geschickten“ Besserungstendenzen.

1. Einleitung

Patienten, die nicht freiwillig in die stationäre psychosomatische Rehabilitation kommen, stellen eine Herausforderung für die Rehabilitationsklinik und für die Behandler dar. Der Umgang mit diesen Patienten ist häufig durch Gefühle der Hilflosigkeit, der Ablehnung,

der Abwertung und der Enttäuschung geprägt. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass die Motivation der sogenannten geschickten Patienten, ihren Teil zum Gelingen der Therapie beizutragen, vermutlich gering sein wird. Die Zielsetzung, mit der sie eine stationäre Behandlung aufnehmen, ist häufig diffus oder konträr zur Zielsetzung des Behandlers. Olbrich et al. (1998) definieren diesen Problempatienten als einen, der bereits einen Rentenantrag gestellt hat, sich mit der Absicht trägt, einen Rentenantrag zu stellen oder länger als sechs Monate krankgeschrieben ist. Regressive Prozesse spielen bei geschickten Patienten eine große Rolle. Die Zugangswege zu einem Rehabilitationsverfahren sind vielfältig. Einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen geben Bückers, Kriebel und Paar (2001).

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit Patienten, die nach langer Krankschreibung und Feststellung der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in eine psychosomatische Rehabilitation „geschickt“ werden. Die rechtliche Grundlage dazu bietet der § 51 SGB V; Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistung zur Teilhabe (Auszüge):

- Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.
- Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

¹ Der besseren Lesbarkeit halber wird in diesem Kontext das Maskulinum gebraucht. Selbstverständlich ist jeweils immer auch die Versicherte angesprochen.

Will der Versicherte¹ seinen Anspruch auf Krankengeld nicht verlieren, ist er vor diesem Hintergrund quasi gezwungen, einen Antrag auf eine stationäre Rehabilitation zu stellen. Das hat zur Folge: Der Behandlungsauftrag kommt zunächst einmal nicht vom Versicherten. Er wird durch eine Institution, zum Beispiel die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger, definiert. Daraus ist eine geringere (gerade für Psychotherapie wesentliche) intrinsische Motivation ableitbar, das Behandlungssetting mit zu tragen. Die (geringe) intrinsische Motivation könnte allenfalls aus dem Umstand resultieren, den Anspruch auf Krankengeld nicht zu verlieren.

Macht es überhaupt Sinn, einen Versicherten in die stationäre psychosomatische Rehabilitation zu schicken? Oberdahlhoff (1987), Ritter, Kramer (1991) Plassmann, Färber (1995) sowie Olbrich et al. (1995) stellten für solche Patienten in psychosomatischen Rehabilitationsverfahren vergleichsweise ungünstige Prognosen. Der Frage, inwieweit diese Einschätzung validierbar ist, kommt vor dem Hintergrund steigender Zahlen sogenannte „sozialmedizinischer Problempatienten“ in Rehabilitationskliniken besondere Bedeutung zu.

Wird der Versicherte nach langer Krankschreibung evtl. auch mit einem ambivalenten Rentenbegehren in die stationäre psychosomatische Rehabilitation geschickt, gerät der Behandler in eine schwierige Doppelrolle (Bückers, Kriebel, Paar, 2001): Er hat die Rolle des Diagnostikers und die des Behandlers, der, darüber hinaus, sozialmedizinisch beurteilt. Im Verwertungszusammenhang bekommen solche Stellungnahmen in der Regel Gutachtencharakter.

Grundlage des therapeutischen Prozesses ist das Arbeits- und Behandlungsbündnis zwischen Behandler und Patient. Vor dem Hintergrund der Fremdmotivation ist die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung jedoch meist erschwert. Der Versicherte, der mit weiterer Krankschreibung oder mit einer vorzeitigen Berentung (regressiv) Lösungen sucht, muss befürchten, dass die Institution Rehaklinik, der sozialmedizinisch Stellung nehmende Arzt, ihm „schadet“. Nicht allzu selten entwickelt sich statt eines therapeutischen Miteinanders ein Machtkampf zwischen Versichertem und Behandler.

Selbst wenn die Rollen des sozialmedizinisch Stellung Nehmenden und die des Behandlers in der psy-

chosomatischen Klinik getrennt werden, bleibt oft ein Vorbehalt des Versicherten gegenüber dem Arzt in der Rehabilitationsklinik bestehen.

Aufgabe der Rehabilitation in Händen des Rentenversicherers ist es, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen bzw. die frühzeitige Berentung zu verhindern. Der Patient ist jedoch oft davon überzeugt, krank geschrieben bleiben bzw. vorzeitig berentet werden zu müssen. Daraus kann mitunter der (nicht tragfähige) Kompromiss entstehen, dass sowohl Therapeut als auch Patient so tun, als ob ein therapeutischer Prozess in Gang gekommen wäre. Umso größer ist am Ende der Behandlung die Enttäuschung darüber, dass sich der erwartete Therapieerfolg nicht eingestellt hat. Man hat sich bemüht, aber es hat eben „nichts gebracht“. Oder, es hat was gebracht, aber das, was es gebracht hat, darf vom Versicherten so nicht anerkannt werden. Es wird vielmehr funktionalisiert bzw. instrumentalisiert.

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob die Gruppe der auf der Grundlage des § 51 SGB V „geschickten Patienten“ überhaupt eine Aussicht auf Therapieerfolg hat. Außerdem wird untersucht, welche Faktoren (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Alter, Rehadauer) einen Einfluss auf die subjektive Symptombelastung und auf den Therapieerfolg haben.

2. Methode

Es wurden die Akten von 50 Patienten gezogen, die über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage des § 51 SGB V zum psychosomatischen Heilverfahren in die Eifelklinik der LVA Rheinprovinz in Manderscheid gekommen waren. Patienten mit laufenden Rentenverfahren wurden ausgeschlossen. 7 Patienten trugen sich mit der Absicht, einen Rentenantrag zu stellen. Die Kontrollgruppe bestand aus 50 Patienten, die das Heilverfahren von sich aus beantragt hatten. Die 100 Patienten waren im Zeitraum Januar 2002 bis Januar 2003 in der Eifelklinik Manderscheid gewesen. Tabelle 1 beschreibt die Stichprobe. Das durchschnittliche Alter der Gesamtgruppe betrug 46,61 Jahre. 57 Patienten waren männlich, 43 weiblich.

Aus der psychologischen Basisdokumentation wurden die Skalen des SCL-90R (Franke, 1995; Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische

Sozialmedizin

Angst, Paranoides Denken und Gesamtscores PST, GSI, PSDI) ausgewertet. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten unmittelbar vor dem Heilverfahren, Bildungsgrad, Alter und Geschlecht wurden erfasst. Die Patienten füllten den SCL-90R Fragebogen zu Beginn (3. Aufenthaltstag) und am Ende des Reha-Verfahrens aus. Item 6 des Zufriedenheitsfragebogens ZUF-8 (Schmidt et al. 1994) „Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?“ wurde in die Analyse miteinbezogen. Die subjektive Arbeitsfähigkeit wurde mit der Frage „Fühlen Sie sich grundsätzlich arbeitsfähig?“ erhoben. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den ärztlichen Behandler wurde aus dem Reha-Entlassungsbericht entnommen.

Ein Mittelwertsvergleich der SCL-Skalen wurde mittels MANOVA (SPSS Version 11.0) mit den Faktoren Gruppe x Messzeitpunkt mittels SPSS durchgeführt. Zur statistischen Validierung von Mittelwertsunterschieden der SCL-Skalen über die beiden Meßzeitpunkte hinweg, wurde ein T-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Zur Erhebung von Einflussfaktoren auf subjektive Belastung durch Symptome am Ende des Heilverfahrens und den Differenzwert zwischen dieser Variable Anfang – Ende Heilverfahren wurde eine lineare Regression mit den unabhängigen Variablen Aufenthaltsdauer in Tagen, Alter in Jahren und Arbeitsunfähigkeitszeiten in Tagen über beide Gruppen hinweg gerechnet.

Die Arbeitshypothesen zielten auf die Frage ab, ob es überhaupt Sinn macht, Versicherte nach langer Krankenschreibung ggf. auch noch mit einem Rentenbegehren ohne einen Behandlungsauftrag in eine stationäre psychosomatische Rehabilitation zu schicken? Wäre es sinnlos, läge es nahe, dass geschickte im Vergleich zu anderen Patienten höhere subjektive Bela-

stungen durch psychische Symptome angäben. Dies impliziert eine vergleichsweise ungünstigere Prognose geschickter Patienten, die subjektive Symptomatik auf ein nichtpathologisches Maß zu reduzieren.

Ausgehend von einem varianzanalytischen Auswertungsmodell nahmen wir einen signifikanten Gruppeneffekt mit höheren Mittelwerten subjektiver psychischer Belastung in der Gruppe der geschickten Patienten an. Vor dem Hintergrund von Aggravationstendenzen der geschickten Patienten vermuteten wir eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Symptomatik gegen Ende des Heilverfahrens. Varianzanalytisch würde dies einen signifikanten Gruppe x Messzeitpunkt Haupteffekt bedeuten: Während die Gruppe der freiwilligen Patienten einen Rückgang ihrer Symptome im Verlauf des Heilverfahrens angeben, stagniert oder verschlechtert sich sogar die Symptomatik in der Gruppe der Geschickten. Auf der Basis dieser Überlegung wurde von einem vergleichsweise nur geringen Anteil geschickter Patienten ausgegangen, die sich gegen Ende der Behandlung als arbeitsfähig definieren und die Rehabilitation als hilfreich einschätzen.

3. Ergebnisse

Die Verteilung von männlichen und weiblichen Patienten in beiden Gruppen war in etwa gleich. Die Patienten der Geschicktengruppe waren im Schnitt etwas älter als die Patienten der Freiwilligengruppe. Der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (siehe Tabelle 1).

Statistisch bedeutsam war dagegen der Unterschied zwischen den Gruppen, was die Arbeitsunfähigkeitszeiten ($F(1/98) = 52.29$; $p > 0.01$) und die Aufenthaltsdauer ($F(1/98) = 8.15$; $p > 0.01$) angeht. Die geschickten Patienten waren vor dem Heilverfahren erheblich länger krank geschrieben als die Kontrollgruppe. Die

Deskriptive Statistik

	Mittelwert Alter	SD	Mittelwert AU-Zeiten in Tagen	SD	Anzahl männliche Pat.	Anzahl weibliche Pat.	Aufenthaltsdauer	SD
Gesamtgruppe (N=100)	46,61	8,37	147,94	143,64	57	43	41,33	12,80
Geschickte Patienten (n=50)	47,66	8,29	232,24	117,83	28	22	37,80	11,40
Freiwillige Patienten (n=50)	45,56	8,40	63,64	115,31	29	21	44,86	13,25

Tabelle 1

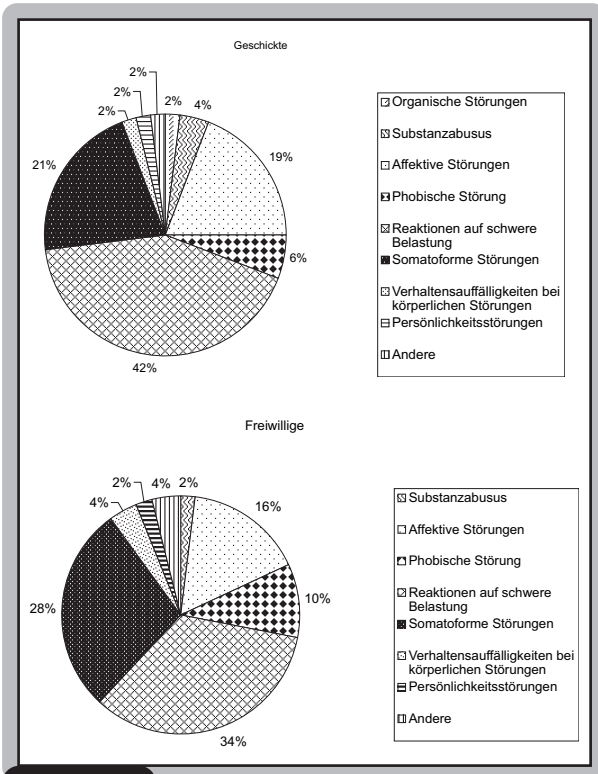


Abbildung 1

freiwilligen Patienten waren knapp eine Woche länger im Heilverfahren als die Geschickten. Die Verteilung der Erstdiagnosegruppen waren in beiden Gruppen ähnlich (Abbildung 1).

Die varianzanalytische Auswertung ergab signifikante Gruppenhaupteffekte der SCL-90R Variablen

GSI, PSDI, Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit. In allen Skalen ist der signifikante Gruppenhaupteffekt auf höhere subjektive Belastung durch psychische Symptome in der Gruppe der geschickten Patienten als in der Gruppe der Freiwilligen zurückzuführen. Tabelle 2 bietet einen Überblick über die signifikanten varianzanalytischen Ergebnisse. Gruppe x Messzeitpunktinteraktionen waren nicht beobachtbar.

Der T-Test für abhängige Stichproben ergab bei allen unter Tab. 2 aufgeführten SCL-Skalen einen signifikanten Abfall der subjektiven Belastung durch Symptome in der Gruppe der geschickten Patienten. Tabelle 2, rechte Spalte gibt einen Überblick. Abbildung 2 zeigt exemplarisch den Verlauf des Globalwertes subjektiver psychischer Belastung SGI über die beiden Messzeitpunkte hinweg.

In Abbildung 3 wird die Beantwortung der Frage „Hat die Behandlung, die Sie hier erhalten haben, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?“ aus dem Zufriedenheitsfragebogen 8 (ZUF-8) dargestellt. Die Verteilung ist nach Kolmogorov-Smirnov-Test signifikant unterschiedlich ($p > 0.05$). Der Chi-Quadrat-Test für die einzelnen Antwortmöglichkeiten ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Antwortmöglichkeiten „Half eine Menge“ ($\text{Chi-Quadrat} = 5.77; p > 0.05, df=1$) und „Sie half nicht“ ($\text{Chi-Quadrat} = 4.00; p > 0.05; df=1$).

Die Gruppe der geschickten Patienten bewertet die Rehabilitation im Vergleich zu den freiwilligen Patienten

Ergebnisse der MANOVA Gruppe x Messzeitpunkt. Der Messzeitpunkthaupteffekt war in sämtlichen Skalen hochsignifikant. (MZP=Messzeitpunkt, n.s.= nicht signifikant, $p > 0.05^* p > 0.01^{**}$). In der rechten Spalte stehen die Ergebnisse des T-Tests zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den Skalenmittelwerten zu den beiden Messzeitpunkten in der Geschicktengruppe.

	Mittelwert gesamt (n=100)		SD gesamt		Mittelwert Geschickte (n=50)		Mittelwert Freiwillige (n=50)		Gruppenhaupteffekt F (1/98)	Gruppe x Messzeitpunkt Interaktion	T-Wert Geschickte MZP 1 vs. 2 df=49
	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2			
SCL 90R GSI	1.13	0.76	0.73	0.71	1.27	0.94	1.00	0.76	6.06*	n.s.	3.92**
SCL 90R PSDI	1.96	1.58	0.61	0.64	2.03	1.72	1.89	1.43	4.02*	n.s.	3.64**
SCL 90R Somatisierung	14.87	11.46	9.70	9.59	17.24	14.22	14.87	11.46	8.80**	n.s.	2.76**
SCL 90R											
Depression	17.08	10.32	11.19	10.55	18.20	13.28	15.96	7.36	4.65*	n.s.	3.59**
SCL 90R Ängstlichkeit	11.66	8.46	8.42	8.44	13.80	10.78	9.52	6.14	9.11**	n.s.	2.69*

Tabelle 2

Sozialmedizin

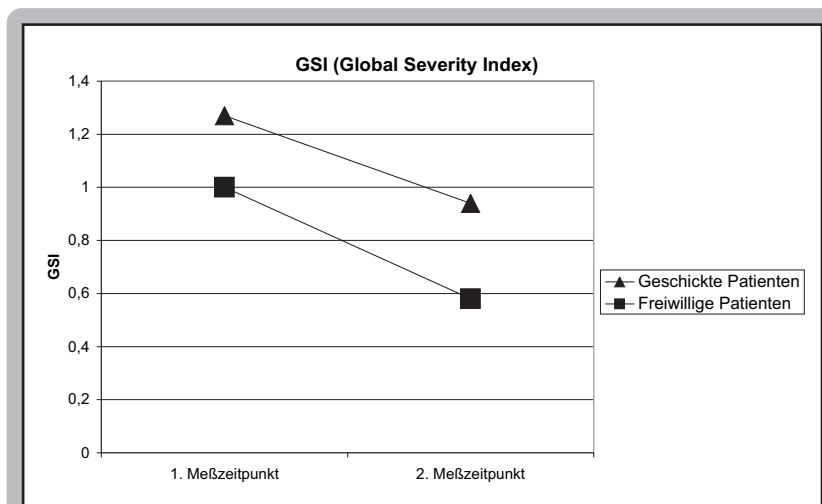


Abbildung 2

Verlauf des GSI in den beiden Gruppen über die Messzeitpunkte

ten weniger häufig als „sehr hilfreich“ und häufiger als „nicht hilfreich“.

Abbildung 3 Einschätzung, wie hilfreich die Rehabilitation für den angemessenen Umgang mit den Problemen empfunden wurde (Item 6 des Zufriedenheitsfragebogens 8; ZUF-8)

Der Anteil der Patienten, die sich als arbeitsfähig einschätzten, war in der Gruppe der geschickten Patienten signifikant geringer als in der Gruppe der freiwilligen Patienten (Chi-Quadrat= 4.41; $p > 0.05$; $df=1$). Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Antworten in den Gruppen.

4. Diskussion

Die Arbeitshypothese, wonach „geschickte Patienten“ stärkeren psychischen Symptomdruck angaben, kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse als zutreffend angenommen werden. Geschickte Patienten definierten sich über beide Messzeitpunkte hinweg als stärker mit psychischen Symptomen belastet als die freiwilligen Patienten.

Dieses Ergebnis könnte im Sinne der „Zwecklosigkeitshypothese“ als Ausdruck von Aggravationstendenzen durch den Patienten interpretiert werden. Aufgrund wirtschaftlichen

Drucks könnte das Abfragen von Symptomen als Rechtfertigung für weitere Krankschreibung oder gegebenenfalls Berentung bewusst funktionalisiert beziehungsweise instrumentalisiert werden. Der Patient unterstreicht die Notwendigkeit, wegen der angegebenen Beschwerden arbeitsunfähig entlassen werden zu müssen.

Diese eindimensionale Interpretation vernachlässigt jedoch die Rolle der Arbeitsunfähigkeitszeiten als bedeutsamen Prädiktor für Therapieerfolg: Aufgrund der vergleichsweise erheblich höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten der Gruppe der geschickten

Patienten, kann von einem höheren Chronifizierungsgrad ausgegangen werden. Stärkere Chronifizierung geht mit stärkeren regressiven Tendenzen und größerer Ängstlichkeit gegenüber dem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben einher. Der Patient traut sich im Verlauf der Krankschreibung immer weniger zu. Die Gesamtheit der durch die lange Krankschreibung und der damit verbundenen Schonhaltung erworbenen sekundären Einschränkungen führt beim Patienten zu der für ihn real erscheinenden und von Therapeutenseite her nicht nachvollziehbaren Überzeugung, „kaputt“ zu sein.

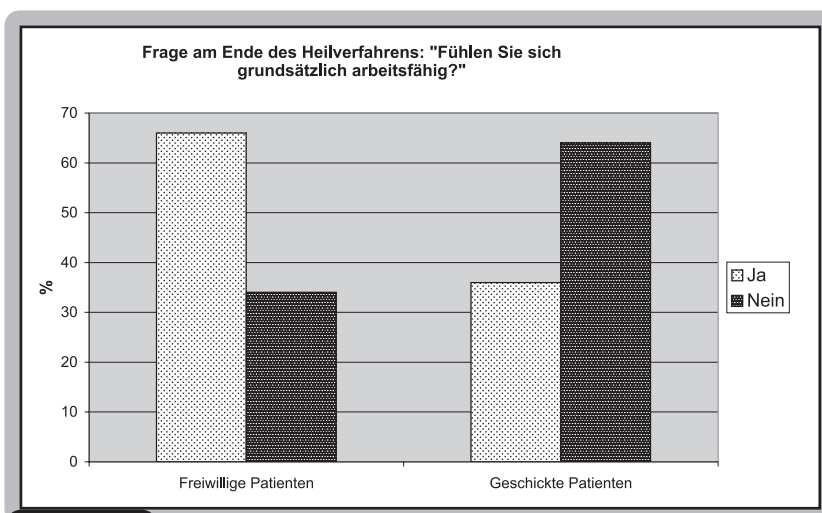


Abbildung 4

Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Patienten in den beiden Gruppen zum Ende der Rehabilitation

Wir vertreten die Auffassung, dass Verdeutlichungstendenzen auf dieser Überzeugung basieren und einen, wenn auch unangemessenen Lösungsversuch darstellen.

Die zweite Hypothese ging von einer Zunahme der subjektiven Belastung durch psychische Symptome in der Gruppe der geschickten Patienten gegen Ende der Rehabilitation aus. Es wurde angenommen, dass geschickte Patienten vor dem Hintergrund von Verdeutlichungstendenzen gegen Ende der Rehabilitation mehr Beschwerden angeben als zu Beginn. Diese Hypothese hat sich als falsch erwiesen: Immerhin bewerten rund 75% der geschickten Patienten die Rehabilitation zur Bewältigung ihrer Probleme als hilfreich. Ca. 70% der geschickten Patienten weisen im Prä-Postvergleich, gemessen durch den Global Severity Index des SCL-90R, einen Rückgang der subjektiven Gesamtbelastung durch psychische Symptome aus. Die Reduzierung des subjektiven psychischen Symptomdrucks in der Gruppe der geschickten Patienten über das Rehabilitationsverfahren hinweg ist statistisch signifikant. Sie ist, zwar auf höherem Niveau, mit dem Verlauf der Symptomatik in der Kontrollgruppe vergleichbar. Während jedoch die subjektive Symptombelastung in der Freiwilligengruppe über das Rehabilitationsverfahren hinweg auf ein Maß sinkt, das statistisch als unauffällig ($T=61$) angesehen werden kann, bleibt die Einschätzung der Geschicktengruppe mit $T=70$ eindeutig in einem pathologischen Bereich. Die geschickten Patienten schätzen sich gegen Ende der Rehabilitation trotz Besserung noch als krank ein. Dies spiegelt sich auch in der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit wider. Zwar ist der Anteil der geschickten Patienten, die sich gegen Ende der Behandlung als arbeitsfähig einschätzen, mit 34% unerwartet hoch. Er unterscheidet sich jedoch deutlich von der Einschätzung der Kontrollgruppe.

Zusammenfassend stellen wir fest: Die Prognose geschickter Patienten ist schlechter als die für Patienten, die Rehabilitationsbehandlung suchen. Dennoch ist die Prognose nicht so schlecht, dass allein schon daraus die Sinnlosigkeit eines stationären Rehabilitationsverfahrens für geschickte Patienten abzuleiten wäre. Der Erfolg bei der Behandlung geschickter Patienten hängt davon ab, ob es gelingt, den Regressionsprozess, in dem sich der Versicherte befindet, noch einmal zu stoppen.

Wir halten es in einem ersten Schritt für erforder-

lich, frühzeitig bei der sozialmedizinischen Beurteilung Transparenz zu schaffen. Nach spätestens zwei Wochen stationärer Aufenthaltsdauer sollte der geschickte Patient über den Entlassungsmodus (arbeitsfähig vs. arbeitsunfähig) informiert sein. Mit den Kriterien, die der sozialmedizinischen Beurteilung zu Grunde gelegt werden, muss der Versicherte vertraut sein. Die Diskrepanz zwischen regressiven Zielen des Versicherten (weitere Krankschreibung, vorzeitige Berentung u.Ä.) und den Anforderungen der sozialen Realität wird offen angesprochen. Aus einer Klärung dieser Fragen kann auf Seiten des Versicherten mitunter doch noch die Motivation erwachsen, einen Behandlungsauftrag zu formulieren und die Behandlung mitzutragen. Erteilt der Versicherte keinen persönlichen Behandlungsauftrag, sollte es wiederum auch möglich sein, die Rehabilitation vorzeitig zu beenden, ohne dass daraus negative Konsequenzen für den Versicherten oder für die Behandlungsstätte resultieren.

Vor dem Hintergrund eines Regressionsmodells ist die frühzeitige Diagnostik eines Chronifizierungsrisikos wichtig. Je länger ein Versicherter vor der Rehabilitation krankgeschrieben ist, desto geringer ist der voraussichtliche Behandlungserfolg und desto stärker die subjektiv erlebte Symptomatik am Ende der Rehabilitation. Daraus lassen sich Anforderungen an die ambulant behandelnden Ärzte, den Rentenversicherungsträger, die Krankenkasse und die Rehabilitationsforschung formulieren. Dem Hausarzt als „erster Anlaufstelle“ kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Der Problematik langer Krankschreibung könnte dort am frühesten begegnet und die Indikation zu rechtzeitiger Rehabilitation gestellt werden. Die Forschung könnte durch die Identifizierung von Chronifizierungsprädiktoren dem behandelnden Hausarzt Anhaltspunkte für ein entsprechendes Risikoprofil liefern. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger käme die Aufgabe zu, chronifizierungsgefährdeten Versicherten möglichst frühzeitig Wege in eine geeignete Rehabilitation zu eröffnen.

Literatur:

- Bückers, Kriebel & Paar (2001) Der „geschickte Patient in der psychosomatischen Rehabilitation – Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. Rehabilitation; 40: 65-71.

Sozialmedizin

- Franke, G. (1995) Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Beltz, Göttingen.
- Oberdahlhoff, H.- E. (1987) Psychosomatische Rehabilitation im Rentenverfahren. Psychotherapie medizinische Psychologie, 37, 53-57.
- Olbrich D., Cicholas B. & Klenke-Bossek H. (1998) Psychosomatische-psychotherapeutische Rehabilitation sozialmedizinischer Problempatienten-Erkundungsstudie zu Befunden, Verlauf und Behandlungsergebnissen. Rehabilitation 37, S. 7-13.
- Olbrich, D., Kostka, E. F. & Schneider E. (1995) Welche Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sind psychotherapeutisch erreichbar? Rehabilitation, 34: 16-22.
- Plassmann R.& Färber K. (1995) Rentenentwicklungen bei psychosomatisch Kranken. Rehabilitation, 34: 23-27.
- Ritter, G. Kramer, J. (Hrsg.) (1991) Unfallneurose, Renten-neurose. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). perimed, Erlangen.
- Schmidt J., Nübling R., Lamprecht F. & Wittmann (1994) Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Behandlung. In: Lamprecht, F. Johnen (Hrsg.): Salutogenese – Ein neues Konzept in der Psychosomatik. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt/Main.

Sozialmedizin

Dr. med. Rainer Schmale, Abteilung Sozialmedizin

Grundsätze der sozialmedizinischen Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Überarbeitete Fassung von Vorträgen im Rahmen des Amtsarztlehrganges vom 24.09.2004 und der Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ vom 01.06.2005

Zusammenfassung

Vom Ärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers sind Begutachtungen auf Grund einer Vielzahl unterschiedlicher Antragsformen und Anlässe wahrzunehmen. Dabei fungieren die Gutachter als Sachverständige und nicht als Entscheidungsfinder. Neben der Verpflichtung zu Neutralität bzw. Objektivität sind fachliche sowie soziale Kompetenz notwendige Schlüsselqualifikationen.

Bearbeitungspunkte bei der Gutachtenerstellung sind die Anamneseerhebung, Ganzkörperuntersuchung, Auswertung medizinischer Vorunterlagen und eigener Funktionsuntersuchungen, epikritische Beschreibung sowie Bewertung der festgestellten Gesundheitsstörungen bzw. Funktionsdefizite, Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (mit Ausnahme von Gutachten bei Anträgen auf eine medizinische Rehabilitation) sowie die Übertragung des Gutachtenergebnisses und der Entscheidungsempfehlung in die dafür vorgesehenen Formulare.

Dabei resultiert die Leistungsbeurteilung auf den Auswirkungen der festgestellten qualitativen Einsatzbeschränkungen auf die quantitative Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf und für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Berücksichtigung schwerer spezifischer oder einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen. Die die Rentenversicherung betreffenden gesetzlichen Grundlagen finden sich im SGB VI und IX.

Schlüsselwörter

Sozialmedizinische Begutachtung – Gutachterposition – spezielle Begutachtungsprobleme – SGB VI und IX – Bearbeitungspunkte bei der Gutachtenerstellung – qualitative und quantitative Kriterien der Leistungsbeurteilung – erhebliche qualitative Einsatzbeschränkungen – Berufsunfähigkeit – Qualitätssicherung

Begutachtungsanlässe in der gesetzlichen Rentenversicherung

Das vom Ärztlichen Dienst wahrzunehmende Spektrum an Begutachtungsaufgaben basiert auf einer Vielzahl zugrunde liegender Antragsformen und verwaltungsseitiger Vorlagen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Anlässe:

- **Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Hierunter fallen Anträge auf herkömmliche Leistungen zur ambulanten bzw. teilstationären oder stationären Rehabilitation, Anschlußheilbehandlungen, Kinder-, onkologische und Suchtrehabilitationen sowie die Rehabilitation psychisch Kranker.

- **Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Hierunter fällt die medizinische Prüfung und Stellungnahme betreffend alle Anträge zur beruflichen Rehabilitation von der Beantragung spezieller Arbeitshilfen und der Einrichtung behindertengerechter bzw. leidensangepasster Arbeitsplätze bis hin zur Gewährung von Wiedereingliederungshilfen oder qualifizierten Umschulungsmaßnahmen.

- **Anträge nach § 51 SGB V**

In bestimmten, gesetzlich definierten Fällen kann eine Versicherte/ein Versicherter durch die zuständige Krankenkasse aufgefordert werden, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei der Rentenversicherung zu stellen. Voraussetzung ist die ärztliche Feststellung einer erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit. Dabei setzt die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen für die Antragstellung. Wird der Antrag nicht innerhalb dieser Frist beim Rentenversicherungsträger gestellt, entfällt der Anspruch der/des

Sozialmedizin

Versicherten auf den Bezug von Krankengeld und lebt erst mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Für die/den ärztliche(n) Gutachter/-in ist bei solchen Fällen wichtig, dass im Falle der ablehnenden Empfehlung eines Heilverfahrens zwingend eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfolgen muss.

- **Anträge nach § 125 SGB III**

Statt durch die Krankenkasse wie beim § 51 SGB V wird die/der Versicherte in diesen Fällen durch die Arbeitsagenturen zur Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe beim Rentenversicherungsträger aufgefordert. Wird dieser Aufforderung nicht innerhalb eines Monats nachgekommen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zum Tag der nachgeholtten Antragstellung. Hintergrund ist der Anspruch dieses Personenkreises auf entsprechende Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, auch wenn wegen einer nicht nur vorübergehenden Minderung der beruflichen Leistungsfähigkeit (d.h. von > 6 Monaten) eine Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem Umfang von mindestens 15 Wochenstunden nicht möglich erscheint. Deshalb stellt sich bei den Anträgen nach § 125 SGB III für den Ärztlichen Dienst der gesetzlichen Rentenversicherung stets die Frage der Umdeutung in einen Rentenantrag.

- **Anträge auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**

Hierbei ist zwischen Anträgen auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, solchen wegen teilweiser Erwerbsminderung und wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu differenzieren. Nähere Erläuterungen zu den einzelnen Rentenarten erfolgen in einem eigenen Kapitel dieses Artikels. Die im Zusammenhang damit zu erstellenden Gutachten stellen eine zentrale Aufgabe für das medizinische Personal in den ärztlichen Untersuchungsstellen der Service-Zentren dar.

- **Nachuntersuchungen**

Diese betreffen zum einen Nachbegutachtungen in Widerspruchsverfahren zur weiteren Sachaufklärung oder bei Anhaltspunkten für eine zwischenzeitlich eingetretene Änderung des zugrunde liegenden medizinischen Sachverhaltes. Zum anderen handelt es sich um Nachbegutachtungen bei Weitergewährungsanträgen von Zeitrenten und im Rahmen der Überprüfung von Dauerrenten, sofern sich Hinweise auf

eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes gegenüber den Verhältnissen zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentengewährung ergeben haben.

- **Anträge auf Leistungen zur Grundsicherung**

Als zusätzliche Aufgabe ist dem Ärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger seit Beginn des Jahres 2003 als Auftragsleistung zunächst für die Grundsicherungs-, nunmehr für die Sozialämter die Begutachtung bei Anträgen auf Leistungen zur Grundsicherung übertragen worden. Ein möglicher Anspruch besteht dabei für Personen zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr, die dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. Gutachterlicherseits bedeutet dies die Prüfung, ob die Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter 3 Stunden pro Tag herabgesunken und eine Besserung des beruflichen Leistungsvermögens unwahrscheinlich ist. Nachdem die gesetzliche Grundlage hierfür zunächst das „Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG)“ bildete, wurde dieses nach nur 2 Jahren bereits zum 01/01/2005 wieder aufgehoben und seine Vorschriften in teilweise geänderter Form in das neue Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) integriert. Dabei erfolgte auch die explizite Klarstellung, dass die Feststellungen zur Erwerbsminderung im Rahmen von Grundsicherungsanträgen ausschließlich dem Ärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger obliegen. Prinzipiell bestehen keine Unterschiede in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Anträgen auf Grundsicherung und Erwerbsminderungs-Renten.

Position des ärztlichen Gutachters in der gesetzlichen Rentenversicherung

Die GutachterInnen unterliegen keiner Weisungsbindung ihres Arbeitgebers und sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Von daher besteht eine Verpflichtung zu Neutralität und Objektivität sowohl den Versicherten als auch dem Auftraggeber der Begutachtung gegenüber. Dabei befinden sie sich in einem Zielkonflikt zwischen den Individualinteressen der Antragsteller und der Versichertengemeinschaft als Ganzes. Letz-

tere hat ein vorrangiges Interesse und einen Anspruch auf einen möglichst ökonomischen Einsatz der eingezahlten Beiträge, während die/der Versicherte durch die Antragstellung signalisiert, dass er die beantragte Sozialleistung quasi „erwartet“, wobei die vorliegenden Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungsfolgen als Argument für deren Inanspruchnahme dienen. Dabei spielen neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen oftmals auch andere Gründe für die angestrebte Realisierung des Rentenwunsches bewusst oder unbewusst eine Rolle, wie finanzielle Versorgungsbedürfnisse oder auch die anerkanntere gesellschaftliche Legitimation des Rentenbezuges gegenüber Arbeitslosigkeit und anderen Formen sozialer Desintegration bis hin zu einer mangelnden Arbeitsmotivation. Gutachterliche Richtschnur darf aber ausschließlich der medizinische Sachverhalt sein, welcher sich jedoch aus den vorgenannten Gründen in der Begutachtungssituation gelegentlich nur mit erhöhtem Gespür für die Gesprächsführung und Geschick bei der klinischen Untersuchung abstrahieren lässt. Generell gilt, dass die Sachermittlung von Amts wegen erfolgt und dem/der ärztlichen Gutachter/-in die Funktion eines medizinischen Sachverständigen zukommt, nicht aber die eines Entscheidungsfinders. Dies impliziert, dass sich den gutachterlichen Empfehlungen verwaltungsseitig nicht angeschlossen werden muss.

Wie bereits vorhin ausgeführt, ist mit der Reha- oder Rentenantragstellung bei den Versicherten die Erwartung einer Gewährung dieser beantragten Sozialleistung verknüpft. Daher wird die Vorladung zur Begutachtung von den in der Regel gesundheitlich beeinträchtigten und evtl. sensiblen Antragstellern häufig im Sinne einer bei ihnen bestehenden Beweislast der Anspruchsberechtigung fehlinterpretiert. Hier ist das richtige Takt- und Fingerspitzengefühl der ärztlichen GutachterInnen gefragt, um die Atmosphäre zu beruhigen, den adäquaten Ton zu finden bzw. die Balance zwischen spontanem Vortrag und einer zielgerichteten Gesprächsführung zu halten, ohne dass die Versicherten das Gefühl haben, mit ihren gesundheitlichen Problemen nicht ausreichend zu Wort zu kommen. Dabei müssen die Gutachter zur Kontrolle eigener Empfindungen gegenüber dem Untersuchten, der so genannten Gegenübertragung, in der Lage sein und in allen Fällen den Grundsatz der Objektivität wahren.

Ein ganz anderes Problem stellt die Sprachbarriere bei einer nicht unerheblichen Anzahl von ausländischen Antragsteller(n)Innen dar. Zwar bringen diese in den meisten Fällen Verwandte oder Bekannte mit, die als Dolmetscher fungieren, doch resultiert aus dem Hin und Her übersetzen ein teilweise erheblicher zeitlicher Mehraufwand, der die Terminplanung zur Makulatur werden lassen kann.

In Reha- bzw. Rentenverfahren dominieren bei beiden Verfahrensarten Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychische und Verhaltensstörungen, während sowohl die Herz-Kreislauf- bzw. Atemwegserkrankungen als auch die Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten als eher im fortgeschrittenen Lebensalter und damit jenseits der für die Rentenversicherung bedeutsamen Altersgruppen auftretende Gesundheitsstörungen eine zahlenmäßig vergleichsweise geringere Bedeutung haben. Die adäquate sozialmedizinische Bearbeitung dieser Fälle setzt daher neben dem bei den gutachterlich tätigen Ärzt(en)Innen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland zwischenzeitlich nahezu vollständig realisierten Erwerb der sozialmedizinischen Zusatzbezeichnung eine das ganze Berufsleben anhaltende Bereitschaft zur persönlichen Einarbeitung und Weiterbildung gerade auch in originär fachfremde Gebiete voraus, da für die gutachterliche Gesamtbewertung die Sachverhalte unterschiedlicher medizinischer Gebiete fachübergreifend zu beurteilen sind.

Gesetzliche Grundlagen

Die für die Rentenversicherung maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften finden sich im SGB VI und IX. Ergänzende begriffliche Erläuterungen sind durch den VDR erfolgt. Dabei stellt § 9 SGB VI den Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben vor Rentenleistungen klar. § 10 SGB VI definiert, welche persönlichen Voraussetzungen bei den Versicherten erfüllt sein müssen, um Leistungen zur Teilhabe zu erhalten. Im § 12 SGB VI wird erläutert, dass keine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Leistungen zur Teilhabe besteht, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechtes handelt.

Sozialmedizin

§ 14 SGB IX gibt die Reha-Bearbeitungsfristen bei Entscheidungen nach Aktenlage und im Falle einer ärztlichen Begutachtung vor.

Bearbeitungspunkte bei der Gutachtenerstellung

Anamneseerhebung

Analog zur Akutmedizin lassen sich auch bei der sozialmedizinischen Begutachtung allein durch eine strukturierte Anamneseerhebung oftmals schon richtungweisende Erkenntnisse gewinnen. Dabei besteht die Kunst der Gesprächsführung darin, den Versicherten das Gefühl zu vermitteln, ausreichend zu Wort zu kommen und trotzdem auf den Erhalt der medizinisch relevanten Informationen auch unter zeitökonomischen Aspekten zu achten. Dessen ungeachtet ist der hierfür erforderliche Zeitaufwand dennoch sehr variabel und neben der individuellen Krankheitsgeschichte auch von der Persönlichkeitsstruktur sowie den intellektuellen Kapazitäten des/der Antragsteller(s)/-in abhängig. Generell sollte aber der Grundsatz gelten: „Suaviter in modo, fortiter in re.“

Ein wichtiges Instrument zur Vorabgewinnung von Informationen stellen die mit dem Einladungsschreiben übersandten Selbstauskunftsbögen zum Arbeitsplatz und zur Krankengeschichte dar. Diese können auch als Leitschnur für das Anamnesegespräch dienen. Zum einen ist deshalb eine sorgfältige Bearbeitung wünschenswert, zum anderen aber auch ein eigenhändiges Ausfüllen durch die Versicherten selbst und nicht durch deren Hausärzte oder Verwandte, weil sich dadurch wertvolle Hinweise auf mangelnde Orthographiekenntnisse bis hin zur Demaskierung eines auch bei deutschkulturellen Wurzeln gar nicht so seltenen Analphabetismus ergeben, die ansonsten evtl. verborgen geblieben wären und in Abhängigkeit von der Ursache sozialmedizinische Konsequenzen oder solche für den Verwaltungsbescheid bedingen können. Bei der Beschreibung des eigenen Arbeitsplatzes fällt auf, dass oftmals Schwierigkeiten bestehen, diesen konkreter zu erläutern und sowohl die damit verbundenen körperlichen als auch geistigen Anforderungen häufig überschätzt werden, wie Überprüfungen ergeben. Die Gutachter sind deshalb zur korrekten Beurteilung der Anforderungsprofile auf die Nutzung entsprechender Handbücher der Arbeitsagenturen oder des Internets angewiesen, sofern es sich nicht um eindeutige und allgemein bekannte Berufsbilder handelt.

Bei der Erhebung der Arbeits- und Sozialanamnese ist das Hauptaugenmerk auf Knickstellen in der Erwerbsbiographie, evtl. Berufswechseln und Umschulungsmaßnahmen zu richten. Bei der Loslösung vom ursprünglich erlernten Beruf muss immer erfragt werden, ob dieser aus gesundheitlichen, arbeitsmarktbedingten oder finanziellen Gründen erfolgte, da sich hieraus für die Versicherten in Abhängigkeit von der sozialmedizinischen Beurteilung erhebliche Konsequenzen im Hinblick auf die Frage einer teilweisen Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit ergeben können. Des Weiteren sollte stets eine Eruiierung der Hintergründe der die Begutachtung bedingenden Antragstellung erfolgen.

Eine bedeutsame Zusatzinformation für eine in sich schlüssige Leistungsbeurteilung stellt die Angabe von Medikamentendosierungen dar. Dies gilt insbesondere bei chronischen Lungenerkrankungen, psychiatrischen Gesundheitsstörungen oder der Frage des Umfangs einer Schmerzmedikation und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Eine bedeutsame Zusatzinformation für eine in sich schlüssige Leistungsbeurteilung stellt die Angabe von Medikamentendosierungen dar. Dies gilt insbesondere bei chronischen Lungenerkrankungen, psychiatrischen Gesundheitsstörungen oder der Frage des Umfangs einer Schmerzmedikation und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Erhebung des körperlichen Untersuchungsbefundes

Der Verzicht auf eine körperliche Untersuchung erscheint nur in Einzelfällen vertretbar, sofern sich der sozialmedizinische Sachverhalt bereits aus dem Anamnesegespräch und dem dabei gewonnenen klinischen Eindruck eindeutig geklärt haben sollte. Prinzipiell ist für die Durchführung der Untersuchung auf eine Entkleidung bis auf die Leibwäsche zu bestehen. Bei orthopädischen und unfallchirurgischen Diagnosen müssen zumindest die betroffenen Gelenke oder Wirbelsäulenabschnitte nach der Neutral-Null-Methode untersucht werden.

Auswertung der medizinischen Vorunterlagen und eigenen Funktionsuntersuchungen

Qualität und Quantität der von den Versicherten bei der Begutachtung vorgelegten medizinischen Unterlagen unterliegen einer großen Variationsbreite. Diese reicht von einem Fehlen jeglicher Befunde über säuberlich angelegte Aktenordner bis hin zu hunderten fliegender

Blätter in mitgebrachten Plastiktüten mit entsprechendem Sichtungsaufwand. Generell fällt es in die Eigenverantwortlichkeit jeder/jedes einzelnen Gutachterin/Gutachters zu entscheiden, welchen Umfang an Informationen er/sie für die ordnungsgemäße Erfüllung des Gutachtenauftrages als erforderlich erachtet. Allgemeine Empfehlungen für den besten Weg der Beschaffung von Zusatzinformationen können ebenso wenig gegeben werden wie nähere Vorgaben, wann die Einbeziehung externer Fachgutachten geboten erscheint. Dabei wird sich im Hinblick auf Telefonate mit den niedergelassenen Ärzten im Laufe der Zeit ein Erfahrungsschatz bilden, wann wer am besten zu kontaktieren ist; es bleibt aber auch klar, dass in einem gewissen Prozentsatz keine vernünftige Kommunikation möglich sein wird.

Die funktionsdiagnostischen Optionen in den Untersuchungsstellen bestehen im Allgemeinen aus Blutentnahmen für das Routinelabor, der Registrierung von Ruhe-EKG's, der Durchführung von Spirometrien, Dopplerdruckmessungen der Knöchelarteriendrucke und der Veranlassung extern durchgeführter konventioneller Röntgenuntersuchungen. Dabei wird unabhängig von der originären Fachrichtung von allen Gutachter(n)-Innen erwartet, dass sie mit der Durchführung und Auswertung sämtlicher vorgenannter Untersuchungen vertraut sind, um diese korrekt zu interpretieren. In einzelnen Untersuchungsstellen können zusätzlich Belastungs-EKG's sowie Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes, der Schilddrüse und des Herzens durchgeführt werden.

Probleme der Befunderhebung und -interpretation

Unbeachtlich der ursprünglichen Fachausrichtung spielt wie in allen medizinischen Disziplinen auch bei Begutachtungen ärztliche Erfahrung eine wesentliche Rolle. Dies gilt auch im Hinblick auf die sachgerechte und zielgerichtete Veranlassung weiterführender Diagnostik.

Oftmals wenig bewusst ist die Tatsache, dass nur sehr wenige Dinge im Rahmen der Begutachtung objektiv gemessen werden können und die meisten Feststellungen individuellen oder subjektiven Einflüssen unterliegen bzw. auf Einschätzungen beruhen. Zweifelsfreie Messungen betreffen in der Regel nur Körpergröße und -gewicht sowie die Laborparameter. Schon die scheinbar objektive Messung von Bewegungsausmaßen nach der Neutral-Null-Methode unterliegt aber

sowohl bei aktiver als auch passiver Durchführung mit arbeitsabhängigen Einflüssen der Versicherten auf Grund individuell unterschiedlicher Schmerzempfindlichkeit, persönlicher Kooperationsbereitschaft oder durch die Ausübung von bewusster bzw. unbewusster muskulärer Gegenspannung. Gutachterliche Erfahrung ist dabei ein wichtiger Faktor, die eigenen Ergebnisse kritisch zu bewerten und mit den Eindrücken in so genannten „unbeobachteten Situationen“ zu vergleichen. Gleiches gilt im Grundsatz auch für die Interpretation der technischen Untersuchungen. So ist insbesondere die Lungenfunktionsuntersuchung (Spirometrie) mit arbeitsabhängig, weshalb der etwas despektierlich anmutende Satz „Viel blasen – wenig Geld, wenig blasen – viel Geld“ allgemeinen Bekanntheitsgrad erreicht hat. Die gegenüber äußeren Störgrößen weniger sensitive Bodyplethysmographie wäre somit im Prinzip zwar wünschenswert, erscheint jedoch aus Kostengründen vorerst nicht implementierbar.

Fehlende Kooperation der Versicherten oder bewusste bzw. bewusstseinsnahe und unbewusste Verdeckungstendenzen können eine Begutachtung erheblich erschweren und somit auch den vorgesehenen Zeitrahmen sprengen. Allgemein stehen die GutachterInnen vor der Schwierigkeit, subjektiv geäußerte Beschwerden sowie die vorliegenden bzw. von ihnen erhobenen Befunde in Relation zu gewichten. Dabei können einerseits bildtechnisch als erheblich imponierende Befunde mit teilweise nur geringen Funktionsdefiziten und/oder Beschwerden einhergehen, wie z.B. bei lumbalen Bandscheibenvorfällen, andererseits radiologisch als relativ gering dokumentierte Veränderungen erhebliche schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen bedingen, wie z.B. bei der Osteoporose. Auch hier sind gutachterliche Erfahrung sowie ein gewisser sozialmedizinischer Instinkt die Basis für die Validität der Leistungsbeurteilung. Jüngere Kolleginnen und Kollegen sollten daher stets den Rat erfahrener ärztlicher MitarbeiterInnen suchen.

Zumutbarkeit diagnostischer Maßnahmen

Zu differenzieren ist zwischen allgemein duldungspflichtigen, bedingt zumutbaren und nicht zumutbaren Untersuchungen.

Zu den **allgemein duldungspflichtigen Untersuchungen** zählen:

Sozialmedizin

- Blutentnahmen aus Ohrläppchen, Fingerbeeren und Venen
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Belastungs-EKG
- Elektrophysiologische Untersuchungen wie EEG, EMG oder ENG
- Psychometrische Testungen und psychiatrische Begutachtungen
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen
- Computer- und Kernspintomographien ohne Kontrastmittel

Anlass zu Diskussionen bietet dabei die von manchen Internisten und Kardiologen vertretene Auffassung, dass vor Durchführung einer Ergometrie grundsätzlich eine venöse Verweilkanüle gelegt werden sollte, um über einen Zugang zur raschen medikamentösen Intervention bei evtl. eintretenden Zwischenfällen zu verfügen. Hierbei handelt es sich aber um eine Maßnahme, die nur mit Zustimmung der Versicherten erfolgen sollte.

Zu den **bedingt zumutbaren Untersuchungen** zählen solche, die zwar mit einer größeren Belastung einhergehen, jedoch nach individueller Risikoabschätzung nicht mit einer relevanten höheren Gefährdung für die Versicherten verbunden sind, wie:

- Kontrastmitteluntersuchungen einschließlich Phlebographien
- Rektoskopien
- Zystoskopien bei der Frau

Dabei erscheint aus angiologischer Sicht die auch noch in der aktuellen Ausgabe des vom VDR herausgegebenen Bandes „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ vorgenommene Einordnung der Phlebographie in diese Kategorie fragwürdig, da die weitgehend risikofreie farbkodierte Duplexsonographie als von der diagnostischen Aussagekraft gleichwertiges Untersuchungsverfahren zwischenzeitlich allgemein etabliert ist und im Grunde – abgesehen von einer Elephantiasis der unteren Extremitäten oder einem stark ausgeprägten Ödem – bei keiner gutachterlichen Fragestellung mehr die Notwendigkeit dafür besteht. Auch die Indikation für die übrigen aufgeführten diagnostischen Methoden dürfte sich im Rahmen von Begutachtungen auf Einzelfälle beschränken.

Als **nicht zumutbare Untersuchungen** gelten

- Endoskopische Verfahren mit Ausnahme der oben genannten

- Angio- und Koronarangiographien
- Sämtliche nuklearmedizinischen Verfahren

Darauf hinzuweisen bleibt, dass unabhängig von der Frage der Zumutbarkeit die Durchführung diagnostischer Maßnahmen prinzipiell dann zulässig ist, wenn die zu begutachtende Person nach umfassender Aufklärung ihr schriftliches Einverständnis dazu gegeben hat.

Diagnoseangaben und epikritische Beschreibung der vorliegenden Gesundheitsstörungen

Für die Diagnoseangaben gilt, dass diese in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung angegeben werden sollten. Generell angestrebt werden sollten zudem Formulierungen als Funktionsdiagnosen. Auf die Angabe von Gesundheitsstörungen ohne unmittelbare Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben kann verzichtet werden, wie beispielsweise eine isolierte Fettstoffwechselstörung. Aus Gründen der besseren Verständlichkeit der Diagnosen für die Versicherten in den übersandten Bescheiden ist eine sinnvolle Eindeutigung anzustreben, wobei abzuwägen bleibt, welche Fachtermini Eingang in den Sprachgebrauch auch von medizinischen Laien gefunden haben, um dem sich evtl. einstellenden Eindruck einer Verharmlosung entgegenzuwirken. So sind eine Asthmaerkrankung oder ein insulinpflichtiger Diabetes als allgemein bekannte Begriffe anzusehen. Andererseits kann nicht bestritten werden, dass gerade bei seltenen neurologischen Erkrankungen eine Übersetzung ins Deutsche in Einzelfällen problematisch erscheint.

In der Epikrise sind Anzahl und Ausmaß der Funktionseinbußen im somatischen, kognitiven und psychosozialen Bereich zu erläutern. Sodann sollten die Folgen dieser Einbußen auf die Berufsausübung bzw. Erwerbsfähigkeit und auch auf die Alltagsaktivitäten beschrieben werden. Ferner sollte eine Beschreibung des individuellen Risikoprofils sowie eine Beurteilung des Chronifizierungsgrades der vorliegenden Gesundheitsstörungen erfolgen. Dies gilt sowohl für Reha- als auch für Rentengutachten. In beiden Fällen ist ebenso explizit nochmals auf das Vorliegen einer Fremdersache (Wehr- oder Zivildienstscha-den, Arbeits- incl. We-geunfall, Berufskrankheit, Schädigung im Sinne des So-

zialentschädigungsrechts) hinzuweisen, sofern sich bei der Begutachtung entsprechende Hinweise im Hinblick auf die sozialmedizinisch relevanten Diagnosen ergeben haben sollten.

Spezielle Bearbeitungspunkte bei der **Reha-Begutachtung** sind die Klärung der Motivationslage der Versicherten einschließlich deren Bereitschaft zur Bearbeitung ihrer persönlichen Risikofaktoren und Änderung ihres Lebensstiles hin zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten, die Definition von Therapie- bzw. Rehabilitationszielen, die Empfehlung der Reha-Art (teilstationär oder vollstationär) und -dauer einschließlich des Vorschlags geeigneter Einrichtungen sowie die Abgabe einer Erwerbsprognose.

Bei **Renten-Begutachtungen** sollte zusätzlich auf Aspekte der Adaption bzw. Kompensation der vorliegenden Gesundheitsstörungen eingegangen werden und eine Schmerzbeurteilung unter Bezugnahme auf die Analgetikatherapie erfolgen. Die Indikation zur Durchführung einer Reha-Maßnahme während eines laufenden Rentenverfahrens oder bei Begutachtungen vor Ablauf einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente muss kritisch und auf Einzelfälle beschränkt gesehen werden, da oftmals Zweifel an der Motivationslage angebracht erscheinen.

Abfassung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Die Transparenz der Leistungsbeurteilung beruht auf der Logik der Verknüpfung mit den zuvor festgestellten Funktionseinschränkungen und daraus abgeleiteten Diagnosen. Insofern handelt es sich um eine subsumierende Beurteilung der Fähigkeiten sowie Belastbarkeit der Antragsteller und einen Abgleich mit den Anforderungsprofilen sowohl in ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Zu erstellen ist zunächst ein positives wie auch negatives Leistungsbild unter Berücksichtigung qualitativer und quantitativer Kriterien, die im Einzelnen weiter unten erläutert werden.

Dabei umfasst das **positive Leistungsbild** eine qualitative und quantitative Beurteilung unter Erläuterung der verbliebenen beruflichen Einsatzmöglichkeiten.

Die Beschreibung des **negativen Leistungsbildes** beinhaltet eine differenzierte Beschreibung der Einsatzbeschränkungen im Hinblick auf

- geistige bzw. psychische Belastbarkeit
- Sinnesorgane
- Bewegungs- und Halteapparat
- Gefährdungs- oder Belastungsfaktoren.

Gutachterlich berücksichtigt werden muss dabei immer der Einfluss der **qualitativen Einsatzbeschränkungen** auf die **quantitative Leistungsfähigkeit**. Als Quintessenz daraus ist zu prüfen, ob dem/der Versicherten noch irgendwelche wie auch immer geartete Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im zeitlich geforderten Umfang zumutbar sind. Dabei gibt allein der sozialmedizinische Sachverhalt unter rentenrechtlichen Aspekten die Richtschnur vor; die Situation am Arbeitsmarkt oder die Anerkennung als Schwerbehinderte/r einschließlich der Zuerkennung von Merkzeichen spielen keine Rolle.

Im nächsten Schritt ist das erstellte Leistungsbild mit dem Anforderungsprofil im zuletzt ausgeübten bzw. erlernten Beruf abzugleichen. Auf die ggf. zusätzlich erforderliche Stellungnahme zur Verweisbarkeit auf sogenannte gehobene Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wird noch im Kapitel „Teil-Erwerbsminderungsrente bei Berufsunfähigkeit“ näher eingegangen.

Zuletzt ist noch die Erwerbsprognose zu bewerten und dies insbesondere bei Empfehlung einer Erwerbsminderungsrente. Dabei gilt das vorrangige Prinzip der zeitlichen Befristung. Daraus folgt die Notwendigkeit der Begründung, weshalb eine Besserung medizinisch unwahrscheinlich erscheint, sofern eine Dauerberentung empfohlen wird. Im Regelfall der Zeitrente ist ein Datum anzugeben, bis zu welchem voraussichtlich mit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gerechnet werden kann, wobei auch in diesen Fällen die Abgabe einer Begründung aus Transparenzgründen sinnvoll erscheint. Sowohl nach altem wie nach neuem Rentenrecht (seit 01.01.2001) bewilligte Zeitrenten können mehrfach bis maximal 9 Jahre verlängert werden. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die so genannten „Arbeitsmarktrenten“.

Qualitative und quantitative Kriterien der Leistungsbeurteilung

Qualitative Kriterien

Neben der oben bereits erwähnten geistig-psychischen Belastbarkeit, die im Regelfall nach dem bei der

Sozialmedizin

Begutachtung gewonnenen Eindruck und nicht auf Grund von psychometrischen Messungen zu beurteilen ist, zählen hierzu die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Arbeitsschwere und -haltung sowie der Arbeitsorganisation.

Die **Arbeitshaltung** im Stehen, Gehen oder Sitzen betreffend, erfolgt eine Differenzierung in die Kategorien

- ständig (entsprechend > 90 % der Arbeitszeit)
- überwiegend (entsprechend 50 – 90 % der Arbeitszeit)
- zeitweise (entsprechend < 50% der Arbeitszeit)

Dabei impliziert die Zumutbarkeit einer „ständig“ einnehmbaren Körperhaltung logischerweise, dass diese gleichfalls „überwiegend“ bzw. „zeitweise“ eingenommen werden kann.

Bezüglich der **Arbeitsorganisation** ist zu überprüfen, ob dem/der Versicherten nur noch Arbeiten in Tagesschicht oder auch solche in Früh- oder Spätschicht bzw. allen Schichtformen zugemutet werden können. Als diagnosebezogene Beispiele für sich ergebende entsprechende Einsatzbeschränkungen seien ein Bluthochdruck und ein insulinpflichtiger Diabetes genannt.

Bei der Arbeitsschwere wird zwischen körperlich leichten, leichten bis mittelschweren, mittelschweren und schweren Arbeiten unterschieden.

Körperlich leichten Arbeiten werden beispielsweise zugerechnet:

- Handhabung leichter Werkstücke und Handwerkszeuge mit einem Gewicht bis zu 1 kg
- Bedienung von leicht gehenden Steuerhebeln
- Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht von unter 10 kg

Körperlich mittelschweren Arbeiten werden zugerechnet:

- Ständige Handhabung von Werkzeugen mit einem Gewicht zwischen 1 und 3 kg
- Ständige Arbeiten mit Bohrwinden oder Handbohrmaschinen
- Bedienung von schwergängigen Steuereinrichtungen
- Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht bis maximal 15 kg
- Ständiges unbelastetes Begehen von Treppen oder Leitern

Bei körperlich leichter Arbeit können auch mittelschwere Arbeitsanteile bis zu einem zeitlichen Umfang von 5 % enthalten sein.

Unter einer körperlich leichten bis mittelschweren Arbeit ist eine Oberbegrenzung der mittelschweren Arbeitsanteile auf 50 % zu verstehen.

Körperlich schweren Arbeiten werden zugerechnet:

- Ständige Handhabung von Werkzeugen mit Rückstoß und/oder einem Gewicht von > 3 kg
- Schaufel- und Grabarbeiten
- Mittelschwere Arbeiten in überwiegender Zwangshaltung
- Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht von > 15 kg
- Ständiges Begehen von Treppen oder Leitern mit Lasten

Bei körperlich mittelschwerer Arbeit können auch schwere Arbeitsanteile bis zu einem zeitlichen Umfang von 5 % enthalten sein.

Offene Diskussionspunkte bei der Einteilung von körperlichen Arbeiten nach ihrem Anforderungsgrad sind die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede und des Lebensalters. Ist beispielsweise die Trennungslinie zwischen mittelschwerer bzw. schwerer Arbeit bei Männern und Frauen auf gleichem Belastungsniveau zu ziehen? Bedeutet die als zumutbar erachtete Verrichtung körperlich schwerer Arbeiten bei einem 20-jährigen Mann dasselbe Level wie bei einem 60-jährigen oder sind altersspezifische Differenzierungen vorzunehmen?

Definitionsgemäß erhebliche qualitative Einsatzbeschränkungen, Summierung ungewöhnlicher und schwere spezifische Leistungseinschränkungen

Von den nicht erheblichen Einsatzbeschränkungen betreffend die geistig/psychische Belastbarkeit, Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sowie die Funktion der Sinnesorgane und des Bewegungs- bzw. Haltungsapparates abzugrenzen sind die erheblichen qualitativen Einsatzbeschränkungen. Wie aus der Nomenklatur schon deutlich wird, kommt ihnen zentrale Bedeutung im Hinblick auf die Beurteilung des sozialmedizinischen Sachverhaltes zu. Während gutachterlich eine Reihe von nicht erheblichen Einsatzbeschränkungen festgestellt werden können, ohne dass sich daraus rentenrechtlich wesentliche Konsequenzen ergeben, kann dies in Sonderfällen grundlegend anders sein und zwar auch bei einem im Grundsatz uneingeschränkten quantitativen Leistungsvermögen.

Aus der Sozialrechtsprechung sind zwei **erhebliche qualitative Einsatzbeschränkungen** bekannt:

- Betriebsunüblicher Pausenbedarf (Urteil des BSG vom 20.04.1993)
- Aufgehobene Wegefähigkeit (Urteil des BSG vom 09.08.2001)

Bei **betriebsunüblichen Pausen** handelt es sich um Unterbrechungen der Arbeitszeit, die das im Betrieb übliche Zeitmaß überschreiten. Dabei ist im Arbeitszeitgesetz festgelegt, dass bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden am Tag mindestens eine 1/2-stündige Ruhepause oder zwei 1/4-stündige Ruhepausen zu gewähren sind. Zusätzlich werden 5 – 7 min. pro Arbeitsstunde entsprechend maximal 12 % der täglichen Arbeitszeit gemäß Vorgaben des Max-Planck-Institutes für Arbeitsphysiologie als Ausgleichszeit im Rahmen von Akkordarbeit bzw. als persönliche Verteilzeit der ArbeitnehmerInnen zur Erledigung persönlicher Bedürfnisse einkalkuliert. Bestimmte Gesundheitsstörungen, wie beispielsweise chronisch-entzündliche Darmerkrankungen mit häufigen Durchfällen, die Versorgung eines Tracheostomas oder eines künstlichen Darmausgangs sowie eine Stuhl- oder Harninkontinenz mit der Notwendigkeit eines Selbstkatheterismus können regelmäßige Arbeitsunterbrechungen erfordern, die das oben skizzierte übliche Maß überschreiten. Infolge mangelnder Integrierbarkeit in das Berufsleben kann daraus eine Rente wegen Erwerbsminderung resultieren. Auf Grund dieser Rechtsrelevanz muss ein als betriebsunüblich erachteter Pausenbedarf gutachterlich sorgfältig begründet werden. Der häufig in Rentenstreitverfahren argumentativ ins Feld geführte insulinpflichtige Diabetes läßt im Regelfall keine Notwendigkeit der Inanspruchnahme des üblichen Maß übersteigender Pausenzeiten erkennen, da sowohl die Blutzuckerselbstmessungen und Insulininjektionen als auch die Einnahme kleiner Zwischenmahlzeiten innerhalb der jedem/jeder ArbeitnehmerIn zustehenden Verteilzeit regelbar erscheinen.

Gemäß Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Eine **aufgehobene Wegefähigkeit** liegt demnach vor, wenn der/die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, viermal täglich eine Wegstrecke von 500 m in jeweils unter 20 Minuten zurückzulegen. Dabei erklärt sich die

Distanzangabe aus der fiktiven Zugrundelegung entsprechender Strecken von zu Hause zur Haltestelle eines öffentlichen Verkehrsmittels, von dort zur Arbeitsstelle und retour, wobei der vorgegebene Zeitrahmen die Einlegung kurzer Pausen einschließt. Auch wenn nach gutachterlicher Auffassung die medizinischen Kriterien für eine aufgehobene Wegefähigkeit vorliegen, führt dies aber nicht automatisch zur Feststellung einer Erwerbsminderung, da diese erhebliche qualitative Einsatzbeschränkung im Prinzip durch den Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis und eines PKW'S sowie durch Parkmöglichkeiten in unmittelbarer Wohnort- bzw. Arbeitsplatznähe kompensiert werden kann. In solchen Fällen sind daher vor Bescheiderteilung verwaltungsseitig weitere Ermittlungen erforderlich, wobei es Sinn macht, bei sich abzeichnender entsprechender Fragestellung diese Informationen bereits im Rahmen der ärztlichen Begutachtung unverfänglich abzufragen.

In der gutachterlichen Praxis bereitet es häufiger Schwierigkeiten, die von den Versicherten gemachten Angaben zur Wegstrecke zu verifizieren. Dabei ist die relative von der absoluten Gehstrecke zu unterscheiden. Unter **relativer Gehstrecke** versteht man diejenige bis zum ersten Auftreten einer Schmerzsymptomatik. Die **absolute Wegstrecke** beziffert jene bis zum schmerzbedingten Stehenbleiben. Einen Fingerzeig kann gelegentlich die Beobachtung des Gangbildes in scheinbar unbeobachteten Situationen geben, wie beim Aufsuchen der Räumlichkeiten der Funktionsuntersuchungen, evtl. der Toiletten oder beim Verlassen der Untersuchungsstelle.

Bei der Beurteilung der Wegefähigkeit ist der Einfluss sämtlicher das Gehvermögen beeinträchtigender Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen. Insbesondere muss der Summationseffekt beachtet werden, sofern Diagnosen auf verschiedenen Fachgebieten (Angiologie, Chirurgie, Neurologie und Orthopädie) mit Auswirkungen auf die Funktion der unteren Gliedmaßen vorliegen sollten. Es kann also sein, dass bei isolierter Bewertung nur einer Gesundheitsstörung noch keine Einschränkung der Wegefähigkeit besteht, diese aber dann aus der Gesamtbetrachtung resultiert.

Bezüglich der Erkennung von Durchblutungsstörungen in den Beinen bestehen bei der Begutachtung

Sozialmedizin

die diagnostischen Optionen der Inspektion, Palpation und systolischen Knöchelarteriendruckmessung mittels Dopplersonde. Dabei ist festzustellen, dass die Möglichkeiten der Dopplersonographie verbreitet nicht ausgeschöpft werden. Hier bleibt auf die mangelnde Nutzung dieses Diagnoseinstrumentes im Rahmen der Durchführung von Belastungsuntersuchungen hinzuweisen, wobei fehlende Personal- und Zeitressourcen in Anbetracht des geringen Aufwandes in Relation zur Aussagekraft nicht als Argument akzeptiert werden können.

Der **Dopplerdruckquotient** ist definiert als das Verhältnis von Knöchelarteriendruck zum systolischen Druck an den Oberarmarterien; sein **Normalwert** beträgt $> 1,0$. Dabei wird von der üblicherweise abgeleiteten Arteria tibialis posterior und Arteria dorsalis pedis das jeweils **höhere Messergebnis** berücksichtigt.

- Bei Dopplerdruckquotienten bereits **in Ruhe** von $< 0,5$ kann von einer höchstgradigen Durchblutungsstörung und damit einer **aufgehobenen Wegefähigkeit** ausgegangen werden.
- Bei Dopplerdruckquotienten **in Ruhe zwischen 0,5 und 1,0** sollte obligatorisch eine **Wiederholung der Messung nach durchgeführter Belastung** erfolgen.

Diese kann ganz einfach realisiert werden, in dem man die Versicherten auf dem Flur in der Untersuchungsstelle mehrfach bis zum Erreichen ihrer absoluten Gehstrecke, die mit zu dokumentieren ist, auf und ab gehen lässt, ggf. auch unter Einbeziehung des Ersteigens von Treppen. Alternativ können jeweils 20 Kniebeugen oder Zehenstände erfolgen, wobei aber die notwendige suffiziente Ausführung teils durch zusätzlich bestehende orthopädische Probleme, teils auch durch unzureichende Mitarbeit häufig beeinträchtigt wird, weshalb der ersten Methode der Vorzug zu geben ist. Nicht selten ergibt sich infolge der Belastung ein deutlicher Druckabfall als Ausdruck der Demaskierung hämodynamisch relevanter Durchblutungsstörungen durch eine dann nicht mehr ausreichende Kollateralversorgung.

Selbstverständlich geben die vorherigen Ausführungen zur Dopplerdruckmessung nur einen kurzen Überblick. Eine erschöpfende Darstellung an dieser Stelle würde jedoch den Rahmen sprengen und wurde daher auch nicht beabsichtigt.

Als Sonderfälle sind das Vorliegen einer **Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen** oder einer **schweren spezifischen Leistungseinschränkung** anzusehen.

Dabei liegt im ersten Fall eine Häufung qualitativer Einsatzbeschränkungen vor, die bei ganzheitlicher Betrachtungsweise keine Ausübung einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit mehr als zumutbar erscheinen lässt. Der Terminus wirkt insofern unglücklich gewählt und in die Irre führend, als es sich eben nicht um im Wortsinne „ungewöhnliche“ Leistungseinschränkungen handelt, sondern eher deren bedeutsame Summierung das kennzeichnende Element ist.

Unter einer schweren spezifischen Leistungseinschränkung versteht man demgegenüber das Vorliegen einer bereits bei isolierter Betrachtung mit gravierenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben verbundenen Gesundheitsstörung. Als Beispiele hierfür seien Behinderungen der Greiffunktion beider Hände sowie eine beidseitige hochgradige Sehminde-
 rung genannt. Hierbei handelt es sich um Fälle, bei denen zwar im Prinzip physisch und psychisch die Ausübung einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit möglich wäre, dem aber die Schwere der spezifischen Behinderung entgegensteht.

Quantitative Kriterien

Zum 01.01.2001 erfolgte ein Ersatz des bisherigen am Schichtbegriff orientierten 4-Stufenschemas durch ein **3-Stufen-Zeitschema**:

- 6 Stunden und mehr
- 3 bis unter 6 Stunden
- Unter 3 Stunden

Dabei muss im ärztlichen Gutachten eine Beurteilung des zeitlichen Umfangs sowohl für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als auch für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen.

Das frühere Zeitschema ist nur noch für die Fälle relevant, in denen Vertrauensschutz besteht, da der Leistungsfall für die Zeit- oder Dauerrentengewährung vor Jahresbeginn 2001 datiert.

Aus der oben erläuterten quantitativen Stufung der Leistungsbeurteilung ergeben sich im Regelfall folgende Auswirkungen auf die Rentenfeststellung wegen Erwerbsminderung:

- 6 Stunden und mehr → keine Erwerbsminderung
- 3 bis unter 6 Stunden → Voraussetzung für Anerkennung von teilweiser Erwerbsminderung
- Unter 3 Stunden → Voraussetzung für Anerkennung von voller Erwerbsminderung

Im Grundsatz gültig ist diese Einteilung für:

1. Vor dem 02.01.1961 Geborene ohne Berufsschutz
2. Für alle ab dem 02.01.1961 Geborene

Wie die oben gebrauchte Formulierung „im Regelfall“ bereits andeutet, gibt es aber Ausnahmen. Stellt beispielsweise ein Arbeitsloser einen Rentenantrag und die medizinischen Feststellungen ergeben ein dauerhaft auf 3 bis unter 6 Stunden reduziertes quantitatives Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, so erhält dieser wegen seiner Arbeitslosigkeit statt einer Teil- doch eine – wenn auch stets zeitlich befristete – Voll-Erwerbsminderungsrente, da der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen gilt, weshalb man in diesen Fällen von einer so genannten „**Arbeitsmarktrente**“ spricht. Dabei wird an dieser Regelung bislang festgehalten, wengleich sie der Realität auf dem Arbeitsmarkt, die durch eine zunehmende Schaffung gerade von Teilzeitstellen gekennzeichnet ist, zunehmend widerspricht.

Ein anderer denkbarer Fall könnte zum Beispiel eine Reinigungskraft im Besitz einer Teilzeitarbeitsstelle in einem Umfang von 4 Stunden pro Tag betreffen. Diese Versicherte stellt nun einen Rentenantrag, wobei die ärztliche Begutachtung ergibt, dass ihre bisherige Tätigkeit im bisherigen zeitlichen Rahmen noch leistungsgerecht ist, jedoch nicht in 6- und mehrstündigem Umfang ausgeübt werden könnte. In der Konsequenz erhält die Antragstellerin zusätzlich zu ihrem Arbeitsentgelt eine Teil-Erwerbsminderungsrente unter Berücksichtigung von Hinzuverdienstgrenzen, während bei gleichem Leistungsbild aber nicht bestehendem Arbeitsverhältnis eine zeitlich befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung bei als verschlossen geltendem Teilzeitarbeitsmarkt resultieren würde. Dabei ist es hinsichtlich des vorhandenen Teilzeitarbeitsplatzes unerheblich, ob dieser auf Wunsch der Arbeitnehmerin besteht oder von vornherein arbeitgeberseitig gar kein vollschichtiges Arbeitsverhältnis angeboten wurde.

Sozialmedizinische Aspekte bei Berufsunfähigkeit

Bei nach dem 01.01.1961 Geborenen ist die Leistungsbeurteilung ausschließlich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt abzustellen. Nur die früher geborenen Versicherten genießen im Falle einer hinreichenden beruflichen Qualifikation diesbezüglich Vertrauensschutz. Für diesen Personenkreis kommt daher die Gewährung einer Teil-Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit in Betracht.

Grundlage auch für die medizinischen Feststellungen zu Fragen der Berufsunfähigkeit ist ein **4-Stufen-Berufsschema**:

1. Vorarbeiter mit Vorgesetztenfunktion bzw. qualifizierte Facharbeiter
2. Versicherte mit erlerntem Beruf oder in gleichwertigen Tätigkeiten
3. Versicherte in einem anerkannten Anlernberuf oder in gehobenen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes
4. Ungelernte Versicherte

Nach der Sozialrechtsprechung ist nur der Verweis um eine Stufe unter der bisherigen zumutbar, also von der 1. Stufe in die 2., von der 2. in die 3. und von der 3. in die 4. Stufe. Kompliziert wird die Einordnung dadurch, dass neben Ausbildungskriterien Qualifikationsbestätigung und tarifliche Bezahlung durch den Arbeitgeber berücksichtigt werden müssen. Bescheinigt dieser dem/der Versicherten Berufskennnisse, die adäquat zu denen eines Facharbeiters sind, wird eine gleichwertige Tätigkeit auch ausgeübt und/oder erfolgt eine entsprechende Entlohnung, so kann es sein, dass ungeachtet der formal fehlenden Qualifikation Berufsschutz besteht. Einen gewissen Sonderfall stellt zudem die Gruppe der Berufskraftfahrer dar, die sich in den Stufen 2. – 4. wieder finden können und deren korrekte Einordnung mitunter umfangreiche Sachermittlungen erfordert. Dabei ist klar, dass es nicht Aufgabe der ärztlichen GutachterInnen sein kann, entsprechende Recherchen anzustellen, wobei diese aber vor dem Problem stehen, in der Begutachtungssituation, bei Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und Übertragung des Gutachtenergebnisses in die Formulare häufig keine gesicherten Informationen darüber zu besitzen, in welche Stufe der/die Versicherte einzuordnen ist. Aus diesem Grund er-

Sozialmedizin

scheint es für das Procedere des Ärztlichen Gutachtendienstes in allen nicht zweifelsfreien Fällen sinnvoll, bei der Formularbearbeitung von einem bestehenden Berufsschutz auszugehen, um zeitaufwändige verwaltungsseitige Rückfragen zu minimieren.

Nach Ansicht der meisten Versicherten besteht bei ihnen Berufsunfähigkeit, sofern sie ihren erlernten oder zuletzt ausgeübten Beruf gesundheitsbedingt nicht fortführen können. Hiermit unterliegen sie jedoch in Unkenntnis des oben erläuterten 4-Stufen-Berufsschemas einem Irrtum. Kernpunkt der anzustellenden Überlegungen ist dabei die **Frage der sowohl gesundheitlichen als auch sozialen Verweisbarkeit**.

Um die Problematik abschließend nochmals zu veranschaulichen, seien im Folgenden exemplarische Berufsbeispiele für die einzelnen Stufen des Berufsstufenschemas benannt:

1. Polier auf dem Bau, Dachdeckermeister
2. Gelernter Maurer, Dachdeckergeselle
3. Fachberater in Baumärkten
4. Ungelernter Bau- oder Dachdeckergehilfe

Der Baupolier und der Dachdeckermeister stellen einen Rentenantrag; die ärztliche Begutachtung ergibt, dass sie beide ihre bisherige Tätigkeit im beruflichen Vollbild aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft nicht mehr ausüben können. Eine sozial hinzunehmende Herabstufung auf Arbeiten als Maurer bzw. gewöhnlicher Dachdecker scheidet jeweils aus, da in beiden Fällen die damit verbundenen körperlichen Anforderungen höher sind als bei der ursprünglichen Tätigkeit. Der Polier ist bei einer Baufirma angestellt; alternative Beschäftigungsmöglichkeiten sind dort nicht vorhanden; die medizinischen Voraussetzungen für eine Teil-Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit liegen vor. Differenzierter stellt sich der Sachverhalt bei dem selbständig tätigen Dachdeckermeister dar. In diesem Fall spielt nämlich die Betriebsgröße mit der Zahl der Angestellten unter Umständen eine wichtige Rolle: Handelt es sich um einen eher kleinen Betrieb, bei dem die handwerkliche Mitarbeit des Inhabers erforderlich ist, würde aus medizinischen Gründen wie bei dem Polier die Empfehlung der Feststellung von Berufsunfähigkeit resultieren. Hat der Dachdeckermeister dagegen ein Dutzend Angestellte, kann davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit zur weitgehenden Delegation körperlich belastender Arbeiten besteht und

er lediglich aufsichtsführende oder Büro-Tätigkeiten wahrnimmt. Sofern ihm dies gesundheitlich in 6- und mehrstündigem Umfang gutachterlich zumutbar erscheint, lägen die medizinischen Voraussetzungen für eine Teil-Erwerbsminderung in diesem Fall nicht vor.

Bei der nächsten Konstellation stellen der gelernte Maurer und der Dachdeckergeselle einen Rentenantrag. Auch hier führt die ärztliche Begutachtung jeweils zu dem Ergebnis, dass beide ihren erlernten Beruf gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben können. Für den/die GutachterIn stellt sich somit die Frage der Verweisbarkeit auf gehobene Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Eine typische und sozial zumutbare Verweisungstätigkeit würde in beiden Fällen beispielsweise die eines Fachberaters in Baumärkten darstellen. Sofern keine gesundheitlichen Gründe erkennbar sind, die dem entgegenstehen, können die Antragsteller in den Bescheiden darauf verwiesen werden; die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit sind jeweils nicht erfüllt. Lediglich dann, wenn weder diese noch andere in Frage kommende Verweisungstätigkeit(en), die – wie oben bereits erwähnt – den ärztlichen Gutachter(n)Innen zum Begutachtungszeitpunkt oftmals noch gar nicht bekannt sind, gesundheitlich nicht mehr zumutbar erscheinen, käme die Feststellung von Berufsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung in Betracht.

Im letzten Fallbeispiel stellt ein Fachberater in einem Baumarkt einen Rentenantrag. Dieser hat lediglich eine 6-monatige Ausbildung durchlaufen und verfügt über keinen qualifizierten Berufsabschluss als Verkäufer im Groß- und Außenhandel. Damit ist er im Berufsstufenschema als Antragsteller mit einem anerkannten Anlernberuf der Stufe 3 zuzuordnen. Unabhängig davon, ob er diese Tätigkeit auf Grund seines Gesundheitszustandes noch ausüben kann, stellt sich die Frage der Berufsunfähigkeit hier nicht, da er sozial zumutbar auf Stufe 4 und damit alle herkömmlichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar ist.

Qualitätssicherungsmaßnahmen

Fragen der Qualitätssicherung besitzen bereits jetzt große Bedeutung. Hierbei spielen zum einen Bench-

markingprozesse sowie eine ökonomische Ressourcenausschöpfung und zum anderen die von den Rentenversicherern propagierte Kundenorientierung eine Rolle. Oberstes Ziel dabei ist die Gleichbehandlung aller Versicherten. Auf die ärztliche Begutachtung übertragen bedeutet dies, dass bei Rentenantragstellern mit den selben gesundheitlichen Problemen sichergestellt werden muss, dass diese soweit möglich deckungsgleiche sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen erfahren, ganz gleich ob die Begutachtung in Flensburg oder Berchtesgaden erfolgt. Wichtiges Hilfsinstrument dafür, auch im Sinne der Transparenz, ist die Nutzung einheitlicher Gutachtenformulare durch alle Rentenversicherungsträger.

Einen weiteren Baustein stellt die Implementierung von Leitlinien zur Reha- und Rentenbegutachtung dar. Gemäß Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) sollen diese verstärkt für die Steuerung von Behandlungsverfahren und für den Prozess der Begutachtung zur Beurteilung des Leistungsvermögens herangezogen werden. Dabei hat die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland deren Bedeutung schon früh erkannt und fördert daher bereits seit 1998 Forschungsprojekte zur Erstellung von Leitlinien im Bereich der Rehabilitation. Medizinische Leitlinien sind „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen“. Sie werden genutzt, um die Kluft zwischen dem wissenschaftlich Erwiesenen sowie der Versorgungsrealität zu überbrücken, um die Behandlung effektiver, effizienter und qualitätsgesicherter zu gestalten. Dabei kommt ihnen der Rang einer Orientierungshilfe zu, von der abgewichen werden kann und gelegentlich sogar muss.

Der für bei Behörden beschäftigte Ärzt(e)Innen bislang freiwillige Erwerb eines von der Ärztekammer ausgestellten Fortbildungszertifikates erscheint in Anbetracht des multidisziplinären, multimodalen und flexiblen Lehrangebotes eine sinnvolle Möglichkeit der Weiterbildung, die genutzt werden sollte. In diesem Rahmen wäre auch die Etablierung hausinterner Fortbildungsreihen durch alternierend von einzelnen Kollegen und Kolleginnen des Ärztlichen Dienstes vorbereiteten Referaten mit jeweils beantragter Zertifizierung zu überlegen.

Bereits seit einigen Jahren finden mehrmals jährlich Gutachtenanalysen nach dem Peer-review-Verfahren statt, wobei Qualitätskriterien wie Plausibilität, Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft werden. Im Falle einer Mängelfeststellung erfolgt dabei eine Erörterung der Kritikpunkte mit dem/der verantwortlichen GutachterIn im Rahmen eines kollegialen Gesprächs.

Als wichtiges Qualitätskriterium sei abschließend noch auf den Bestand des ärztlichen Gutachtens in der Folgezeit hingewiesen. Dieser betrifft sowohl die hausinterne Kooperation zwischen Gutachtern und Juristen als auch die Bestätigung der gutachterlichen Feststellungen in möglichen Widerspruchsverfahren, bei den Diskussionen in den Widerspruchsausschüssen und letztlich vor dem Sozialgericht beim Vergleich mit von dort beigezogenen externen Sachverständigen-Aussagen.

Die Erbringung von Qualität setzt immer die Investition von Zeit voraus. Dies sollte bei ökonomischen Sachzwängen stets bedacht werden.

Literatur

- Beesten, B.:
Somatoforme Störungen und ihre sozialmedizinische Bedeutung
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 3 – 4/2000
- Beesten, B.:
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 11 – 12/2002
- Brüggemann, S. und Korsukéwitz, C.:
Leitlinien in der Rehabilitation:
Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse?
Rehabilitation 2004; 43: 304 – 311
- Büchner, C.:
Leitlinien zur Renten-Begutachtung
Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/1999
- Büchner, C.:
Diagnostische Radiologie in der sozialmedizinischen Begutachtung der LVA Rheinprovinz
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/2000
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Herausgeber):
Sozialgesetzbuch 37. Auflage
August 2001

Sozialmedizin

- Europarat:
Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis
ZaeFQ 2002; 96, Suppl. 3: 1 – 60
- Fritze, E. (Herausgeber):
Die ärztliche Begutachtung
6. Auflage Steinkopff Verlag Darmstadt 2001
- Gehrke, J.:
Der Rehabilitationsentlassungsbericht als mehrdimensionales Instrument zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation:
Sozialmedizinische Bewertung durch den Rentenversicherungsträger
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/2001
- Heinz, J.; Jahn, P.; Jelinek, L. und König, R. (Herausgeber):
Berufsprofile für die arbeits- und sozialmedizinische Praxis
Systematisches Handbuch der Berufe in 2 Bänden
BW Bildung & Wissen Verlag und Software GmbH
Nürnberg 1997
- Jäckel, W.H. und Korsukéwitz, C.:
Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation
Rehabilitation 2003 ; 42: 65 – 66
- Korsukéwitz, C.; Rose, S. und Schliehe, F.:
Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation
Rehabilitation 2003; 42: 67 – 73
- Kring, R.:
Überlegungen zur Erhebung und Nutzung arbeitsplatzbezogener Daten in der sozialmedizinischen Begutachtung
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/2000
- Marx, H.H. und Klepzig, H. (Herausgeber):
Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten
Grundlagen und Praxis
7. Auflage Georg Thieme Verlag Stuttgart 1997
- Neuerburg – Heusler, D. und Hennerici, M.:
Gefäßdiagnostik mit Ultraschall (Lehrbuch und Atlas)
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1999
- Pannen, H. D.:
Sozialmedizinische Gutachtertätigkeit im Spannungsfeld der Interessen
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/1999
- Pannen, H. D.:
Sozialmedizinisch relevante Informationen aus dem Rehabilitations-Entlassungs-Bericht
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/2000
- Rieger, H. und Schoop, W.:
Klinische Angiologie
Springer Verlag Berlin Heidelberg 1998
- Rohwetter, M.:
Entwurf eines Berichts der Projektgruppe „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung“
Teil II: Leitlinien – ein neuer Weg zur Evidenzbasierung
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin Juli 2005
- Schmale, R.:
Konventionelle angiologische Untersuchungsverfahren in der täglichen sozialmedizinischen Begutachtungspraxis
LVA Rheinprovinz Mitteilungen 9 – 10/1999
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Herausgeber):
Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung
DRV-Schriften, Band 21 Juni 2000
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Herausgeber):
Ergänzung zu Band 21 der DRV-Schriften
Hinweise zur Begutachtung
Sonderausgabe der DRV, Mai 2001
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Herausgeber):
Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen
DRV-Schriften, Band 30 Oktober 2001
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Herausgeber):
Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung
6. Auflage Springer Verlag Berlin Heidelberg 2003
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Herausgeber):
Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO)
DRV-Schriften, Band 53 März 2004

Sozialmedizin

Dr. Michael Zech, Abteilung Sozialmedizin: Leiterin Dr. Cornelia Büchner

Qualitätszirkel in der Abteilung Sozialmedizin

1. Einleitung

Die bekannte Aussage „Wer arbeitet, macht Fehler.“ beschreibt nur eine von vielen Ausgangspunkten für qualitätsorientierte Maßnahmen und Aufgabenstellungen. Hierin unterscheidet sich die Abteilung Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Rheinland nicht grundsätzlich von anderen Organisationseinheiten. Arbeitsprozesse und -ergebnisse sind kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Qualitätssicherung ist für Ärzte im Grunde nichts Neues. Schon immer haben Ärzte in schwierigen Fällen die Meinung kompetenter Kollegen eingeholt, haben sich über ihre Erfahrungen ausgetauscht und fortgebildet.

Qualitätszirkel sind Teil des Qualitätsmanagements und wichtiges Instrument zur Gestaltung derartiger Entwicklungsprozesse. Sie nehmen hierbei zwei grundsätzliche Funktionen wahr. Einerseits werden in Qualitätszirkeln aktuelle Probleme aufgegriffen und Ideen zur Umsetzung von Qualitätsanforderungen erarbeitet. Andererseits bieten sie den Mitarbeitern eigenverantwortliche Handlungsmöglichkeiten.

Sie bieten die Chance, die Mitarbeiter mit ihrem Fachwissen und ihrer Kreativität einzubinden und hierdurch Prozesse und Ergebnisse weiter zu entwickeln.

Die Qualitätszirkel in der Abteilung Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Rheinland handeln im Auftrag der Abteilungsleitung mit übergeordnetem Aufgabenrahmen. Die Arbeitsziele sind nicht auf bestimmte Fragestellungen eingengt, um die thematische Verantwortlichkeit der beteiligten Mitarbeiter zu fördern.

Es geht bei der Qualitätssicherung¹, insbesondere im medizinischen Bereich, nicht nur um Fehler, die vermieden werden müssen, sondern aus einer positiven Sichtweise heraus auch um das Herausarbeiten von Handlungsempfehlungen zur Prozessoptimierung, etwa im Sinne von Leitlinien, an denen sich der jeweils Handelnde orientieren kann. Derartige Leitlinien sind nicht auf die kurative (behandelnde) Medizin beschränkt, wo sie inzwischen eine weite Verbreitung erfahren haben. Sie sind vielmehr gerade auch im Bereich der ärztlichen Begutachtung hilfreich, denn der ärztliche Gutachter steht in aller Regel in einem besonderen Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen und Interessen, so dass der Unterstützung der gutachtlichen Tätigkeit durch aussagefähige Leitlinien eine besondere Bedeutung zukommt (2,3,14).

Dies soll verdeutlicht werden durch folgende Erläuterungen zur ärztlichen Begutachtung: Der Gutachter soll durch die Begutachtung bestimmte Fragestellungen beantworten, die dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sozialmedizinische Grundlagen für leistungsrechtliche Entscheidungen liefert. Im Falle der gesetzlichen Rentenversicherung geht es meist um das Leistungsvermögen im Erwerbsleben oder um die Frage, ob dies durch Leistungen zur Teilhabe (z.B. medizinische Rehabilitation) stabilisiert werden kann.

Der Gutachter kann aber dieses Leistungsvermögen nicht direkt beobachten oder messen. Was er erfassen, teilweise messen und direkt beobachten kann, sind die vielfältig erhebbaren Untersuchungsbefunde unter Berücksichtigung der Angaben zu vorhandenen Beschwerden, vorhandener medizinischer Unterlagen und anderer Informationen. Im Vordergrund steht für die Rentenversicherung die funktionelle Leistungsfähigkeit des Untersuchten, die durch Erkrankungen und Behinderungen beeinträchtigt sein kann.

¹ In der einschlägigen Literatur wird als Oberbegriff der Ausdruck „Qualitätsmanagement“ verwendet. Im medizinischen Bereich finden wir jedoch vorwiegend die Bezeichnung „Qualitätssicherung“.

Sozialmedizin

Der Gutachter macht sich ein Bild vom Gesundheitszustand und im Falle der Rentenbegutachtung von dem für das Berufsleben relevante Leistungsvermögen des Untersuchten. Wegen der Komplexität der für die gutachterliche Beurteilung maßgeblichen Prozess- und Entscheidungsfaktoren ist es erforderlich, bei der Tätigkeit des Ärztlichen Dienstes konsequent hohe Qualitätsstandards zu gewährleisten.

In der Abteilung Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Rheinland besteht seit mehreren Jahren ein umfassendes Qualitätsmanagement, zu dem seit etwas mehr als zwei Jahren Qualitätszirkel als ergänzende Säule der Qualitätssicherung gehören. Es gibt bislang drei derartige Qualitätszirkel, und zwar für die Bereiche Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik.

2. Was ist ein Qualitätszirkel?

„Ein Qualitätszirkel ist eine kleine, institutionalisierte Gruppe von ca. fünf bis zwölf Mitarbeitern, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbständig zu bearbeiten.“ So beginnen Kamiske und Brauer in ihrem Buch „Qualitätsmanagement“ die Beschreibung der Tätigkeit von Qualitätszirkeln (8). Qualitätszirkel benötigen für eine erfolgreiche Tätigkeit die Unterstützung und Hilfe der Vorgesetzten, arbeiten aber trotzdem in gewisser Weise außerhalb der Hierarchie der jeweiligen Organisation.

Die Arbeitsweise eines Qualitätszirkels wird nachfolgend am Beispiel einer Problemlösungsstrategie erläutert. Die Gruppenmitglieder wählen in eigener Verantwortung Schwachstellen oder Probleme aus ihren Arbeitsbereichen aus. Eine präzise Erfassung und Herausarbeitung des jeweils vorliegenden Problems wird dabei als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit des Qualitätszirkels angesehen (5). Es erfolgt sodann eine umfassende Analyse des Problems, wobei es auf eine möglichst konkrete Benennung des Hauptproblems ankommt.

Nach der Analyse folgt die Phase der Entwicklung von Lösungsvorschlägen. Eine große Bedeutung kommt

dabei verschiedenen gruppenorientierten Arbeitstechniken zu. Beispielfähig kann hier das sogenannte Brainstorming erwähnt werden. Es handelt sich dabei um eine Technik des Ideensammelns, die bei richtiger Anwendung ein Maximum an Kreativität der Gruppenmitglieder freizusetzen vermag. Nach einer anschließenden Phase der Bewertung der Lösungsvorschläge geht es darum, die erarbeiteten Problemlösungen in die Praxis zu überführen und zu testen. In dieser Umsetzungsphase ist die Unterstützung des Qualitätszirkels durch die zuständigen Vorgesetzten besonders wichtig (5,8,16).

Es gibt auch Modelle, bei denen das Erkennen von Problemen und die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen organisatorisch getrennt sind, und zwar in ein „Schwächen-Erkennungs-Team“ oder „Steuerungsgremium“ und mehrere Projektgruppen. Qualitätszirkel können kontinuierlich arbeiten oder sich nach Erreichung ihrer Ziele auflösen. Generell wird gefordert, dass Moderatoren von Qualitätszirkeln durch eine spezielle Schulung auf ihre Aufgabe vorbereitet werden (5,16). Ein Qualitätszirkel beseitigt oder verringert Fehler(-quellen) dort, wo sie entstehen, durch Einbeziehung der unmittelbar Beteiligten.

3. Die Qualitätszirkel im Ärztlichen Dienst der LVA Rheinprovinz

In der Abteilung Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Rheinland haben sich, wie bereits erwähnt, die drei Qualitätszirkel Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik/Nervenheilkunde konstituiert. Sie setzen sich jeweils aus mehreren Vertretern des Ärztlichen Beratungsdienstes und der Ärztlichen Untersuchungsstellen zusammen. Alle drei Qualitätszirkel haben die Initiierungs- und Startphase mittlerweile hinter sich und befinden sich derzeit, der jeweiligen Fragestellung entsprechend, in der Phase der Erarbeitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Begutachtung. Im Folgenden werden kurz die Tätigkeitsschwerpunkte der Qualitätszirkel beschrieben².

² In den Qualitätszirkeln des Ärztlichen Dienstes der LVA Rheinprovinz wirken mit:

Qualitätszirkel Kardiologie: Dr. Träger und Frau Clahsen (Ärztlicher Beratungsdienst); Dr. Krug und Dr. Müller (Ärztlicher Untersuchungsdienst)

Qualitätszirkel Orthopädie: Dr. Zech und Dr. Bauer (Ärztlicher Beratungsdienst); Dr. Schwarz und Herr Schink (Ärztlicher Untersuchungsdienst)

Qualitätszirkel Nervenheilkunde/Psychosomatik: Dr. Model, Dr. Boström, Dr. Klutentreter und Frau Dipl.-Psych. Scheipers (Ärztlicher Beratungsdienst); Dr. Neuner und Dr. Siefers (Ärztlicher Untersuchungsdienst)

Qualitätszirkel Kardiologie

Der Qualitätszirkel Kardiologie hat sich zum Ziel gesetzt, Arbeitshilfen für die Gutachter der Ärztlichen Untersuchungsstellen und auch für die Referenten des Ärztlicher Beratungsdienstes zur Bewertung kardiologischer Funktionsdiagnostik zu erarbeiten, die für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wichtig sind.

Hierzu zählen Untersuchungen wie das Belastungs-EKG, die Echokardiographie (Ultraschall des Herzens), der Rechtsherzkatheter oder die Koronarangiographie (Herzkranzgefäßdarstellung). Zudem wurde begonnen, Definitionen ausgewählter sozialmedizinischer Begriffe zusammenzustellen, die für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung relevant sind.

Qualitätszirkel Psychosomatik/Nervenheilkunde

Diagnosen des nervenärztlichen Fachgebietes spielen bei der gutachterlichen Beurteilung zur Teil- oder Vollerwerbsminderung eine wichtige Rolle. Da insbesondere für Erkrankungen des psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereiches – im Gegensatz zu vielen somatischen Krankheitsbildern – nur wenig objektive Messmethoden bestehen, ist die Einschätzung und Beurteilung vorhandener Leistungseinbußen oftmals schwierig. Der Qualitätszirkel Psychosomatik/Nervenheilkunde befasst sich mit den häufigsten Krankheitsbildern des Fachgebietes einschließlich der Abhängigkeitserkrankungen.

Es soll eine Checkliste erarbeitet werden, die gutachterlich tätigen Sozialmedizinern eine Hilfestellung bieten soll, insbesondere den Gutachtern und Referenten, die keine nervenärztliche Qualifikation oder Erfahrung besitzen. Es findet unter anderem die Indikatorenliste des IREPRO-Projektes der Deutschen Rentenversicherung Westfalen Beachtung.

Qualitätszirkel Orthopädie³

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) oder auf Rentenleistungen wegen

Erwerbsminderung gestellt haben, gibt es nur gelegentlich Personen, die nicht auch über Beschwerden seitens des Stütz- und Bewegungsapparates klagen. Oftmals stehen derartige Beschwerden im Mittelpunkt. Insofern kommt einer sachgemäßen Bewertung der Gesundheitsstörungen in diesem Bereich eine große Bedeutung zu (12).

Wie bei der eingangs kurz skizzierten Betrachtung des Begutachtungsprozesses dargestellt, wird der Gutachter in zwei Dimensionen tätig. Zum einen erhebt er Befunde und dokumentiert sie in seinem Gutachten, zum anderen leitet er hieraus Schlussfolgerungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ab. Beide Teilaspekte des Begutachtungsprozesses sind Maßnahmen der Qualitätssicherung zugänglich. Der Qualitätszirkel Orthopädie hat sich zunächst dem Bereich der Untersuchung und Dokumentation zugewandt.

Die Dokumentation der anamnestischen Angaben, der erhobenen Befunde und der relevanten mitgebrachten oder schon vorliegenden medizinischen Unterlagen (Atteste, Krankenhausentlassungsberichte usw.) in einem Gutachten ist anspruchsvoll. Im Qualitätszirkel Orthopädie erwies es sich bei der Analyse als vorteilhaft, gutachterliche und prüfärztliche Erfahrungen zusammenzuführen.

Als Vorschlag zur Weiterentwicklung der Befunddokumentation wurde begonnen, eine für die täglichen Begutachtungspraxis nutzbare Checkliste für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates zusammenzustellen. Es hat zwar bereits Ansätze zur strukturierten Erfassung von Beschwerden und Funktionsbefunden gegeben (17), die Checkliste soll jedoch in Art und Umfang speziell auf die Begutachtungssituation zugeschnitten sein. Sie soll über die reine Befunderfassung hinaus weitere Informationen erfassen, etwa durch Vorgabe bestimmter Fragen in der Anamnese (z.B. nach möglichen Alltagsaktivitäten) oder durch eine Möglichkeit, die Vollständigkeit der beigefügten Befunde (Röntgenbilder, Arztberichte usw.) besser zu überblicken. Nach Fertigstellung der Checkliste wer-

3. Der Qualitätszirkel Orthopädie befasst sich nicht nur mit rein orthopädischen Sachverhalten. Es spielen auch Gegebenheiten anderer Fachgebiete eine Rolle, man denke nur an die seelisch-psychische Mitverursachung von Beschwerden oder an Erkrankungen aus dem Internistisch-Rheumatologischen Fachgebiet. Eine korrektere Bezeichnung wäre demnach eigentlich „Qualitätszirkel Stütz- und Bewegungsapparat“. Wohl wegen der Kürze hat sich aber der bisherige Ausdruck gehalten.

Sozialmedizin

den unter Einbeziehung der Abteilungsleitung die Fragen der Erprobung, Einführung und Evaluation zu beantworten sein.

Ein weiterer Themenbereich für den Qualitätszirkel Orthopädie ist die Systematisierung der Fortbildung für spezielle Fragestellungen in der Begutachtung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

4. Abschließende Überlegungen

Welche konkreten Vorteile hat die Arbeit der Qualitätszirkel in einer Organisation? Generell bedarf es längerer Erfahrung mit dem in die Qualitätssicherung eingebetteten Instrument des Qualitätszirkels. Der Nutzen von Qualitätszirkeln ist durch die jeweilige Institution sorgfältig zu bewerten, da nicht zuletzt für die Qualitätszirkelarbeit entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Der konkrete Nutzen der Qualitätszirkelarbeit in der Abteilung Sozialmedizin lässt sich gegenwärtig noch nicht präzise darstellen. Ausgangspunkt für die Etablierung von Qualitätszirkeln ist jedoch die Annahme, dass durch die Bündelung von beruflicher Erfahrung und Expertenwissen einer vergleichsweise großen Anzahl sozialmedizinisch tätiger Ärzte die Potentiale zur Weiterentwicklung und Verbesserung von Prozessen und Ergebnissen auf kreative Weise genutzt werden sollen.

Literatur

1. Büchner, C.: Leitlinien zur Renten-Begutachtung. Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung. LVA Rheinprovinz Mitteil. 9-10/99, 321-327 (1999)
2. Cibis, W. Qualitätssicherung in der Begutachtung – Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter – aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. Med Sach 101, 52-53 (2005)
3. Drescher, P.: Moderation von Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln. Ein Handbuch. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (2003)
4. Kamiske, G. F.; Brauer, J.-P.: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag München Wien (1999)
5. Pannen, H.-D.: Qualitätsanalyse von Rentengutachten – Beitrag zur Qualitätssicherung in der Sozialmedizin. LVA Rheinprovinz Mitteil. 5/94, 209-214 (1994)
6. Pannen, H.-D.: Funktionseinschränkungen der Bewegungsorgane und ihre Bedeutung für die Leistungsfähigkeit. LVA Rheinprovinz Mitteil. 8/95, 305-314 (1995)..
7. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SO-MEKO). DRV-Schriften Band 53 März 2004
8. Wehner, J.: Qualitätszirkel im Krankenhaus: Ein Modell. www.medizininfo.de/quality/html/Qualitätszirkel.html (2004)
9. Zech, M., Gehrke J., Schlungs H. und Pannen H.-D.: Ein Dokumentationsblatt als Instrument zur Erfassung des funktionellen Zustandes des Bewegungsapparates im Rahe-Entlassungsbericht. DRV-Schriften 5, 239-242 (1995)

Sozialmedizin

Eberhard Zillesen, Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr

Rehabilitation bei gastroenterologischen Tumorerkrankungen

Bösartige Geschwulsterkrankungen der Verdauungsorgane zählen zu den häufigen Tumorerkrankungen. Kolorektale Karzinome stehen der Häufigkeit nach bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle, und da ihre Behandlung eine gute Prognose hat, hat die Früherkennung hohe Priorität (Teste auf okkultes Blut, Vorsorgekoloskopie). Bei diesen Tumoren wie auch bei denen des Magens, der Bauchspeicheldrüse, der Leber oder des Dünndarms ist die Tumorentfernung mittels Operation die Behandlung der Wahl, bei Tumoren der Speiseröhre und des Anus können alternativ auch primär Chemo- und Strahlentherapie zum Einsatz kommen.

Weitaus die meisten primär akutmedizinisch behandelten Patienten mit gastroenterologischen Malignomen, ob intendiert kurativ oder auch palliativ, leiden anschließend unter Ängsten, depressiven Reaktionen, Verunsicherung bezüglich ihrer sozialen Kompetenz, ihres künftigen Lebensstils, ihrer Möglichkeiten zur Teilhabe, an Anpassungsstörungen der Verdauungsfunktionen oder Operationsfolgezuständen, sind somit rehabilitationsbedürftig.

Im Fachgebiet der Gastroenterologie nimmt die Onkologie als Grundlagenforschung, als Tumorprävention, -diagnostik, -kuration oder -palliation inzwischen den ersten Rang ein, auch in der gastroenterologischen Rehabilitation.

Beim Rektum-, Kolon- und Magenkarzinom sind Rehabilitationsverfahren längst häufig und vertraut. Seltener, aber in den letzten Jahren immer häufiger sehen wir gastrointestinale Stromatumoren (GIST), Patienten mit Pankreas-, Ösophagus-, Anal-, primärem Leberzell-, Gallenwegs- oder Dünndarmkarzinom oder neuroendokrine Tumoren.

Etablierte Therapieangebote sind

- Muskeltraining, Bandagierung oder Beurteilung der Bauchdecken / Narben / Hernien
- Anleitung, Training, Ernährungsberatung bei einem Enterostoma
- Ernährungstherapie bei anderen Problemstellungen, vor allem bei Defiziten infolge des Tumors oder der vorangegangenen Therapie sowie nach ausgedehnten Resektionen
- Diagnostik und Therapieeinleitung bei anorektaler Inkontinenz, bei postoperativen Komplikationen (oft an den Anastomosen)
- Psychoonkologie und
- Tumornachsorge

Folgende Herausforderungen sind in den letzten Jahren häufiger geworden:

- Eine frühzeitige Verlegung der operierten Patienten aus den Krankenhäusern
- Mitgebrachte Infektionen mit multiresistenten Erregern
- Rehabilitation von (zum Teil auch hochbetagten) Senioren
- Die Bestimmung genetischer Risiken
- Therapien auch bei metastasierten Tumoren
- Der wissende Patient – auch bei infauster Prognose -
- Der Schwund des sozialen Umfeldes mit einer Bereitschaft und Fähigkeit auch zur Pflege
- Sozialmedizinische Beurteilung / berufliche Wiedereingliederung
- Totale parenterale Ernährung

Die Anforderungen für diese etablierten wie auch die zunehmenden neuen Aufgaben an die Strukturen und Prozesse der medizinischen Rehabilitation werden skizziert.

Sie haben auch Auswirkungen auf Belegungssteuerung, Wohnortnähe und Vernetzung. Es wird der Versuch unternommen, die Aufgaben und Möglichkeiten der Rehabilitation gegenüber denen von Krankenhaus und Hospiz abzugrenzen.

Sozialmedizin

Rehabilitation und Nachsorge

Was heißt „Nachsorge“? Oft wird dieser Begriff zusammen mit „Rehabilitation“ genannt, von manchen gleichgesetzt oder verwechselt. Die interdisziplinären Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft definieren Nachsorge als frühzeitige Rezidivdiagnostik zur Tumorkuration (Junginger et al. 2000).

In einer jüngeren Internet-Publikation der Deutschen Krebsgesellschaft (2005) wird „Nachsorge“ wesentlich weiter gefasst:

- Folgen der Operation und Begleiterkrankungen feststellen, behandeln, lindern
- Hilfe bei physischen, psychischen und sozialen Problemen
- Diagnose und Therapie eines Tumorrezidivs (Evidenz nur beim Kolonkarzinom!)
- Nachbetreuung (psychologisch, Selbsthilfe-Gruppen, Sport)

Auch der Begriff der medizinischen „Rehabilitation“ wird unterschiedlich weit gefasst. Der WHO (ICF) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX folgend, fassen wir hierin alle medizinischen Maßnahmen zusammen, die den krebserkrankten Patienten Barrieren in ihrem Alltag nehmen und Teilhabe auf möglichst vielen Ebenen erhalten oder wieder ermöglichen sollen. Im engeren Sinne berücksichtigen wir die befristeten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, die auf die unmittelbaren Folgen der Primärtherapie sowie auf psychische und soziale Probleme zielen.

Physische, psychische und soziale Probleme bei Krebserkrankungen

Wie sehr ein Krebspatient körperlich und/oder seelisch beeinträchtigt ist, wie sehr seine persönlichen Bindungen, seine Teilhabe am Erwerbsleben betroffen sind, ob seine Fähigkeiten zur Selbstversorgung tangiert sind, ist individuell sehr unterschiedlich, meist diagnoseübergreifend, d.h. nicht so sehr davon abhängig, welches Körperorgan primär betroffen gewesen ist.

Es gibt bei Tumorerkrankungen und den häufigen Therapieformen typische Folgen, die freilich auch die Rehabilitation bei Tumoren des Verdauungstraktes bestimmen (Tabelle 1):

Psychische und soziale Probleme stehen in der Rehabilitation bei Krebserkrankungen oft im Vordergrund, und die Psychoonkologie ist inzwischen gut etabliert (Rehse & Pukrop 2003). Die hierauf abgestimmten Prozesse sind aber kaum organspezifisch, so dass sie in diesem Beitrag nicht näher ausgeführt werden. Die folgenden Abschnitte gehen auf typische häufige Probleme bei Malignomen der Verdauungsorgane ein.

Spezielle Probleme beim Magenkarzinom

Die häufigste Behandlung bei Malignomen des Magens ist die operative Entfernung des ganzen Organs (Gastrektomie). Die Beeinträchtigungen hierdurch sind sehr unterschiedlich und sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Diagnoseübergreifende typische Tumor- und Therapiefolgen und die hierauf abgestimmten Therapieangebote

Tumor- oder Therapiefolgen	Therapeutische Angebote
Substanzverlust und Muskelschwäche	Muskelaufbautraining
Änderungen der Speiseträgbarkeit	Ernährungstherapie
Depressive Reaktionen, Ängste	Information, Entspannungstherapie, Psychotherapie
Anhaltende Schmerzen	Optimierung der Schmerztherapie
Operationsfolgen wie Wunden, Narben	Wundbehandlung, Physiotherapie
Operationsfolgen wie Hernien, Stoma	Hilfsmittelversorgung, ggf. Stomatherapie
Chemotherapiefolgen wie Parästhesien, Haarausfall	Versuch medikamentöser und physikalischer Therapie, kosmetische Beratung, Perückenversorgung
Ungewissheit künftiger Teilhabe am Erwerbsleben	Reha-Beratung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Eintritt einer Behinderung nach dem SchwbG	Sozialberatung, Hilfen nach dem SchwbG
Teilhabestörungen im allgemeinen täglichen Leben	Beratung, Anbindung an Selbsthilfegruppen, Organisation spezieller Krankenpflege, Haushaltshilfe, ggf. auch Hospizplatz

Tabelle 1

Ursachen für Folgeprobleme können sein:

- Gestörte Afferenzen für Appetit und Hunger
- Gestörte bzw. aufgehobene Reservoirfunktion
- Verlust der Magensäure: Tryptische Läsionen, verzögerte Eiweißverdauung, gestörtes neuroendokrines System, Infektionsanfälligkeit
- Folgen der Vagotomie
- Geänderte Duodenalpassage: Exokrine Pankreasinsuffizienz, Früh- und Spätdumping, Syndrom der zuführenden Schlinge, Blindloop-Syndrom
- Anastomosenprobleme: Stenose, Siphon-, Knickbildung
- Gestörte Vitamin- und Elektrolytresorption: B12, D2, Ca, Fe

Aus den in der Literatur stark schwankenden Angaben habe ich die folgenden Zahlen zusammengetragen (Tabelle 2, Zillessen 1997)

Als Konsequenzen ergeben sich für die medizinische Rehabilitation nach Magenkarzinom auf der somatischen Ebene die Notwendigkeit der intensiven und individuellen Ernährungstherapie, oft mit Ernährungsanalyse (Essverhalten, Kalorienbilanz) sowie die Verfügbarkeit und Erfahrung in der oberen Intestinoskopie, einschließlich Stenosen-therapie. Oft ist zu klären,

ob eine Resorptionsstörung vorliegt, insbesondere eine Steatorrhö und ob eine Pankreasfermentsubstitution erforderlich und effektiv ist. Dumping-Syndrome sind bei den heute gewählten Operationsverfahren seltener geworden, dennoch ist oft diese Frage zu klären und eine adäquate Therapie zu erproben. Ähnliches gilt für die Klärung und Behandlung vorwiegend postprandialer Durchfälle. Während die lebenslang notwendige parenterale Vitamin-B12-Substitution heute in der Regel beachtet wird, wird das Osteoporose- bzw. Osteomalazie-Risiko noch weitgehend unterschätzt.

Spezielle Probleme beim Kolonkarzinom

Patienten mit Kolonresektionen wegen eines Karzinoms haben in ihrer Mehrzahl wenig spezielle somatische Probleme. Die Durchfallneigung bei Gallensäurenverlust-Syndrom ist nach Diagnosestellung leicht beeinflussbar. Therapeutisch hartnäckiger sind anhaltende Durchfälle nach Strahlentherapie oder ausgedehnten Resektionen. Bauchdeckeninstabilität und Narbenhernien können erheblich beeinträchtigen und eine Hilfsmittelversorgung oder Nachoperationen erforderlich machen. Manchmal ist die Anlage eines passageren oder definitiven Enterostoma notwendig geworden. Postoperative Anastomosenprobleme wie Stenosen oder Fisteln können zu Schmerzen und gelegentlich zu paradoxen Durchfällen führen. Solche postoperativen Komplikationen können und sollten während einer Anschlussrehabilitation behandelt werden. An der Klinik Niederrhein haben wir 2003/04 bei 29 von 938 Patienten mit kolorektalem Karzinom (~3%) eine endoskopische Stenosenbehandlung durchgeführt. Auf die speziellen Probleme der Stuhlinkontinenz und genetischen Dispositionen wird noch besonders eingegangen.

Als Konsequenzen für die Strukturen und Prozesse in der Rehabilitation von Kolonkarzinom-Patienten auf der somatischen Ebene ergibt sich die Notwendigkeit von:

- Ernährungs- und medikamentöser Therapie zur Stuhlregulierung
- Symptomatischer Therapie bei Chemotherapiefolgen
- Bauchdeckentraining, evtl. Hilfsmittelanpassung
- Stomatherapie (Anleitung, Behandlung von Komplikationen, Vermittlung der Irrigation)
- Unterer Intestinoskopie, einschließlich Stenosen-therapie und Polypektomie

Mögliche Folgen nach Gastrektomie wegen Magenkarzinoms

Mögliche Beeinträchtigung	%
Untergewicht	bis 90
Appetitlosigkeit	30-50
Völlegefühl, epigastrisches Druckgefühl	27-83
Sodbrennen	12-50
Schluckbeschwerden / Dysphagie	8-40
Übelkeit	12-29
Erbrechen	9-25
gehäuftes Luftaufstoßen	54
Durchfall	6-24
Früh- und Spätdumping	8-66
Epigastrische Schmerzen, oft postprandial	12-37
Malnutrition	20-50
Anämie	30-60
Osteomalazie	15-30

Tabelle 2

Sozialmedizin

- Diagnostik und Therapie der Stuhlinkontinenz (siehe unten)
- Einer Klärung genetischer Dispositionen (FAP, HNP-CC – s.u.)

Spezielle Probleme beim Rektumkarzinom

Spezielle Probleme beim Rektumkarzinom ergeben sich aus der aufgehobenen Reservoirfunktion, Sensibilitätsstörungen bei tiefen Anastomosen, aus einer möglicherweise gestörten Analsphinkterfunktion, gestörten Blasen- oder Uretalfunktion. Vor allem Männer beklagen häufig eine gestörte Sexualfunktion, insbesondere als erektile Dysfunktion. Häufiger als beim Kolonkarzinom, aber heute seltener als in früheren Jahrzehnten wird die passagere oder definitive Anlage eines Entrostoma erforderlich. Anastomosenprobleme können als Stenosen oder Fisteln gelegentlich Schmerzen oder paradoxe Durchfälle verursachen. Bei der Anschlussrehabilitation ist nicht selten die rektale Wunde nach Rektumexstirpation noch nicht verheilt. Wund- oder Phantomschmerzen können am oder im Becken persistieren.

Ein Problem, auf das gesondert eingegangen wird, ist die mögliche anorektale Inkontinenz.

Für die Rehabilitation von Rektumkarzinom-Patienten auf der somatischen Ebene müssen Strukturen und Prozesse vorgehalten werden, die zum Teil über die Erfordernisse beim Kolonkarzinom hinausgehen:

- Ernährungs- und medikamentöse Therapie zur Stuhlregulierung
- Symptomatische Therapie bei Chemotherapiefolgen
- Bauchdeckentraining, evtl. Hilfsmittelanpassung bei Hernien
- Stomatherapie
- Untere Intestinoskopie, incl. Stenosen- und Polypektomie
- Pflegerische Voraussetzungen zur Wundbehandlung
- Angebote zur Schmerztherapie
- Klärung und Behandlung urologischer Komplikationen
- Männerrunde, Sexualberatung
- Diagnostik und Therapie der Stuhlinkontinenz (siehe unten)

Stuhlinkontinenz – ein Monitum –

Stuhlinkontinenz ist ein häufiges und ein diagnostisch wie therapeutisch zugängliches Problem, das

selbst in der onkologischen Rehabilitation nicht selten verdrängt wird.

Stuhlinkontinenz hat in der Normalbevölkerung eine Prävalenz von 1,5 – 5 % (im Erwerbsalter ~ 1,5 %). Stuhlinkontinenz ist bei Menschen im Erwerbsalter bis zu ~80% behandelbar. Der Behandlungsansatz ist oft multimodal. Stuhlinkontinenz ist tabuisiert. Bei mehr als 50% der Betroffenen finden keine entsprechende Diagnostik oder Therapie statt (Enck et al. 1991). Stuhlinkontinenz kommt in Gutachten-Standardwerken nicht vor.

Stuhlinkontinenz kommt als Grund für die Feststellung eines aufgehobenen oder eingeschränkten Leistungsvermögens nicht ausdrücklich vor. In der stationären medizinischen Rehabilitation geben 25 % der Reha-Patienten mit kolorektalem Karzinom (Alter bis 60 J., postoperativ, N = 129) Stuhlinkontinenz an, wobei 12 % mit einem Grad II und III höhergradig inkontinent sind (Pollmann et al. 2004). Die Inkontinenz-Ereignisse treten bei der Mehrzahl dieser Patienten mehrmals wöchentlich auf. Eine Inkontinenz ist hochsignifikant mit psychosozialen Belastungen assoziiert. Eine Inkontinenz ist mit Arbeitsunfähigkeit und negativer subjektiver Erwerbsprognose assoziiert.

Nach Stuhlinkontinenz ist somit obligat und nach Möglichkeit strukturiert bei allen Rehabilitanden mit kolorektalem Karzinom zu fragen. Die folgenden Tabellen zeigen, welche Strukturen und Prozesse für die Diagnostik und Therapie in der gastroenterologischen Rehabilitation vorzuhalten sind (Tabellen 3 und 4):

Aktueller Stand Stuhlinkontinenz (1) Diagnostik

Obligat vorzuhalten	Fakultativ (fallabhängig) erforderlich
Gezielte somatische Anamnese	Defäkografie
Gezielte – strukturierte, graduierte – Inkontinenz-Anamnese	Koloskopie
Klinische (incl. rektal-digitale) Untersuchung	Röntgen Kolon-Doppelkontrast
Endoskopische Untersuchung: Prokto-, Rektosigmoidoskopie	EMG
Anorektal-Manometrie	(Immun-) Histologie

Tabelle 3

Aktueller Stand Stuhlinkontinenz (2) Therapie

Obligat vorzuzulassen erforderlich	Fakultativ (fallabhängig)
Ernährungstherapie und Medikation zur Änderung der Stuhlkonsistenz	Endoskopische Stenosendilatation
Toilettraining, evtl. Rektum-Lavage	Proktologische Fisteltherapie
Medikamentöse Therapie der Grundkrankheit (z.B. bei Proktitis)	Operative Hämorrhoidalbehandlung, Rektopexie
Biofeedback-Training (Sphinkter-, Perzeptionsschwäche)	Operative Korrektur bei Stenosen, Fisteln
Psychotherapie bei Angststörung	Operative Sphinkterrekonstruktion
Rehaleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Operative Stomaanlage

Tabelle 4**Änderungen bei der Morbidität und Therapie**

Im Krankenhaus haben sich allgemein und vor allem in der Malignomtherapie in den letzten Jahren erheblich Änderungen vollzogen, die sich auch auf die Rehabilitation auswirken.

Sowohl die operative als auch die Chemotherapie, sowohl die intendiert kurative als auch die palliative Behandlung sind wesentlich eingreifender geworden und kommen auch noch bei Senioren und Hochbetagten zum Einsatz. Ganz evident ist dies bei Tumoren des Pankreas und an den Gallengängen, beispielsweise werden heute auch Klatskin-Tumoren reseziert. (Neo)adjuvante Radio-Chemotherapien werden häufiger angewandt. Verbreitet ist inzwischen die Metastasen Chirurgie an Leber, Lunge und Peritoneum. Der hierdurch vermehrt entstehende postoperative Rehabilitationsbedarf wird nicht dadurch ausgeglichen, dass mittlerweile die minimalinvasiven Resektionsverfahren auch bei Tumorpatienten Anwendung finden. Durch ausgedehnte Darmresektionen ergibt sich immer öfter die Notwendigkeit einer total parenteralen Ernährung – dies allerdings eher infolge von Gefäßverschlüssen als bei Malignomen.

Akutbehandlungen bei Risikopatienten, auch verbunden mit passageren Immundefiziten bei den Patienten, häufigerer Antibiotikaeinsatz und möglicherweise auch ein nachgelassenes Hygienebewusstsein in Krankenhäusern, Altenheimen und Pflegeeinheiten haben zu einer Zunahme von Hygieneproblemen durch mul-

tiresistente bakterielle Krankheitserreger geführt. Tückisch ist die große Gefahr der Verschleppung derartiger Keime, und hiervon sind auch Rehabilitationseinrichtungen bedroht.

Die Einführung einer neuen Leistungsvergütung im Krankenhaus durch die DRG führt zu früheren Verlegungen in die Reha-Einrichtungen. Das Unwort von der „blutigen Verlegung“ macht die Runde. Zwar sollen die Wundheilung, die Notwendigkeit der postoperativen Behandlungspflege und die Frührehabilitation im Krankenhaus abgeschlossen sein, aber typische Zeiträume, in denen Komplikationen zu erwarten wären, werden nicht mehr abgewartet, und Zweiterkrankungen bleiben oft unentdeckt oder unbehandelt. AHB-Kliniken beobachten indikationsübergreifend, dass die Notwendigkeit einer Behandlungspflege und die der Rückverlegung ins Krankenhaus viel häufiger geworden sind.

Änderungen bei der Patientenlientel

Die Änderungen der Altersstruktur und der allgemeinen Morbidität wurden schon genannt.

Tumorpatienten wissen heute um ihre Erkrankung. Auch der informierte, mündige Patient wird – von seiner Hoffnung geleitet – riskante Therapieentscheidungen meistens mittragen, die nicht immer den gewünschten Erfolg haben. Zugleich sind und leben immer mehr Menschen allein; und auch dort, wo der Zusammenhalt in Kleinfamilien noch gegeben ist, kann man einen Schwund des sozialen Umfeldes beobachten, in dem die Bereitschaft und Fähigkeit zur Pflege eines Kranken oder Sterbenden gegeben wäre. Die betroffenen Menschen bringen ihre Sorgen und Nöte in die Rehabilitation mit.

Ziel der medizinischen Rehabilitation im erwerbsfähigen Alter ist nach Möglichkeit die Wiedereingliederung in den Beruf. Nach primärer Tumortherapie ist die stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell) ein bewährtes Mittel, einem Patienten den Wunsch nach der Rückkehr ins Berufsleben zu erleichtern. Wenn seit 2004 dem Rentenversicherungsträger die Aufgabe zugefallen ist, dies bereits während der medizinischen Rehabilitation einzuleiten, ist auch hierdurch die Arbeitsbelastung vermehrt und der Gesamtprozess der Rehabilitation unter Zeitdruck gesetzt worden.

Sozialmedizin

Konsequenzen für die praktische GE-Rehabilitation

Was bedeuten diese Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Patientenklientel aktuell für die Rehabilitation bei gastroenterologischen Tumorerkrankungen?

Konsequenz 1: Rehafähigkeit einfordern!

Der Rehabilitand soll Bett und Zimmer verlassen und an Therapien teilnehmen können. Der Rehabilitand muss zur aktiv(ierend)en Reha-Behandlung fähig und motiviert sein. Bei chronischen Wunden (Fisteln) muss der MRSA-Status kürzlich bakteriologisch überprüft sein, denn eine noch nicht abgeschlossene Sanierung müsste die Isolierung des Patienten erzwingen und ihn damit von den meisten Rehabilitationsprozessen ausschließen. Fachspezifische Reha-Einrichtungen ersetzen keine Pflegestationen. Ist Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben und die Reha-Prognose dem entsprechend schlecht, muss das Krankenhaus ggf. eine geriatrische Rehabilitation oder bei infauster Prognose die Hospiz-Unterbringung anstreben.

Die Reha-Einrichtungen sind trotz ihrer Konkurrenzsituation gut beraten, auf diesen Forderungen zur Reha-Fähigkeit zu bestehen. Sie sitzen im selben Boot. Beispielsweise hätte eine MRSA-verseuchte Reha-Klinik rasch keine Zuweisungen mehr zu erwarten.

Konsequenz 2: Strukturen und Prozesse in der Rehabilitation werden aufwändiger

Durch die Änderung der Morbiditäts- und Altersstruktur ergibt sich vor allem für AHB-Kliniken ein Mehrbedarf an ärztlichem und qualifiziertem Krankenpflegepersonal, ein Mehrbedarf an Spezialdiagnostik (Röntgen, Endoskopie, Sonografie, CT, MRT, Labor) und an Vernetzung mit den heimatnahen Krankenhäusern (Konsile, Rückverlegungen...). Es fallen höhere Medikamentenkosten an, insbesondere infolge von Chemo-, antihormonellen und Antikörpertherapien. Besonders teure Behandlungen wie beispielsweise die total parenterale Ernährung müssen außerhalb der „normalen“ Fallkosten vergütet werden.

Konsequenz 3: Mehr psychosoziale Aufgaben

Die Anforderungen an die therapeutischen Angebote zur Krankheitsbewältigung, zur Depressions- und Angstdiagnostik und -therapie haben quantitativ wie

qualitativ zugenommen. Dies betrifft die ganze Breite der Psychoonkologie von Entspannungs-, Sport- und Kreativtherapie bis hin zu entlastenden Einzeltherapien. Hiermit gestiegen ist auch der Supervisionsbedarf zur Entlastung für die Mitarbeiter. Bereits in der Reha-Einrichtung fällt mehr Nachsorge-Arbeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (stufenweise Wiedereingliederung) und nicht selten auch für die häusliche Versorgung oder Nachsorge an.

Ein Anhang für den Merkzettel: HNPCC

Wo Rehabilitation und Nachsorge von Patienten mit kolorektalen Karzinomen erfolgen, sind mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 6% Patienten mit einem genetisch definierten Karzinomrisiko zu erwarten. Dies sind die familiäre adenomatöse Polyposis coli (FAP) und das hereditäre nichtpolypöse kolorektale Karzinom (HNPCC). Bei der FAP sind Familienuntersuchungen längst Standard. An das 5-fach häufigere HNPCC wird immer noch zu selten gedacht, obwohl die Konsequenzen weitreichend sind.

Das HNPCC ist durch international vereinbarte Kriterien inzwischen gut definiert (Tabelle 5):

Hereditäres nichtpolypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) Diagnostische Kriterien (nach Caspary et al. 1999)

Amsterdam-Kriterien (1990)	Erweiterte Kriterien (Kopenhagen 1993)
Mindestens drei Verwandte mit kolorektalem Karzinom (darunter ein Verwandter 1. Grades!)	Zusätzlich berücksichtigte Tumoren:
Kolorektales Karzinom in mindestens zwei aufeinander folgenden Generationen	Endometriumkarzinom
Mindestens ein Erkrankter mit kolorektalem Karzinom vor dem 50. Lebensjahr	Dünndarmkarzinom
	Ovarialkarzinom vor dem 50. Lj.
	Magenkarzinom vor dem 50. Lj.
	Urothelkarzinom
	Hepatobiliäre Karzinome

Tabelle 5

Erster Hinweis sollte ein Manifestationsalter des kolorektalen Karzinoms vor dem 50. Lebensjahr sein (Median im 46. Lebensjahr). Lässt sich molekularbiologisch ermitteln, dass bei einem Patienten die entsprechende genetische Disposition besteht, ist beim ihm mit einem hohen Risiko für ein kolorektales Zweitkarzinom zu rechnen und somit die totale Kolektomie zu erwägen. In der

Nachsorge ist an das erhöhte Karzinomrisiko auch anderer Organe zu denken (s. Kopenhagen-Kriterien).

Molekularbiologische Untersuchungen aus einer Blutprobe ermöglichen es, das genetische Karzinomrisiko vorherzusagen und sind deshalb den Blutsverwandten ersten Grades zu empfehlen. Risikoträger benötigen eine jährliche Koloskopie ab dem 25 Lebensjahr.

Durch entsprechende Hinweise kann die Reha-Klinik einen Beitrag zur Karzinomprävention leisten.

Literatur

- Caspary WF, Hanisch E, Raedle J, Sahn S, Zeuzem S (1999) Kolorektales Karzinom und HNPCC. In: Caspary WF, Stein J (Hrsg.): Darmkrankheiten, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Kapitel 51, S. 545-575
- Delbrück H (1996) Rehabilitation bei onkologischen Krankheitsbildern. In Delbrück H, Haupt E. (Hrsg.) Rehabilitationsmedizin, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S. 347-416
- Enck P, Gabor S, v. Ferber L, Rathmann W, Erckenbrecht JF (1991) Häufigkeit der Stuhlinkontinenz und Informationsgrad von Hausärzten und Krankenkassen. Z. Gastroenterol 29: 538-540
- Junginger Th (2000) Nachsorge und Rehabilitation bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren – Interdisziplinäre kurzgefasste Leitlinien. Onkologie 23: 183-187
- Pollmann H et al. (2004) Stuhlinkontinenz in der Gastroenterologischen Rehabilitation – Prävalenz und psychosoziale Folgen. Abstract in DRV-Schriften, Band 52, VDR, Frankfurt, S. 516-517
- Rehse B, Pukrop R (2003) Effects of psychological interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. Patient Educ Couns 50: 179-186
- Zillessen E (1997) Begutachtung gastroenterologischer und hepatologischer Krankheiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 31
- Zillessen E (2004) Indikationen zur Anschlussrehabilitation bei gastrointestinalen Krankheiten. Kapitel 64 in: Caspary WF, Mössner J, Stein J (Hrsg.) Therapie gastroenterologischer Krankheiten, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, S. 655-661

Rechtsprechung

Thomas Göhde, Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

Zur Berücksichtigung von ausländischen Vorruhestandsregelungen als Hinzuverdienst bei vorzeitiger Altersrente

§§ 34 Abs. 2 Satz 3 (i.d.F. vom 19.02.2002), 34 Abs. 2 Satz 1, 34 Abs. 2 Satz 2, 34 Abs. 3 (i.d.F. vom 19.02.2002 und i.d.F. vom 23.07.1996), 42 Abs. 1, 42 Abs. 2, 96a Abs. 3, 96a Abs. 4, 36 (i.d.F. vom 18.12.1989) SGB VI; §§ 2 Abs. 1, 2 Abs. 2, 8 VRG; Art. 3 Abs. 1, Art. 12 Abs. 2, Art. 12 Abs. 3, Art. 45 Abs. 1, Art. 46a Abs. 3 Buchst a, Art. 46c Abs. 2 EWGV 1408/71; Art. 12 EG

1. Die Vorschriften über die Hinzuverdienstgrenze bei vorzeitiger Altersrente (§ 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI in der bis zum 31.12.2002 geltenden Fassung) stellen auch ausländische Vorruhestandsleistungen dem Arbeitentgelt aus einer Beschäftigung gleich. Gemeinschaftsrecht der EU steht dem nicht entgegen.

2. Jedenfalls bei einem Wanderarbeitnehmer innerhalb der EU sind die für die Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen maßgeblichen Entgeltpunkte (EP) demjenigen Kalenderjahr vor Beginn der Rente zu entnehmen, in dem der Arbeitnehmer zuletzt in Deutschland rentenversicherungspflichtig beschäftigt war.

BSG, Urteil vom 01.02.2005 – B 8 KN 6/04 R

Zum Sachverhalt:

Die Beklagte hat dem in den Niederlanden wohnenden, am 21. April 1935 geborenen Kläger die Altersrente für langjährig Versicherte bei Vollendung des 63. Lebensjahres versagt, weil er Vorruhestandsleistungen (Vervroegde Uittreding <VUT>) der holländischen Stiftung Betriebsrentenfonds für den gewerblichen Straßen-Güterverkehr bezieht. Der Anspruch auf die

ungekürzte Regelaltersrente ab dem 1. Mai 2000 ist außer Streit.

Mit Bescheid vom 17. Mai 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. November 1999 lehnte es die Beklagte ab, dem Kläger die am 23. Juni 1998 beantragte vorgezogene Altersrente zu gewähren. Er erfülle zwar mit 81 Beitragsmonaten zur deutschen knappschaftlichen Rentenversicherung und 496 Beitragsmonaten zur niederländischen Rentenversicherung innerhalb und außerhalb des Bergbaus die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die begehrte Rentenart. Bei Anrechnung der holländischen Vorruhestandsleistungen (umgerechnete Monatsbruttobeträge ab 1. Mai 1998 DM 4.192,02 und ab 1. Juli 1998 DM 4.195,35) würden jedoch die Hinzuverdienstgrenzen des § 34 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) überschritten. Nach dem Stand bis 30. Juni 1998 entfalle die Vollrente, wenn der Versicherte mehr als DM 610,00 erziele. Für eine Teilrente von einem Drittel der Vollrente dürften maximal DM 1.660,40 hinzuverdient werden; die Grenzwerte für die anderen Teilrenten lägen dazwischen.

Das vom Kläger angerufene Sozialgericht Dortmund (SG) hat mit Urteil vom 12. Juli 2002 die Bescheide der Beklagten aufgehoben und diese verurteilt, „dem Kläger Altersrente für langjährig Versicherte ohne Anrechnung der in den Niederlanden bezogenen VUT-Leistungen nach § 34 Abs. 2 SGB VI nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren“. Auch wenn nach § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI bei der Anwendung der Anrechnungsvorschrift dem Arbeitsent-

gelt aus einer Beschäftigung der Bezug von Vorruhestandsgeld gleichstehe, gelte dies nicht für das niederländische VUT. Auf Grund der Regelung des Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der geänderten und aktualisierten Fassung durch die Verordnung (EWG) Nr. 2001/83 des Rates vom 2. Juni 1983, geändert durch die Verordnung (EWG) Nr. 1248/92 des Rates vom 30. April 1992 (im Folgenden EWGV 1408/71) könnten die niederländischen VUT-Leistungen nur dann zum Wegfall der Altersrente führen, wenn die deutschen Rechtsvorschriften „die Berücksichtigung solcher im Ausland erworbenen Leistungen oder dort erzielter Einkünfte vorsehen“. Dies müsse indes ausdrücklich geschehen, sodass die „gebietsneutrale“ Formulierung des § 34 Abs. 2 SGB VI nicht ausreiche. Andernfalls habe Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 keinen Anwendungsbereich, weil der Gesetzgeber ausdrücklich auf das Inland beschränkte Antikumulierungsvorschriften im Allgemeinen nicht erlasse. Zudem sei dem deutschen Gesetzgeber die europarechtliche Problematik bekannt gewesen, als er in § 93 Abs. 4 Nr. 4 SGB VI und § 96a Abs. 4 SGB VI die Berücksichtigung vergleichbarer Sozialleistungen ausländischer Träger ausdrücklich normiert habe.

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) das erstinstanzliche Urteil abgeändert und mit Urteil vom 14. Oktober 2003 die Klage abgewiesen. Nach seiner Auffassung wird das niederländische VUT von § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI erfasst. Es handele sich um eine dem bisherigen Arbeitseinkommen und dem deutschen Vorruhestandsgeld vergleichbare Leistung in Fortführung der Rechte aus dem vormaligen Arbeitsverhältnis. Der Gesetzgeber habe nicht eigens regeln müssen, dass gleichartige ausländische Einkünfte ebenfalls zu berücksichtigen seien. Dies ergebe sich zwingend aus Sinn und Zweck des § 34 Abs. 2 SGB VI, beim Überschreiten bestimmter Einkommensgrenzen die vorgezogene Altersrente ganz oder zum Teil entfallen zu lassen, weil dann im Gegensatz zur Regelaltersrente keine Sicherungslücke mehr vorliege. Mit Blick auf den Gleichbehand-

lungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) wären sonst die Bezieher ausländischer Vorruhestandsleistungen ungerechtfertigt begünstigt und es käme zu einer unzumutbaren und sozialpolitisch unerwünschten Belastung des deutschen Sozialversicherungssystems. Die Bestimmungen der EWGV 1408/71 würden die Anwendung nationaler Antikumulierungsvorschriften und die daraus resultierende Beschränkung des auf nationalem Recht beruhenden Anspruchs nicht verbieten. Deshalb führe auch Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 zu keinem anderen Ergebnis, da § 34 Abs. 2 SGB VI als eine nationale Antikumulierungsregelung anzusehen sei.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung von § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI a.F.: Die Argumentation des SG, mit der sich das LSG nur teilweise auseinandergesetzt habe, sei überzeugend. Zu Unrecht setze das LSG das niederländische VUT dem in § 34 Abs. 2 SGB VI erwähnten Vorruhestandsgeld gleich. Angesprochen seien nur Leistungen im engeren Sinne des deutschen Vorruhestandsgesetzes (VRG). Deshalb verstoße das LSG gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, wenn es – bei Vergleich mit einem deutschen Rentner, der deutsches Vorruhestandsgeld bezieht – einem Niederländer die auf deutschen Beiträgen beruhenden deutschen Rentenleistungen vorenthalte, obwohl für die Anrechnung des niederländischen VUT kein vernünftiger Grund bestehe, weil dessen Finanzierung allein im niederländischen System erfolgt sei. Die Gleichstellung verletze das Gemeinschaftsrecht der Europäischen Gemeinschaft (EU), denn § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI a.F. differenziere nicht zwischen inländischem und ausländischem Vorruhestandsgeld. Art. 12 Abs. 2 Satz 1 EWGV 1408/71 in der Fassung durch die EWGV 1248/92 i.V.m. Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 bestimme jedoch, dass eine Anrechnung von in einem anderen Mitgliedsstaat erworbenen Leistungen bzw. dort erzielten Einkünften nur dann erfolgen dürfe, wenn die innerstaatlichen Regelungen dies ausdrücklich vorsehen. Keinesfalls sei eine „gebietsneutrale“ Formulierung ausreichend. Zudem stelle § 34 Abs. 2 SGB VI a.F. in erster Linie auf zusätzlich zur Rente erzieltetes Einkommen aus einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit ab. Nur ausnahmsweise und vorübergehend – die Regelung sei mittlerweile aufgehoben und vom Gesetzgeber bewusst

Rechtsprechung

nicht verlängert worden – sei auch das deutsche Vorruhestandsgeld einbezogen worden. Dies sei jedoch atypisch, denn zu berücksichtigendes Einkommen aus einer abhängigen oder selbständigen Tätigkeit sei nur dasjenige neben der laufenden Rente, nicht jedoch Renten oder auch Vorruhestandsleistungen, die auf einer vormaligen und im Leistungszeitraum nicht mehr zu erbringenden Tätigkeit beruhen. Entsprechend sehe Art. 12 Abs. 3 EWGV 1408/71 lediglich „für den Fall einer beruflichen Tätigkeit“ durch den Leistungsempfänger vor, dass innerstaatliche Anrechnungsregelungen auch dann anwendbar seien, wenn „er diese Tätigkeit im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates ausübt“.....

Die Beklagte beantragt, die Revision des Klägers zurückzuweisen. Entgegen der Auffassung des Klägers werde jegliches Vorruhestandsgeld und nicht nur dasjenige im engeren Sinne des VRG von § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB VI a.F. erfasst. Zwar sei mit den Vorgängerregelungen der §§ 1248 Abs. 4 Reichsversicherungsordnung (RVO), 25 Abs. 4 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) und 48 Abs. 4 Satz 6 Reichsknappschaftsgesetz (RKG), geändert durch das Gesetz zur Erleichterung des Überganges vom Arbeitsleben in den Ruhestand vom 13. April 1984 (BGBl I 601), dessen Art. 1 das VRG enthalten habe, erstmals die Gleichstellung einer Beschäftigung gegen Entgelt mit dem Bezug von Vorruhestandsgeld erfolgt. Diese Gleichstellung unterliege aber weder der zeitlichen noch der inhaltlichen Begrenzung der Leistungen nach dem VRG.

§ 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI a.F. gelte auch für ausländische Vorruhestandsleistungen. Vor dem Hintergrund der Unterhaltersatzfunktion der vorgezogenen Altersrente sei nicht ersichtlich, weshalb ausländische Erwerbseinkünfte zu einer anderen rechtlichen Beurteilung führen sollten als z.B. von einem deutschen Arbeitgeber gezahltes Arbeitsentgelt. Für im Ausland bezogenes Vorruhestandsgeld, das mittels einer gesetzlichen Fiktion dem Arbeitsentgelt – ohne Zusatz- oder Ausnahmeregelung – gleichgestellt sei, müsse dies unter Beachtung des Gesetzeszweckes ebenso gelten, zumal das LSG zutreffend festgestellt habe, dass die niederländischen VUT-Leistungen in den wesentlichen Merkmalen dem deutschen Vorruhestandsgeld entsprächen.

Das LSG habe Europäisches Gemeinschaftsrecht nicht verletzt. Der Anrechnung stehe Art. 46a Abs. 3

Buchstabe a EWGV 1408/71 nicht entgegen. Es sei ausreichend, wenn die innerstaatliche Antikumulierungsvorschrift „gebietsneutral“ formuliert sei. Anders verhalte es sich bei der Anrechnung der in § 96a Abs. 3 SGB VI aufgeführten deutschen Lohnersatzleistungen. Nur insoweit sei es erforderlich gewesen, vergleichbare ausländische Lohnersatzleistungen gemäß § 96a Abs. 4 SGB VI einzubeziehen. Gleiches gelte für die eigens gemäß § 93 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB VI angeordnete Anrechnung vergleichbarer ausländischer Unfallrenten. Entsprechend diesem Verständnis regele dagegen auch § 96a Abs. 1 Satz 2 SGB VI die Anrechnung von Arbeitsentgelt oder -einkommen „gebietsneutral“. Soweit der Kläger sich darauf berufe, dass mittlerweile § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI gestrichen worden sei, übersehe er, dass § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB VI um die Formulierung „oder vergleichbares Einkommen“ ergänzt worden und somit das Vorruhestandsgeld nach wie vor erfasst sei.

Aus den Gründen:

Die zulässige Revision des Klägers ist im Sinne der Zurückverweisung, § 170 Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG), begründet. Zwar ist auch unter Beachtung europarechtlicher Normen nicht zu beanstanden, die niederländische VUT-Leistung als anspruchsschädlichen Hinzuverdienst anteilig zu berücksichtigen (1). Die Sache ist aber an das LSG zurückzuweisen, weil das LSG die individuellen Hinzuverdienstgrenzen nach § 34 Abs. 3 SGB VI in der für die Zeit vom 1. Januar 1992 bis 31. Dezember 1999 geltenden Fassung, bzw. diejenigen nach § 302 Abs. 5 SGB VI für den folgenden Zeitraum fehlerhaft festgestellt hat und ein Anspruch des Klägers auf eine Teilrente wegen Alters für langjährig Versicherte aus den deutschen Beiträgen nicht von vornherein auszuschließen ist (2).

1. a) Nach § 34 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn die für die jeweilige Rente erforderliche Mindestversicherungszeit (Wartezeit) erfüllt ist und die jeweiligen besonderen versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese konkretisiert § 36 SGB VI in der bis 31. Dezember 1999 geltenden Fassung hinsichtlich der streitigen (vorgezogenen) Altersrente für langjährig Versicherte dahingehend, dass die Versicherten das 63. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben müssen. Beiden Kriterien wird der Kläger

unstreitig gerecht. Der am 21. April 1935 geborene Kläger ist von der Anhebung der Altersgrenze für langjährig Versicherte nicht betroffen, vgl. § 236 Abs. 1 Satz 2 SGB VI. Zur Zeit der Antragstellung am 23. Juni 1998 hatte er bereits das 63. Lebensjahr vollendet und er hatte auch die erforderliche Wartezeit erfüllt. Denn zu den 81 Pflichtbeitragsmonaten zur deutschen knappschaftlichen Rentenversicherung in der Zeit vom 17. April 1957 bis zum 2. Januar 1964 sind nach Art. 45 Abs. 1 EWGV 1408/71 zur Feststellung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch die 496 Beitragsmonate zur niederländischen Rentenversicherung innerhalb und außerhalb des Bergbaus hinzuzurechnen. Bei der begehrten Rente handelt es sich also um eine sog. Vertragsrente – nach rein innerstaatlichen Bestimmungen würde schon wegen Nichterfüllung der Wartezeit kein Anspruch bestehen.

b) Der Anspruch auf eine Rente wegen Alters für langjährig Versicherte vor Vollendung des 65. Lebensjahres hängt außerdem nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB VI von den Einkünften ab, die dem Versicherten zusätzlich zur begehrten Rente zufließen (Hinzuverdienst). Je nach deren Höhe besteht ein (Stamm-)Recht auf Rente wegen Alters als Vollrente oder als Teilrente, die ein Drittel, die Hälfte oder zwei Drittel der Vollrente betragen kann, vgl. § 42 Abs. 1 und 2 SGB VI. Rentenschädlich ist nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB VI insbesondere Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen aus einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit, die zumindest „denkbar rentenversicherungspflichtig“ sein muss, wie das Bundessozialgericht (BSG) auch schon zu den Vorgängervorschriften entschieden hat (zum Ganzen vgl. BSG Urteil vom 4. Mai 1999 - B 4 RA 55/98 R - SozR 3-2600 § 34 Nr. 1 m.w.N.).

Kraft gesetzlicher Fiktion stellt § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI wie bereits die Vorgängerregelungen (vgl. § 25 Abs. 4 Satz 6 AVG, § 1248 Abs. 4 Satz 6 RVO und § 48 Abs. 4 Satz 6 RKG) dem Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung den Bezug von Vorruhestandsgeld gleich. Erst mit dem Hüttenknappschaftlichen-Zusatzversicherungs-Neuregelungs-Gesetz – HZvNG – vom 21. Juni 2002 (BGBl I 2167) wurden mit Wirkung ab 1. Januar 2003 – also nach dem hier maßgeblichen Zeitraum – die früheren Sätze 3 und 4 des § 34 Abs. 2 SGB VI zusammengefasst und die Fiktion durch die Formulierung „oder vergleichbares Einkommen“ ersetzt, womit in Re-

aktion auf das Urteil des BSG vom 4. Mai 1999 (a.a.O.) z.B. Abgeordnetenbezüge, die nach dieser Rechtsprechung kein Arbeitseinkommen i.S. des § 14 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) waren, zu berücksichtigen sind. In Bezug auf das Vorruhestandsgeld ist dadurch keine Rechtsänderung eingetreten, sodass es sich entgegen der Auffassung des Klägers auch insoweit nicht um „auslaufendes Recht“ handelt. Denn in den Gesetzesmaterialien ist klargestellt, dass das Vorruhestandsgeld mit der neuen Formulierung nach wie vor erfasst sei (BT-Drucks. 14/9442 S. 52 f), also jetzt zu den „vergleichbaren Einkommen“ zählt (zu diesem Begriff, der vordem bereits in § 18a Abs. 2 Satz 1 SGB IV verwendet wurde und das Vorruhestandsgeld umfasste, vgl. m.w.N. BSG Urteil vom 6. September 2001 – B 5 RJ 28/00 R - SozR 3-2400 § 18a Nr. 7). Konsequenterweise bleiben nach der Übergangsregelung des § 302 Abs. 6 SGB VI bei am 31. Dezember 2002 laufenden Altersrenten die neu einbezogenen „vergleichbaren Einkommen“ weiterhin anrechnungsfrei, jedoch ausdrücklich mit Ausnahme des Vorruhestandsgeldes, denn dieses war bereits nach dem bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Recht dem Erwerbseinkommen gleichgestellt. Die Neuregelung beschränkt sich demnach darauf, zusätzlich zum Vorruhestandsgeld weitere Einkünfte zu erfassen.

c) Die niederländische VUT-Leistung ist auf der Grundlage der tatsächlichen Feststellungen des LSG „Vorruhestandsgeld“ i.S. des § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI und als Hinzuverdienst zu berücksichtigen.

Was § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI mit „Vorruhestandsgeld“ meint, ergibt sich aus den Regelungen des VRG vom 13. April 1984 (BGBl I 601, zuletzt geändert durch Art. 41 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl I 2954), insbesondere dessen § 2, sowie den flankierenden Regelungen über die Versicherungspflicht (nunmehr § 5 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <SGB V>, § 3 Satz 1 Nr. 4 SGB VI); außerdem ist § 142 Abs. 4 (ursprünglich § 142 Abs. 5) Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) zu beachten, der den Bezug von Arbeitslosengeld neben dem Bezug von Vorruhestandsgeld oder einer vergleichbaren Leistung in Höhe von mindestens 65 v.H. des Bemessungsentgelts ausschließt. Demnach ist Vorruhestandsgeld eine der Sicherung des Lebensunterhalts dienende laufende Leistung des früheren Arbeitgebers oder gemeinsamer

Rechtsprechung

Einrichtungen (vgl. § 2 Abs. 2, § 8 VRG), die im Anschluss an das vereinbarte Ende des Beschäftigungsverhältnisses (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 VRG) auf Grund eines Tarifvertrages oder einer individuellen Vereinbarung in der Regel bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird. Die Versicherungspflicht zur Kranken- und Rentenversicherung unterstreicht die Vergleichbarkeit zum Arbeitseinkommen. Denn Vorruhestandsgeld wird in Nachwirkung des Arbeitsverhältnisses und basierend auf den daraus abgeleiteten vormaligen Rechten und Pflichten erbracht. Es kommt deshalb auch nicht auf die Bezeichnung an, sodass z.B. Anpassungsgeld, Überbrückungsgeld, Übergangsgeld, vorgezogenes Ruhegeld, vorgezogene Betriebsrente oder deren Kombination rechtlich Vorruhestandsgeld sein können (vgl. BSG Urteil vom 6. September 2001 - B 5 RJ 28/00 R - SozR 3-2400 § 18a Nr. 7).

Um Leistungen, die auf Grund des VRG bezuschusst werden, braucht es sich nicht zu handeln. Das VRG sieht vor, dass Arbeitgeber oder Ausgleichskassen Zuschüsse zu Vorruhestandsleistungen an ältere Arbeitnehmer erhalten konnten, wenn die näheren Voraussetzungen vor dem 1. Januar 1989 erfüllt waren (vgl. § 14 VRG). Die ebenfalls im Jahre 1984 eingeführte Versicherungspflicht der Bezieher von Vorruhestandsgeld in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung besteht jedoch nach dem praktischen Auslaufen der Zuschussregelungen des VRG unter den dort normierten Voraussetzungen weiter. Der Bezug von Vorruhestandsgeld führt deshalb unabhängig vom zeitlichen Geltungsbereich des VRG und unabhängig von der Zuschussberechtigung des Arbeitgebers zum Ruhen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nach § 118b AFG (vgl. m.w.N. BSG Urteil vom 26. November 1992 - 7 RAR 46/92 - BSGE 71, 265 = SozR 3-4100 § 118b Nr. 1). Diese Rechtslage führt das SGB III fort, denn nach § 142 Abs. 4 SGB III (früher § 142 Abs. 5 SGB III) ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld auch während der Zeit, für die der Arbeitslose wegen seines Ausscheidens aus dem Erwerbsleben Vorruhestandsgeld oder eine vergleichbare Leistung mindestens in Höhe von 65 v.H. des Bemessungsentgelts bezieht. Die bereits erwähnte Übergangsregelung des § 306 Abs. 6 SGB VI aus dem Jahre 2002, die allenfalls zwei Jahre zurückliegende Rentenneuzugänge begünstigt, bestätigt ebenfalls, dass im Rahmen des § 34 Abs. 2 SGB VI der rechtstechni-

sche Begriff „Vorruhestandsgeld“ nicht an den zeitlichen Anwendungsbereich des VRG und die danach gewährten öffentlich-rechtlichen Zuschüsse geknüpft sein kann.

Die von der holländischen Stiftung Betriebsrentenfonds für den gewerblichen Straßen-Güterverkehr gewährten VUT-Leistungen sind „Vorruhestandsgeld“ i.S. des § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB VI, auch wenn es sich um ausländische Einkünfte handelt. Denn sie wurden nach den Feststellungen des LSG auf tarifvertraglicher Grundlage im Anschluss an die Beendigung des Arbeitsverhältnisses bis zum Beginn der (holländischen) Altersrente gezahlt, führten das bisherige Erwerbseinkommen in ausreichender Höhe fort, unterlagen nach den vorgelegten Abrechnungsunterlagen der Versicherungs- und Beitragspflicht in der holländischen Renten- und Krankenversicherung und waren schließlich auch in den Niederlanden lohnsteuerpflichtig. Dass das Vorruhestandsgeld im Ausland gezahlt wurde, ist wegen der Vergleichbarkeit mit Arbeitseinkommen unerheblich. Die rentenmindernde Anrechnung von laufendem Einkommen aus einer ausländischen Erwerbstätigkeit hat die Rechtsprechung im Rahmen der Entscheidung über die Art und Weise der Währungsumrechnung als selbstverständlich angesehen (vgl. BSG Urteile vom 9. November 1982 - 11 RA 2/82 - BSGE 54, 169 = SozR 2200 § 1248 Nr. 38 und vom 12. September 1984 - 4 RJ 11/83 - AmtlMitt LVA Rheinpr 1985, 189). Dass der Gesetzgeber in § 96a Abs. 4 SGB VI ausdrücklich vergleichbare Lohnersatzleistungen i.S. des Abs. 3 (Krankengeld, Übergangsgeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld aus der Unfallversicherung) einer Stelle im Ausland in die dortige Anrechnungsregelung einbezogen hat und in § 93 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB VI ausdrücklich auch die Anrechnung „vergleichbarer“ ausländischer Unfallrenten vorgesehen ist, spricht entgegen der Auffassung des SG und des Klägers nicht für die Beschränkung des § 34 Abs. 2 SGB VI auf inländische Einkünfte. Die genannten Parallelvorschriften verwenden Begriffe des deutschen Sozialleistungsrechts, deren Anwendung auf ausländische Sozialleistungen ohne entsprechende Anordnung zumindest zweifelhaft wäre. Derartige Zweifel sind bei den „gebietsneutralen“ Begriffen des Arbeitseinkommens und des Arbeitseinkommens nicht angebracht, weil sie keinen Bezug zu einem bestimmten Rechtssystem auf-

weisen. Da das Vorruhestandsgeld nach dem Willen des Gesetzgebers im Rahmen der Hinzuverdienstregeln wie Arbeitsentgelt behandelt werden soll, sind ausländische Vorruhestandsleistungen den inländischen ebenso gleichgestellt wie inländische und ausländische Erwerbseinkünfte. Insoweit verweist die Verwendung des Begriffs aus dem deutschen Recht – ähnlich wie beim Arbeitsentgelt – auf den zu Grunde liegenden Sachverhalt und nicht auf die spezifische rechtliche Zuordnung oder Benennung. Mit der Erfassung des Vorruhestandsgeldes als „vergleichbares Einkommen“ nach dem ab dem 1. Januar 2003 geltenden Recht, die insoweit keine Änderung der früheren Rechtslage darstellt, wird das Gebot einer nicht auf die Bezeichnung abstellenden Auslegung noch deutlicher.

d) Europarechtliche Regelungen stehen dem, wie das LSG im Ergebnis richtig entschieden hat, nicht entgegen.

Die vorliegende Konstellation ist von Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 erfasst, sodass es nicht darauf ankommt, dass dasselbe Ergebnis trotz der erwähnten Nähe des Vorruhestandsgeldes zum Arbeitsentgelt auf eine Analogie zu Art. 12 Abs. 3 EWGV 1408/71 wohl nicht gestützt werden könnte. Gegenüber der generellen Gleichstellung von im EU-Ausland erzielten oder begründeten Einkünften, wie sie in Art. 12 Abs. 2 EWGV 1408/71 bei der Anwendung von innerstaatlichen Antikumulierungsvorschriften angeordnet wird, genießt kraft ausdrücklichen Vorbehalts die jüngere, mit Wirkung vom 1. Juni 1992 eingeführte, spezielle Regelung des Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 den Vorrang. Danach dürfen im Fall des Zusammentreffens von Leistungen (hier der deutschen vorgezogenen Altersrente) mit „sonstigen Einkünften“ (hier dem niederländischen VUT) die in einem anderen Mitgliedsstaat erzielten Einkünfte nur berücksichtigt werden, „wenn die Rechtsvorschriften des ersten Mitgliedstaates die Berücksichtigung solcher im Ausland ... erzielter Einkünfte vorsehen“. Diese Regelung setzt die Rechtsprechung des EuGH zu Art. 12 EWGV 1408/71 um, wonach das Koordinierungsrecht der Gemeinschaft selbst keine Kürzungsregelungen eines bereits innerstaatlich bestehenden Anspruchs enthalten darf (st.Rspr. seit dem Urteil Petroni vom 21. Oktober 1975 - 24/75 – EuGHE 1975, 1149 = SozR 6050 Art. 46 Nr. 1), denn solche zu erlassen ist allein Sache des in-

nerstaatlichen Gesetzgebers. Vor diesem Hintergrund soll durch Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 vor allem ausgeschlossen werden, das Gemeinschaftsrecht i.S. einer Erweiterung von nationalen Antikumulierungsvorschriften auf ausländische Sachverhalte auszulegen, als die es früher teilweise verstanden wurde; die Vorschrift hat nicht zum Ziel, besondere formale Voraussetzungen für die Vorschriften der Mitgliedsstaaten über die Kürzung von Leistungen bei ausländischen Einkünften aufzustellen.

Aus der Formulierung, die Berücksichtigung der im Ausland erzielten „Einkünfte“ müsse innerstaatlich „vorgesehen“ sein, ist infolgedessen keinesfalls abzuleiten, dass dies ausdrücklich (*expressis verbis*) zu geschehen habe, wie das SG und der Kläger meinen. Auch ist es wegen der grundsätzlichen Kompetenzzuweisung keine Frage des Gemeinschaftsrechts, ob eine innerstaatliche Norm die Anrechnung ausländischer Einkünfte „vorsieht“. Vielmehr ist die Anwendung des Gemeinschaftsrechts im Einzelfall – d.h. ob hier § 34 Abs. 2 SGB VI als Bestimmung i.S. des Art. 46a Abs. 3 Buchstabe a EWGV 1408/71 anzusehen ist – in erster Linie Sache des nationalen Gerichts. Es ist, wie der EuGH formuliert, dessen Aufgabe, bei der Rechtsfindung „die Bestimmungen des nationalen Rechts im Hinblick auf eine Norm des Gemeinschaftsrechts zu qualifizieren“. Allerdings können sich aus der Rechtsprechung des EuGH „Hinweise zur Auslegung des Gemeinschaftsrechts“ ergeben, die ihm „bei der Beurteilung dieser Bestimmungen nützlich sein könnten“ (z.B. Urteil Coenen vom 24. September 1987 - 37/86 - EuGHE 1987, 3589 = SozR 6050 Art. 12 Nr. 16). Indes wäre die unterschiedliche Behandlung von Wanderarbeitnehmern je nach dem, ob sie Vorruhestandsgeld aus Deutschland oder eine in allen wesentlichen Punkten vergleichbare Arbeitgeberleistung aus dem Ausland beziehen, auch unter europarechtlichen Aspekten problematisch. Infolgedessen und mit Rücksicht auf die dargestellte Zielsetzung des Art. 46a EWGV 1408/71 hegt der Senat keine Zweifel an der Reichweite des Gemeinschaftsrechts, die Anlass geben könnten, den EuGH im ange deuteten Sinne vorab um eine Entscheidung zu ersuchen.

2. Das LSG hat die individuellen Hinzuverdienstgrenzen des Klägers unzutreffend ermittelt und hat deshalb die entsprechenden Feststellungen nachzuholen.

Rechtsprechung

a) Die für die Altersvollrente und die drei möglichen Teilrenten maßgeblichen Hinzuverdienstgrenzen sind hinsichtlich des streitigen Leistungszeitraums vom Juni 1998 bis April 2000 zunächst § 34 Abs. 3 SGB VI in der bis 31. März 1999 bzw 31. Dezember 1999 geltenden Fassung zu entnehmen. Die Änderung des Absatz 3 durch das Rentenreformgesetz (RRG) 1999 vom 16. Dezember 1997 (BGBl I 2998) und das Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24. März 1999 (BGBl I 388) mit Wirkung vom 1. April 1999 bzw 1. Januar 2000, welche die Hinzuverdienstgrenze bei der Vollrente ab 1. April 1999 einheitlich auf 630 Deutsche Mark festgeschrieben und den Berechnungsmodus der individuellen Hinzuverdienstgrenzen für die Teilrenten ab 1. Januar 2000 geändert haben, ist nur hinsichtlich der Hinzuverdienstgrenze für die Vollrente zu beachten. Denn bereits durch das RRG 1999 war dem § 302 SGB VI mit Wirkung ab 1. Januar 2000 ein Absatz 5 angefügt worden, der als Sonderregelung (vgl. § 300 Abs. 5 SGB VI) für diejenigen Versicherten, die am 31. Dezember 1999 einen Anspruch auf Rente wegen Alters vor Vollendung des 65. Lebensjahres hatten, die Hinzuverdienstgrenze für die Teilrente wegen Alters „im Laufe eines jeden Kalenderjahres seit Rentenbeginn für diese Rente“ unter wörtlicher Übernahme der bisherigen Regelung des § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI auf Dauer festschrieb (vgl. zum Übergangsrecht Klattenhoff in Hauck/Noftz, Komm. SGB VI, Stand März 2003, K § 34 RdNr. 54).

Nach § 34 Abs. 3 Nr. 1 SGB VI in der bis 31. März 1999 geltenden Fassung war die Hinzuverdienstgrenze bei einer Rente wegen Alters als Vollrente ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße, § 18 SGB IV, ab dem 1. April 1999 war sie bis zum Ende des streitgegenständlichen Zeitraums auf 630 Deutsche Mark festgeschrieben. Gemäß § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI in der bis 31. Dezember 1999 geltenden Fassung, bzw anschließend nach § 302 Abs. 5 SGB VI beträgt die Hinzuverdienstgrenze bei einer Rente wegen Alters als Teilrente von einem Drittel der Vollrente das 70-fache, der Hälfte der Vollrente das 52,5-fache, zwei Dritteln der Vollrente das 35-fache des aktuellen Rentenwerts (§ 68 SGB VI), vervielfältigt mit den Entgeltpunkten <EP> (§ 66 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 SGB VI) des letzten Kalenderjahres vor Beginn der ersten Rente wegen Alters, mindestens jedoch mit 0,5 EP.

Mit Rücksicht auf die genannten festen Grenzbeiträge scheidet ein Anspruch auf eine vorgezogene Vollrente wegen Alters nach den Feststellungen des LSG aus, da die niederländische VUT-Leistung mit anfangs knapp 4.200 DM ungeachtet möglicher Schwankungen im gesamten maßgeblichen Zeitraum die Hinzuverdienstgrenze von einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße zwischen 610 und 630 DM übersteigt, sodass die Verdoppelung dieser Grenze für zwei Monate im Jahr nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ebenfalls außer Betracht bleiben kann. Dabei kommt es auch nicht darauf an, ob der anrechenbare Betrag des Vorruhestandsgeldes nach Art. 46c Abs. 2 EWGV 1408/71 im Verhältnis der in Deutschland und in den Niederlanden vom Kläger zurückgelegten Versicherungszeiten (pro rata temporis) zu mindern ist, denn dieselbe Minderung müsste für den Grenzbetrag gelten, sodass sich am Verhältnis der beiden Werte zueinander nichts ändern würde.

Ob die VUT des Klägers auch die drei Hinzuverdienstgrenzen für die Teilrenten überschritten hat, lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen, weil der dabei zu berücksichtigende individuelle Faktor in Form der persönlichen EP entgegen der Auffassung der Vorinstanz für den Kläger nicht mit dem gesetzlichen Mindestwert angesetzt werden darf. Die Verdienstgrenzen für die Teilrenten werden mittels dreier Multiplikatoren errechnet – dem feststehenden Teilrentenfaktor (70, 52,5 und 35), dem im Takt der Rentenanpassungen variablen, aber generellen aktuellen Rentenwert sowie den individuellen EP, die der Versicherte im letzten Kalenderjahr vor Beginn der ersten Rente wegen Alters erworben hat. Die drei so gebildeten Grenzwerte entsprechen einer fiktiven und dynamisierungsfähigen Regelaltersrente berechnet mit 70, 52,5 oder 35 Versicherungsjahren und dem im Kalenderjahr vor dem Rentenbeginn erzielten Arbeitsentgelt. Die drei Teilrentenfaktoren korrespondieren mit dem Sicherungsziel der Teilrenten, die einen abgestuften Ausgleich für das entgangene bisherige Erwerbseinkommen schaffen sollen. Die Anknüpfung an die zuletzt erworbenen EP sowie den aktuellen Rentenwert führt den individuellen letzten wirtschaftlichen Status des Versicherten (seine „Rangstelle“) in pauschaler Form fort, soweit dieser wegen der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung berücksichtigt wird. Insgesamt handelt es sich, wie das BSG zu den weitgehend parallel ausge-

stalteten Hinzuverdienstgrenzen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bereits entschieden hat, um eine ausgewogene, den Anforderungen einer Massenverwaltung genügende Anspruchsbegrenzung, die auch unter verfassungsrechtlichem Aspekt als zulässige Inhalts- und Schrankenbestimmung des eigentumsgeschützten Rechts auf Rente i.S.d. Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG nicht zu beanstanden ist (vgl. m.w.N. BSG Urteil vom 28. April 2004 - B 5 RJ 60/03 R - SozR 4-2600 § 313 Nr. 3).

b) Beklagte und LSG haben die Hinzuverdienstgrenzen für die Teilrenten wegen Alters mit Hilfe der Auffangregelung des § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI berechnet, wonach der individuelle Multiplikator mindestens 0,5 EP beträgt, und sind so beispielsweise für die Zeit bis zum 30. Juni 1998 auf Grund des damaligen aktuellen Rentenwerts von 47,44 und der festen Faktoren von 70, 52,5 bzw. 35 für die Teilrente von einem Drittel der Vollrente auf DM 1.660,40, für die Teilrente von der Hälfte der Vollrente auf DM 1.245,30 und für die Teilrente von zwei Dritteln der Vollrente auf DM 830,20 gekommen. Durch die niederländische VUT-Leistung von damals umgerechnet DM 4.192,02 würden die so ermittelten Hinzuverdienstgrenzen sämtlich überschritten. Die Berechnung ist jedoch fehlerhaft, weil die Auffangregelung des § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI nur dann greift, wenn die „Entgeltpunkte (§ 66 Abs. 1 Nr. 1 bis 3) des letzten Kalenderjahres vor Beginn der ersten Rente wegen Alters“ nicht den Mindestwert von 0,5 erreichen. Im Falle des Klägers können jedoch EP i.S. der Legaldefinition des § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI ermittelt werden, die den Mindestwert übersteigen.

Die Ermittlung der EP anhand der in den Niederlanden zurückgelegten Rentenversicherungszeiten scheidet allerdings in diesem Zusammenhang aus, denn wegen der Bezugnahme auf § 66 SGB VI können nur innerstaatliche EP angesprochen sein. EP für ausländische Versicherungszeiten, auch in einem Mitgliedsstaat der EU, sind bereits vom Wortlaut nicht erfasst, denn es handelt sich um eine Rechengröße des deutschen Rentenrechts. EP können auch nicht über die Gleichstellungsregelung des Art. 45 Abs. 1 EWGV 1408/71 fiktiv ermittelt werden, denn diese bezieht sich nur auf Versicherungs- oder Wohnzeiten, nicht aber auf die für die Ermittlung der EP allein maßgeblichen innerstaatlichen beitragspflichtigen Einnahmen (so im Ergebnis auch

Grotzer, DRV 1993, 67, 80 ff; Klattenhoff in Hauck/Noftz, Komm. SGB VI, Stand März 2003, K § 34 RdNr. 45). Nichts anderes ergibt sich aus den Berechnungsvorschriften der EWGV 1408/71. Zwar würde eine Rente des Klägers aus der deutschen Rentenversicherung zunächst so berechnet, als hätte er sämtliche Versicherungszeiten in Deutschland zurückgelegt, und erst im zweiten Schritt im Verhältnis der deutschen Versicherungszeiten pro rata temporis gekürzt. Die dabei erforderliche Bewertung der später zurückgelegten Zeiten orientiert sich jedoch nicht an dem in den Niederlanden tatsächlich erzielten Verdienst, sondern an dem Durchschnitt der früher in Deutschland erworbenen EP (vgl. Art. 46 Abs. 2 Buchstabe a, Art. 47 Abs 1 Buchstabe c EWGV 1408/71).

Dennoch darf der Kläger nicht so behandelt werden, als habe er im „letzten Kalenderjahr“ vor Rentenbeginn überhaupt keine EP aufzuweisen. Zumindest bei Wanderarbeitnehmern innerhalb der EU verweist die Bestimmung auf die EP des letzten in der deutschen Rentenversicherung zurückgelegten Kalenderjahres vor dem Rentenbeginn. Eine andere Auslegung der Vorschrift würde Versicherte wie den Kläger europarechtswidrig benachteiligen.

Der Wortlaut der Bestimmung ist nicht eindeutig. Dabei geht es um die Frage, ob vorrangig das letzte Kalenderjahr mit EP angesprochen ist und auf andere Zeiträume erst dann zurückgegriffen werden darf, wenn überhaupt keine berücksichtigungsfähigen EP vorhanden sind (etwa bei durchgeführtem Versorgungsausgleich, vgl. den in § 34 Abs. 3 Nr. 2 nicht genannten § 66 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI), oder ob der Begriff des Kalenderjahrs als solcher im Vordergrund steht und der Zeitraum vor dem Rentenbeginn unabhängig von seiner versicherungsrechtlichen Qualität gemeint ist. Die Bezugnahme auf einen Mindestwert spricht ebenso wie der Hinweis auf das „versicherte Entgelt“ in den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks. 11/4124 S. 161) dafür, dass dem Gesetzgeber vor allem Fallgestaltungen vorschwebten, in denen dem Mindestwert tatsächlich erworbene EP gegenüberzustellen sind. Selbst wenn mit der Regelung eine Anknüpfung an den zuletzt erreichten, rentenversicherungsrechtlich abgesicherten

Status bezweckt werden sollte, ist dadurch keine Auslegung geboten, die Versicherte mit einer einjährigen (seit dem 1. Januar 2000: dreijährigen) Lücke im

Rechtsprechung

Versicherungsverlauf massiv benachteiligen würde, indem die Hinzuverdienstgrenzen im Durchschnitt halbiert und im Extremfall auf ein Viertel gesenkt würden. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Mindestfaktor von 0,5 nicht nur eine Rechengröße zur Gewinnung dynamisierungsfähiger Grenzwerte darstellt, sondern außerdem das Fehlen von EP just im Kalenderjahr vor dem Rentenbeginn – unter Umständen mit vollständigem Rentenwegfall – sanktionieren soll. Das Gegenargument, es komme auf die Fortschreibung der wirtschaftlichen Situation unmittelbar vor dem Rentenbezug an, überzeugt den Senat nicht, weil der zeitliche Zusammenhang beim Beginn einer zweiten Altersrente ebenso wenig gewahrt bleibt und weil die spätere Berücksichtigung eines früher einmal erreichten Status auch sonst dem Rentenversicherungsrecht keineswegs fremd ist.

Bei dieser Betrachtungsweise ist dem Verweis auf die EP des letzten Kalenderjahres kein anderer Zweck zu entnehmen, als das vor Rentenbeginn erreichte versicherungspflichtige Verdienstniveau (die „Rangstelle“) ebenso wie bei der Rentenberechnung in die Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen einfließen zu lassen. Ob der Multiplikator dem Kalenderjahr unmittelbar vor dem ersten Rentenbeginn oder – bei Unterbrechungen – einem vorangegangenen Kalenderjahr entnommen wird, ist dann von untergeordneter Bedeutung. Denn wegen der Verknüpfung mit dem Einkommensniveau aller Versicherten bleibt die darin zum Ausdruck kommende Wertrelation auch bei Unterbrechungen erhalten. Dabei kommt die Heranziehung des letzten Kalenderjahres mit EP statt eines anderen Zeitraums oder eines Durchschnittswertes in der Regel dem Versicherten zugute, weil er in dieser Zeit häufig die im Vergleich zum Durchschnitt höchsten versicherungspflichtigen Einkünfte erzielt; ob der möglicherweise ungünstigere Grenzwert bei atypischem Versicherungsverlauf eine verfassungswidrige Benachteiligung darstellt, kann hier ebenso offen bleiben wie im schon erwähnten Urteil des 5. Senats vom 28. April 2004 (B 5 RJ 60/03 R - SozR 4-2600 § 313 Nr. 3). Jedenfalls würde es der Bewertung der Gesamtregelung als „Übersicherungseinwand“ (dazu: BSG Urteil vom 31. März 1998 - B 4 RA 49/96 R - BSGE 82, 83 = SozR 3-2600 § 93 Nr. 7 S. 49 f) widersprechen, bei der Ermittlung des Ausgangswerts für die Prüfung einer möglichen Übersicherung ausgerechnet

einen Zeitraum zu Grunde zu legen, in dem der Betroffene vorübergehend gerade nicht rentenversichert war. Bei alledem können Gründe der Verwaltungspraktikabilität keine Rolle spielen, denn die maßgeblichen EP müssen unabhängig von ihrer zeitlichen Lage vom Rentenversicherungsträger erfasst worden sein und im Rentenbescheid ausgewiesen werden.

In dieser Auslegung wären Lücken im Versicherungsverlauf grundsätzlich nicht zu berücksichtigen; im Falle des Klägers wäre auf die deutschen, vor seiner Erwerbstätigkeit in den Niederlanden erworbenen, EP zurückzugreifen. Die Anwendung des Mindestfaktors von 0,5 wäre nur gerechtfertigt, wenn die im letzten Kalenderjahr in Deutschland (1963) zurückgelegte Versicherungszeit weniger EP erbracht hätte. Der Senat lässt jedoch ausdrücklich dahingestellt, ob die dargelegten Gründe ausreichen, § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI generell im aufgezeigten Sinne auszulegen. Die vor einer Versicherungslücke zuletzt erworbenen EP sind jedenfalls dann für die Hinzuverdienstgrenze maßgeblich, wenn die Lücke wie beim Kläger durch die Verlagerung der Erwerbstätigkeit in einen anderen EU-Mitgliedsstaat entstanden ist. Entsprechend dem in Art 42 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in der Fassung des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997 (EG – früher Art. 51 EGVtr - Neufassung veröffentlicht in: BGBl II 1998, 387) festgelegten Grundsatz, dass dem Versicherten durch die Wanderbewegung innerhalb der Gemeinschaft jedenfalls bei der Rentenberechnung keine Nachteile erwachsen sollen, gebietet das Gemeinschaftsrecht, wie aufgezeigt, ausländische Versicherungszeiten bei der Feststellung der deutschen Vertragsrente nicht nur zu berücksichtigen, sondern sie auch mit dem Durchschnitt der in Deutschland erworbenen EP zu bewerten. Mit dieser Grundkonzeption wäre es unvereinbar, den Wanderarbeitnehmer bei der Ermittlung der Hinzuverdienstgrenzen so zu behandeln, als hätte er zuletzt überhaupt keine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, und ihm nur den minimalen Hinzuverdienst nach dem Mindestfaktor 0,5 zu erlauben (a.A. Grotzer, DRV 1993, 67, 80 ff; Klattenhoff in Hauck/Noftz, Komm. SGB VI, Stand März 2003, K § 34 RdNr. 45). Es führte zu einer nicht hinnehmbaren und nach Art. 3 Abs. 1 EWGV 1408/71 sowie Art. 12 EG (früher Art. 6 EGVtr) verbotenen Diskriminierung des Wanderarbeitnehmers in-

nerhalb der Gemeinschaft, bei der Rentenberechnung zunächst die gesamte Versicherungsbiografie zu berücksichtigen, die Hinzuverdienstgrenzen dann aber auf einen Mindestwert herabzusetzen, weil der Versicherte zuletzt im EU-Ausland versichert war, und die Rente mit Rücksicht auf ausländische Einkünfte zu versagen, die letztlich auf der im Ausland ausgeübten Beschäftigung beruhen, während ein Versicherter mit vergleichbaren Einkünften und einer vergleichbaren, aber durchgehend deutschen Versicherungsbiografie die deshalb höheren Hinzuverdienstgrenzen nicht überschreiten würde. Da § 34 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI eine Auslegung zulässt, die dieses europarechtswidrige Ergebnis vermeidet, ist die Vorschrift jedenfalls bei Wanderarbeitnehmern im aufgezeigten Sinne anzuwenden.

Beim Kläger, dessen versicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland im Januar 1964 endete, ist infolgedessen auf die im Kalenderjahr 1963 in der deutschen Rentenversicherung erworbenen EP abzustellen. Dieser Wert ist vom LSG zu ermitteln, wobei auf den mittlerweile vorliegenden Regelaltersrentenbescheid zurückgegriffen werden kann. Die Hinzuverdienstgrenzen für die vorgezogenen Teilrenten wegen Alters sind mit diesem Wert hinsichtlich des gesamten streitgegenständlichen Zeitraums zu bilden, d.h. mit jeder Anpassung des aktuellen Rentenwertes neu.

c) Den so ermittelten Hinzuverdienstgrenzen sind die jeweiligen ebenfalls zu ermittelnden niederländischen VUT-Leistungen gegenüberzustellen, wobei ein zweimaliges Überschreiten um einen Betrag bis zur

Höhe der Hinzuverdienstgrenze im Laufe eines Kalenderjahres die Rente nicht mindert. Die Umrechnung pro rata temporis nach Maßgabe des Art. 46c EWGV 1408/71 würde auch hier für beide Vergleichswerte gelten, sodass sich dadurch an deren Verhältnis und somit am Ergebnis nichts ändern würde. Erst dann kann entschieden werden, ob und für welche Zeiträume und mit welcher Quote (1/3, 1/2, 2/3) dem Kläger eine Teilrente wegen Alters bei langjähriger Versicherung zusteht. Da keinesfalls die Vollrente zu gewähren ist, muss zusätzlich eine eventuelle Anrechnungsbeschränkung durch Art. 46 Abs. 3 Buchstabe d EWGV 1408/71 beachtet werden. Darin wird die Minderung des deutschen Rentenanspruchs auf den Betrag begrenzt, den der Kläger in den Niederlanden bezieht. Allerdings erreicht die Rentenminderung keinesfalls die volle VUT-Leistung, sodass ihr insofern das Europarecht nicht entgegenstehen würde. Sollte sie jedoch den im Verhältnis der deutschen Versicherungszeit pro rata temporis errechneten Teilbetrag der VUT-Leistung überschreiten, wäre zu klären, ob Art. 46a Abs. 3 Buchstabe d EWGV 1408/71 die Anrechnung des vollen Betrags zulässt oder auf den Prorata-Betrag begrenzt. Da nach dem derzeitigen Stand der Sachaufklärung nicht abzusehen ist, ob der Anspruch des Klägers von dieser Frage abhängt, wird sie erst zu entscheiden sein, wenn die hierfür relevanten Zahlen vorliegen (vgl. BSG Urteil vom 24. September 1996 - 1 RK 26/95 - SozR 3-2500 § 30 Nr. 8 S. 34 f).

Die Kostenentscheidung bleibt dem Endurteil vorbehalten.

Statistiken

Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland im Monat Mai 2005

Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

Versicherung	Rente			Rehabilitation
	a) Rentenanträge	b) Auskunftersuchen Familiengericht / Sonstige	c) Rentenbestand	
Eingänge	30.624	7.836	1.856	7.103
Erledigungen	30.138	9.533	1.731	7.061
Bestand	60.390	22.061	7.952	= 1.395.161

Rentenzugänge Inland

aufgeteilt nach Leistungsarten

Rente wegen Berufsunfähigkeit (LEAT 14)	3	Altersrente wegen Arbeitslosigkeit (LEAT 17)	397
Rente wegen teilw. Erwerbsminderung (LEAT 74)	119	Altersrente für Frauen (LEAT 18)	291
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (LEAT 15)	1	Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige, Erwerbsunfähige (LEAT 62)	301
Rente wegen voller Erwerbsminderung (LEAT 75)	1.031	Altersrente für langjährig Versicherte (LEAT 63)	182
Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren (LEAT 43)	1	Kleine Witwen-/Witwerrente (LEAT 20)	28
Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren (LEAT 76)	109	Große Witwen-/Witwerrente (LEAT 21)	1.498
Erziehungsrente (LEAT 45)	12	Halbwaisenrente (LEAT 25)	254
Regelaltersrente (LEAT 16)	1.650	Vollwaisenrente (LEAT 26)	22

Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland im Monat Juni 2005**Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation**

Versicherung	Rente			Rehabilitation
	a) Rentenanträge	b) Auskunftersuchen Familiengericht / Sonstige	c) Rentenbestand	
Eingänge	33.341	9.153	2.102	–
Erledigungen	33.777	10.360	2.013	
Bestand	59.944	20.854	8.039	= 1.394.437

Rentenzugänge Inland**aufgeteilt nach Leistungsarten**

Rente wegen Berufsunfähigkeit (LEAT 14)	4	Altersrente wegen Arbeitslosigkeit (LEAT 17)	438
Rente wegen teilw. Erwerbsminderung (LEAT 74)	100	Altersrente für Frauen (LEAT 18)	292
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (LEAT 15)	5	Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige, Erwerbsunfähige (LEAT 62)	344
Rente wegen voller Erwerbsminderung (LEAT 75)	1.348	Altersrente für langjährig Versicherte (LEAT 63)	190
Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren (LEAT 43)	–	Kleine Witwen-/Witwerrente (LEAT 20)	48
Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren (LEAT 76)	122	Große Witwen-/Witwerrente (LEAT 21)	1.592
Erziehungsrente (LEAT 45)	14	Halbwaisenrente (LEAT 25)	316
Regelaltersrente (LEAT 16)	2.124	Vollwaisenrente (LEAT 26)	27

Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen (EURO-Beträge) von versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern Ist-Monat April 2005

	AOK Rheinland	IKK Nordrhein	Betriebskranken- kassen	Ersatzkassen	Gesamtsumme
Beitragseinnahmen der LVA insgesamt	165.552.316,54	23.119.688,47	201.478.577,44	41.354.017,18	431.504.599,63
darin enthalten:					
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Krankengeld	1.628.271,93	401.263,57	2.085.895,47	450.082,68	4.565.513,65
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Verletztengeld	172.952,52	56.837,35	145.888,18	0,00	375.678,05
• Zinsauskehrung § 28 I Abs. 2 SGB IV	7.808,20	478,61	7.510,89	1.275,17	17.072,87
• Beiträge für Pflegepersonen	1.570.606,55	231.545,20	696.555,11	221.394,05	2.720.100,91
• Säumniszuschläge	140.132,78	25.008,54	179.380,68	57.873,83	402.395,83
• Beiträge für versicherungspflichtige Arbeitnehmer	162.032.544,56	22.394.555,20	198.363.347,11	40.623.391,45	423.413.838,32
durch Krankenkasse einbehalten:	0,00	0,00	38.391,06	0,00	38.391,06
• Einzugsvergütung	0,00	0,00	10,00	0,00	10,00
• Überweisungsgebühren	0,00	0,00	10,00	0,00	10,00
• KV Beiträge für Rehabilitanden	485.848,94	209.863,01	257.570,04	40.260,91	993.542,90
• Pflegeversicherungsbeitrag für Rehabilitanden	91.693,00	25.797,04	32.380,78	4.650,05	154.520,87
Sonst. Verrechnungen/ Übergangsgelder	0,00	0,00	-1.230,03	3,00	-1.227,03
Überweisungen an LVA	164.974.774,60	22.884.028,42	201.151.455,59	41.309.103,22	430.319.361,83

406

Beitragseinnahmen von Handwerkern, antragspflichtig versicherten Selbstständigen – Monat April 2005

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Einkommens- gerechter Beitrag	Halber Regelbeitrag	Allein- handwerker	
Handwerker	7.207	2.974	1	2.301	1.916	15	2.244.838,63
Vers.pfl.Selbst.	349	194	1	130	24	nicht möglich	126.543,91
Existenzgründer	8.499	5	0	5.435	3.059	nicht möglich	995.987,92
Gesamt	16.055	3.173	2	7.866	4.999	15	3.367.370,46

Beitragseinnahmen von freiwillig Versicherten – Monat Mai 2005

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Mindest- Beitrag	Halber Regelbeitrag	Vereinbarter Beitrag	
Inland	16.822	117	10	15.564	24	1.107	1.492.055,30
Ausland	523	2	7	411	0	103	29.082,19
Gesamt	17.345	119	17	15.975	24	1.210	1.521.137,49

Beitragseinnahmen (EURO-Beträge) von versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern Ist-Monat Mai 2005

	AOK Rheinland	IKK Nordrhein	Betriebskranken-kassen	Ersatzkassen	Gesamtsumme
Beitragseinnahmen der LVA insgesamt	168.891.862,45	22.820.934,01	211.355.554,98	41.839.528,54	444.907.879,98
darin enthalten:					
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Krankengeld	1.583.364,20	383.815,41	1.953.531,47	442.897,75	4.363.608,83
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Verletzengeld	173.115,14	45.426,91	148.228,57	0,00	366.770,62
• Zinsauskehrung § 28 I Abs. 2 SGB IV	7.984,20	592,05	8.019,37	1.273,72	17.869,34
• Beiträge für Pflegepersonen	1.525.278,27	222.451,27	702.346,24	210.652,54	2.660.728,32
• Säumniszuschläge	77.570,16	29.095,64	110.560,28	56.931,66	274.157,74
• Beiträge für versicherungspflichtige Arbeitnehmer	165.524.550,48	22.139.552,73	208.432.869,05	41.127.772,87	437.224.745,13
durch Krankenkasse einbehalten:	0,00	0,00	-38.391,06	0,00	-38.391,06
• Einzugsvergütung • Überweisungsgebühren	0,00	25,56	10,00	0,00	35,56
• KV Beiträge für Rehabilitanden	515.299,53	208.035,82	243.731,50	38.247,37	1.005.314,22
• Pflegeversicherungsbeitrag für Rehabilitanden	66.714,60	25.573,72	31.064,38	4.659,10	128.011,80
Sonst. Verrechnungen/ Übergangsgelder	0,00	0,00	606,97	0,43	607,40
Überweisungen an LVA	168.309.848,32	22.587.298,91	211.118.533,19	41.796.621,64	443.812.302,06

Beitragseinnahmen von Handwerkern, antragspflichtig versicherten Selbstständigen – Monat Mai 2005

	Gesamtanzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags-einnahmen in Euro
		Regelbeitrag	Höchstbeitrag	Einkommens-gerechter Beitrag	Halber Regelbeitrag	Allein-handwerker	
Handwerker	7.153	2.907	1	2.295	1.935	15	2.255.576,97
Vers.pfl.Selbst.	355	195	1	134	25	nicht möglich	131.044,36
Existenzgründer	8.631	6	0	5.596	3.029	nicht möglich	1.051.484,44
Gesamt	16.139	3.108	2	8.025	4.989	15	3.438.105,77

Beitragseinnahmen von freiwillig Versicherten – Monat Juni 2005

	Gesamtanzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags-einnahmen in Euro
		Regelbeitrag	Höchstbeitrag	Mindest-Beitrag	Halber Regelbeitrag	Vereinbarter Beitrag	
Inland	16.693	115	10	15.449	24	1.095	1.459.803,45
Ausland	524	2	7	413	0	102	25.408,06
Gesamt	17.217	117	17	15.862	24	1.197	1.485.211,51

Auskunft & Beratung

LVA Rheinprovinz als Verbindungsanstalt zwischen Deutschland und Spanien

Versicherung und Rente

Aachen

Service-Zentrum Aachen,

Benediktinerstr. 39, 52066 Aachen
T (0241) 60 96 02, F (0241) 60 96 49 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Bad Honnef

Rathaus, Rathausplatz 1, 53604 Bad Honnef

T (02224) 18 41 92 und 18 41 93

2. Dienstag eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30

nachmittags nach Vereinbarung

Bad Münstereifel

Rathaus, Markstr. 11, 53902 Bad Münstereifel

T (02253) 505-156

2. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Bergisch Gladbach

Stadthaus, Konrad-Adenauer-Platz, 51439 Bergisch Gladbach

T (02202) 14 26-51

1. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Bonn

Service-Zentrum Bonn

Rabinstraße 6, 53111 Bonn

T (0228) 28 08-01, F (0228) 28 08-19 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Burscheid

Rathaus, Höhestraße 7-9, 51399 Burscheid

T (02174) 67 03 50

1. Montag eines Monats

nur nach Terminvereinbarung

Duisburg

Service-Zentrum Duisburg

Hohestr. 32, 47051 Duisburg

T (0203) 28 19 01, F (0203) 28 19 19 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Düren

Service-Zentrum Düren,

Goethestr. 4, 52349 Düren

T (02421) 482-01, F (02421) 482-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Düsseldorf

Hauptverwaltung, Service-Zentrum

Königsallee 71, 40215 Düsseldorf

T (0211) 937-3728, F (0211) 937-3096

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Eitorf

AOK-Haus, Posthof 6, 53783 Eitorf

T (02243) 8 80 80

2. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Eschweiler

Stadtverwaltung, Rathausplatz 1, 52249 Eschweiler
T (02403) 710

4. Mittwoch eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Essen

Service-Zentrum Essen
Hindenburgstr. 88, 45127 Essen
T (0201) 18 98 01, F (0201) 18 98-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Euskirchen

Rathaus, Kölner Str. 75, 53879 Euskirchen
T (02251) 14-0

jeden Montag
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Frechen

Stadtverwaltung, Johann-Schmitz-Platz 1-3, 50226 Frechen
T (02234) 50 13 28

2. Dienstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Grevenbroich

AOK, Wilhelmitenstr. 10, 41515 Grevenbroich
T (02181) 23 36 0

2. und 4. Montag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Gummersbach

Service-Zentrum Gummersbach,
Singerbrinkstr. 41, 51643 Gummersbach
T (02261) 805-01, F (02261) 805-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Heiligenhaus

AOK, Südring 108, 42579 Heiligenhaus
T (02056) 98 57 0

1. und 3. Mittwoch eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Heinsberg

IKK, Apfelstr. 36, 52525 Heinsberg
T (02452) 91 18 12

4. Montag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Hennef

Neues Rathaus, Frankfurter Straße 97, 53733 Hennef
T (02242) 88 81 22

4. Montag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Kall

Rathaus, Bahnhofstr. 9, 53925 Kall
T (02441) 888-18

1. Dienstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Kerpen

Rathaus, Jahnplatz 1, 50171 Kerpen
T (02237) 5 81 66

2. Dienstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Kleve

Service-Zentrum Kleve,
Bensdorpstr. 12, 47533 Kleve
T (02821) 584-01, F (02821) 584-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Auskunft & Beratung

Köln

Service-Zentrum Köln

Lungengasse 35, 50676 Köln

T (0221) 33 17 01, F (0221) 3317-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Krefeld

Service-Zentrum Krefeld

Grenzstr. 140, 47799 Krefeld

T (02151) 534-01, F (02151) 534-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Leverkusen

Service-Zentrum Leverkusen

Heinrich-von-Stephan-Str. 24,

51373 Leverkusen

T (0214) 83 23-01, F (0214) 8323-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Mechernich

Rathaus, Bergstraße 1- 3, 53894 Mechernich

T (02443) 4 91 85

4. Dienstag eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Mönchengladbach

Service-Zentrum Mönchengladbach

Lürriper Str. 52, 41065 Mönchengladbach

T (02161) 497-01, F (02161) 497-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Much

Rathaus, Hauptstr. 57, 53804 Much

T (02245) 68-54

3. Dienstag eines geraden Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Nettetal-Lobberich

Stadtverwaltung, Doerkesplatz 11, 41334 Nettetal

T (02153) 8 98-84 52 oder 85 52

2. und 4. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung unter T (02821) 58 40

Nideggen

Rathaus, Zülpicher Straße 1, 52385 Nideggen

T (02427) 809 52

3. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Rheinbach

Rathaus, Schweigelstr. 23, 53359 Rheinbach

T (02226) 917-137

4. Mittwoch eines Monats

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

nachmittags nach Vereinbarung

Siegburg

AOK, Theodor-Heuss-Straße 1, 53721 Siegburg

T (02241) 30 22 30

1. un 3. Mittwoch im Monat

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr nur nach Vereinbarung

Solingen

AOK, Kölner Str. 49/51, 42651 Solingen

T (0212) 22 01 656

Mo-Mi: 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

Do: 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 17.00 Uhr

Fr: 8.30 - 13.00 Uhr

Troisdorf

Rathaus, Kölner Str. 176, 53840 Troisdorf
T (02241) 90 05 22

1. Dienstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Wegberg

Stadtverwaltung, Rathausplatz 25, 41844 Wegberg
T (02434) 8 33 28

1. Mittwoch eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Wermelskirchen

Rathaus, Telegrafstraße 29 - 33, 42929 Wermelskirchen
T (02196) 71 05 33

4. Mittwoch eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nur nach Vereinbarung

Wermelskirchen

Rathaus, Telegrafenstr. 29-33, 42929 Wermelskirchen
T (02196) 71 05 33

1. Dienstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Wuppertal

Service-Zentrum Wuppertal
Wupperstr. 14, 42103 Wuppertal
T (0202) 45 95 01, F (0202) 4595-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Zülpich

Rathaus, Marktstraße 21, 53909 Zülpich
T (02252) 5 22 05

4. Donnerstag eines Monats
von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

Auskunft & Beratung

Rehabilitation

Aachen

Service-Zentrum Aachen,

Benediktinerstr. 39, 52066 Aachen
T (0241) 60 96 02, F (0241) 60 96 49 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Bergheim

Agentur für Arbeit

Kirchstraße 52 – 54, 50126 Bergheim
T (02271) 80 80

jeden letzten Freitag im Monat
von 9.00 - 12.00 Uhr

Bergisch Gladbach

AOK-Regionaldirektion Rheinisch-Bergischer Kreis,

Bensberger Str. 76, 51465 Bergisch Gladbach
T (02202) 1 70

jeden 1. und 3. Donnerstag im Monat
von 8.30 - 11.30 Uhr

Bonn

Service-Zentrum Bonn

Rabinstr. 6, 53111 Bonn
T (0228) 28 08 01 und F (0228) 28 08 19 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Brühl

Agentur für Arbeit

Ubirstraße 7 – 11, 50321 Brühl
T (02232) 9 46 11 26

jeden 1. und 3. Dienstag im Monat
von 13.00 - 15.00 Uhr

Düren

Service-Zentrum Düren,

Goethestr. 4, 52349 Düren
T (02421) 482-01, F (02421) 482-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Duisburg

Service-Zentrum Duisburg

Hohe Straße 32, 47051 Duisburg
T (0203) 28 19 01, F (0203) 28 19 19 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Düsseldorf

Hauptverwaltung, Service-Zentrum

Königsallee 71, 40215 Düsseldorf
T (0211) 937-43 21, F (0211) 937-30 85

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Engelskirchen

Aggertalklinik, Am Sondersiefen 18,
51766 Engelskirchen

T (02263) 93 0

jeden Donnerstag von 8.30 - 15.00 Uhr

Essen

Service-Zentrum Essen

Hindenburgstr. 88, 45127 Essen

T (0201) 18 98 01, F (0201) 18 98-19 61

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Gummersbach

Service-Zentrum Gummersbach,

Singerbrinkstr. 41, 51643 Gummersbach

T (02261) 805-01, F (02261) 805-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Heinsberg

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein

Schafhausener Str. 52

T (02452) 90 30 50

jeden 3. Dienstag im Monat von 8.30 - 11.30 Uhr

Hürth-Hermülheim

AOK-Regionaldirektion Erftkreis

Luxemburger Str. 321 - 325

T (02233) 5 60

jeden 2. Mittwoch im Monat
von 8.30 - 11.30 Uhr

Jülich

AOK-Regionaldirektion Düren-Jülich

Geschäftsstelle Jülich, Promenadenstr. 3

T (02461) 68 20

jeden 4. Dienstag im Monat von 8.30 - 11.30 Uhr

Kleve

Service-Zentrum Kleve,

Bensdorpstr. 12, 47533 Kleve

T (02821) 584-01, F (02821) 584-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Köln

Service-Zentrum Köln

Lungengasse 35, 50676 Köln

T (0221) 33 17 01, F (0221) 3317-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Krefeld

Service-Zentrum Krefeld

Grenzstr. 140, 47799 Krefeld

T (02151) 534-01, F (02151) 534-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Leverkusen

Service-Zentrum Leverkusen

Heinrich-von-Stephan-Str. 24,
51373 Leverkusen

T (0214) 83 23-01, F (0214) 8323-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Mönchengladbach

Service-Zentrum Mönchengladbach

Lürriper Str. 52, 41065 Mönchengladbach

T (02161) 497-01, F (02161) 497-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr
Do: 7.30 - 18.00 Uhr
Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Auskunft & Beratung

Monschau

AOK-Regionaldirektion Kreis Aachen

Geschäftsstelle Monschau, Uffenstr. 47

T (02472) 30 91

jeden 2. Dienstag im Monat von 8.30 - 11.30 Uhr

Nettetal-Lobberich

Rathaus, Doerkesplatz 11,

2. Etage, Zimmer 360, T (02153) 8 98 84 52

(nur an den Sprechtagen)

jeden 2. Dienstag und jeden 4. Donnerstag von 8.30 - 11.30 Uhr

Neuss

AOK-Regionaldirektion Neuss

Oberstr. 33, Zimmer 016

T (02131) 29 35 49

jeden Freitag von 8.30 - 11.30 Uhr

Oberhausen

Berufsförderungswerk, Bebelstr. 56

T (0208) 85 88 0

jeden 2. und 4. Donnerstag von 8.30 - 11.30 Uhr

Remscheid

AOK-Rheinland, Regionaldirektion Remscheid

Hindenburgstr. 13-15

T (02191) 91 70, F (02191) 91 72 35

jeden 1. und 3. Dienstag im Monat von 8.30 - 11.30 Uhr

Schleiden

AOK Rheinland, Regionaldirektion Schleiden

Pönsngenstr. 15

T (02445) 54 36 und 88 0

jeden 1. Mittwoch im Monat von 8.30 - 11.30 Uhr

Siegburg

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein

Alfred-Keller Straße 32

T (02241) 12 72 80

jeden Dienstag von 13.30 - 15.30 Uhr

Solingen

AOK-Regionaldirektion Solingen

Kölner Str. 49/51

T (0212) 2201 246

jeden Mittwoch von 8.30 - 11.30 Uhr

Wesel

Arbeitsamt Wesel, Reeser Landstr. 61, Zimmer 79

T (0281) 96 20 10 3

jeden Mittwoch von 8.30 - 11.30 Uhr

Wuppertal

Service-Zentrum Wuppertal

Wupperstr. 14, 42103 Wuppertal

T (0202) 45 95 01, F (0202) 4595-1961

Mo-Mi: 7.30 - 15.00 Uhr

Do: 7.30 - 18.00 Uhr

Fr: 7.30 - 13.00 Uhr

Kliniken

Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Nordseeklinik Borkum

Bubertstraße 4, 26757 Borkum

T 04922 / 921 01

F 04922 / 921 1961

www.nordseeklinik-borkum.de

Indikationen: Erkrankungen der Atmungsorgane und der Haut

Aggertalklinik, Engelskirchen

Am Sondersiefen 18, 51766 Engelskirchen

T 02263 / 93 0

F 02263 / 93 1961

www.aggertalklinik.de

Indikationen: Erkrankungen der Bewegungsorgane, Erkrankungen des arteriellen und venösen Gefäßsystems

Klinik Roderbirken

Roderbirken 1, 42799 Leichlingen

T 02175 / 82 01

F 02175 / 82 1961

www.klinik-roderbirken.de

Indikationen: Erkrankungen von Herz und Kreislauf, insbesondere Nachbehandlung von Herzinfarkten und Herzoperierten

Eifelklinik, Manderscheid

Mosenbergstraße 19, 54531 Manderscheid

T 06572 / 925 01

F 06572 / 925 1961

www.eifelklinik.de

Indikationen: Psychosomatische Erkrankungen

Lahntalklinik, Nassau/Lahn

Adolf-Bach-Promenade 11, 56130 Bad Ems

T 02604 / 973 01

F 02604 / 973 1961

www.lahntalklinik.de

Indikationen: Erkrankungen der Bewegungsorgane

Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr

Hochstraße 13/19, 53474 Bad Neuenahr

T 02641 / 751 01

F 02641 / 751 1961

www.klinik-niederrhein.de

Indikationen: Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane, Onkologie/Hämatologie

Ruhrlandklinik, Essen

Tüschener Weg 40, 45239 Essen

T 0201 / 433 01

F 0201 / 433 1965

www.ruhrlandklinik.de

Indikationen: Operative und konservative Behandlung sämtlicher Lungenerkrankungen einschließlich Tuberkulose, Bronchialasthma und Allergien

Impressum

Die „Mitteilungen“ erscheinen zweimonatlich.

Herausgeber Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Referat Presse und Information
Königsallee 71
40215 Düsseldorf

Anschrift Deutsche Rentenversicherung Rheinland
40194 Düsseldorf

Telefon (0211) 937 - 2926, Telefax (0211) 937 - 3094

Internet www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de

E-Mail presse@drv-rheinland.de

Redaktion Karpeter Arens, Leitung, Thomas Schulzki

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stellen lediglich die Meinung des Verfassers dar; hierfür übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Rheinland nur die allgemeine pressegesetzliche Verantwortung. Nachdruck mit Genehmigung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Quellenangabe gestattet.

Bezugspreis einschließlich Zustellgeld 9,20 Euro

im Jahr. Einzelheft 2,00 Euro. Der Betrag ist

mit dem Vermerk **Für Mitteilungen** auf das Postbankkonto Köln, BLZ 370 100 50, Kto. Nr. 17860-509 der Deutschen Rentenversicherung Rheinland im Voraus zu überweisen.

Bestellungen sind nur über das Referat Presse und Information möglich.

Herstellung Werbedruck Schreckhase, www.schreckhase.de

