

# MITTEILUNGEN 11-12/04

- Schwerpunktthema:  
Sozialmedizin**
- Alterseinkünftegesetz**
- Blick ins Unternehmen**
- Rechtsprechung**
- Sprechtage unserer Service-Zentren**

# Inhalt November/Dezember 2004

- 485 Sozialmedizin**  
Probleme der sozialmedizinischen Begutachtung von Krebskranken
- 496 Sozialmedizin**  
Begutachtung nach Aktenlage durch den Ärztlichen Dienst der LVA Rheinprovinz
- 502 Sozialmedizin**  
Echokardiographie in der ambulanten Rentenbegutachtung
- 509 Sozialmedizin**  
Alkoholkrankheit und Arbeitsplatz aus Sicht der Rentenversicherung
- 515 Rentenrecht**  
Die Neuregelungen zum Steuerrecht für Versicherte und Rentner im Alterseinkünftegesetz (AltEinkG)
- 526 Blick ins Unternehmen**  
Dienstausweis ungültig
- 527 Rechtsprechung**  
Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit  
§§ 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, § 44 Abs. 2, 44 Abs. 4, 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 43 Abs. 3 Nr. 1 (jeweils i.d.F. vom 24.3.1999) SGB VI;  
§§ 55 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 58 Abs. 2 Satz 1 SGB VI;  
§§ 44 Abs. 1, 48 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V
- 535 Rechtsprechung**  
Zur Bedeutung der fehlenden Meldung als arbeitssuchend beim Arbeitsamt  
§§ 38 Abs. 1 Nr. 3 (i.d.F. vom 23.7.1996), 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI;  
§ 1259 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 3a RVO;  
§ 36 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 3a AVG;  
§§ 14, 15 SGB I;  
§§ 117, 122 SGB III;  
§ 839 BGB; Art. 34 Satz 1 GG
- 542 Statistiken der LVA Rheinprovinz**
- 544 Beitragseinnahmen der LVA Rheinprovinz**
- 546 Literatur**
- 550 Sprechtage unserer Service-Zentren**
- 557 Kliniken**
- 558 Impressum**

Dr. Cornelia Büchner, Leiterin des Ärztlichen Dienstes

## Probleme der sozialmedizinischen Begutachtung von Krebskranken

Überarbeitete Fassung eines Vortrages vom 30.04.2004  
zur Arbeitstagung der Widerspruchsausschüsse

Die sozialmedizinische Begutachtung von Krebskranken ist für jeden Gutachter eine besondere Herausforderung. Probleme ergeben sich nur dann, wenn der Gutachter über unzureichende onkologische Kenntnisse verfügt. Die Auswertung einer Fragebogenaktion im Rahmen der „Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der Gesetzlichen Rentenversicherung“ (SOMEKO) hat ergeben, dass bundesweit kein Onkologe, also Krebspezialist, in einem sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherungen tätig ist.

Literatur über Krebserkrankungen füllt ganze Bibliotheken. Der vorliegende Beitrag beschränkt sich zunächst auf die Grundlagen, die ein sozialmedizini-

**BÖSARTIGE TUMOREN**

- GEHÖREN ZU DEN HÄUFIGSTEN ERKRANKUNGEN IN DEN WESTLICHEN INDUSTRIELÄNDERN
- SIND NACH HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN DIE ZWEITHÄUFIGSTE TODESURSACHE

Abbildung 2

dikation zur Empfehlung einer Rehabilitation, einer Erwerbsminderungsrente oder Teilerwerbsminderungsrente bei Krebskranken.

Zunächst einige *allgemeine Informationen*: **Abb. 2.** Bösartige Tumoren gehören zu den häufigsten Erkrankungen in den westlichen Industrieländern. 1992 gab es im gesamten neuen Bundesgebiet 212.000 Todesfälle. Damit sind bösartige Neubildungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Diesbezügliche Statistiken sind allerdings mit Vorsicht zu genießen, da es auch heute noch keine genauen Zahlen für die Bundesrepublik gibt. Eine genaue Dokumentation fehlt. Daten aus anderen Industrieländern,

**ONKOLOGISCHES BASISWISSEN FÜR SOZIALMEDIZINISCHE GUTACHTER**

- UNTERSUCHUNGSMETHODEN ZUR DIAGNOSE VON KREBSERKRANKUNGEN
- KENNNTNISSE ÜBER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN EINSCHLIESSLICH PSYCHOONKOLOGIE
- NEBENWIRKUNGEN DER BEHANDLUNGEN
- EINSCHÄTZUNG DER PROGNOSE

Abbildung 1

scher Gutachter beherrschen sollte, wenn er Krebskranke begutachtet und stellt diese im Überblick dar. **Abb. 1.** Dazu gehören zunächst Untersuchungsmethoden zur Diagnose von Krebserkrankungen, deren Ergebnisse bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mit in die Bewertung einfließen müssen. Hinzu kommen Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der Psychoonkologie, Nebenwirkungen der Behandlungen und die Einschätzung der Prognose. Abschließend erfährt der Leser dann etwas über die In-

**ONKOLOGISCHES BASISWISSEN FÜR SOZIALMEDIZINISCHE GUTACHTER**

- UNTERSUCHUNGSMETHODEN ZUR DIAGNOSE VON KREBSERKRANKUNGEN
- KENNNTNISSE ÜBER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN EINSCHLIESSLICH PSYCHOONKOLOGIE
- NEBENWIRKUNGEN DER BEHANDLUNGEN
- EINSCHÄTZUNG DER PROGNOSE

Abbildung 3

# Sozialmedizin

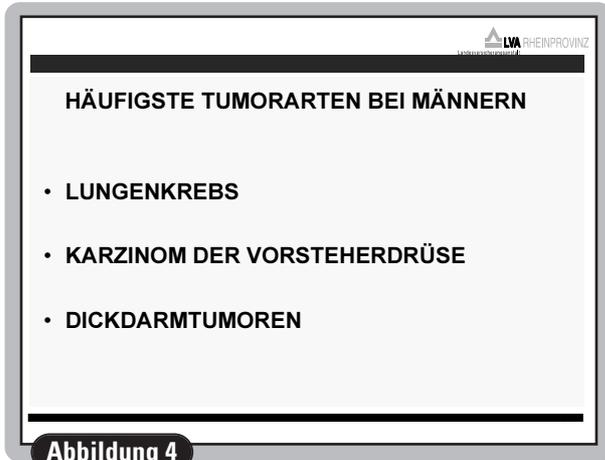


Abbildung 4

insbesondere den USA, können jedoch im Wesentlichen auf die Situation in Deutschland übertragen werden. Auch können Erhebungen aus Teilgebieten, in dem ein Krebsregister geführt wird, hochgerechnet werden. **Abb. 3.** Danach muss in ganz Deutschland mit etwa 330.000 Neuerkrankungen jährlich gerechnet werden. Dies entspricht etwa 360 Neuerkrankungen und 260 Krebstodesfälle pro 100.000 Einwohner. **Abb. 4.** Die häufigste Tumorart bei Männern ist der Lungenkrebs, gefolgt vom Karzinom der Vorsteherdrüse und Dickdarntumoren. **Abb. 5.** Bei Frauen steht der Brustkrebs an erster Stelle. Danach sind Dickdarntumoren und Tumoren des weiblichen Genitale als häufigste Neubildungen zu nennen. Insgesamt hat sich die altersbezogene Krebsmortalität seit Jahrzehnten kaum verändert. Die stetige Zunahme der Krebstodesfälle ist lediglich auf den zunehmenden Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung zurückzuführen, die gegenüber Jünge-

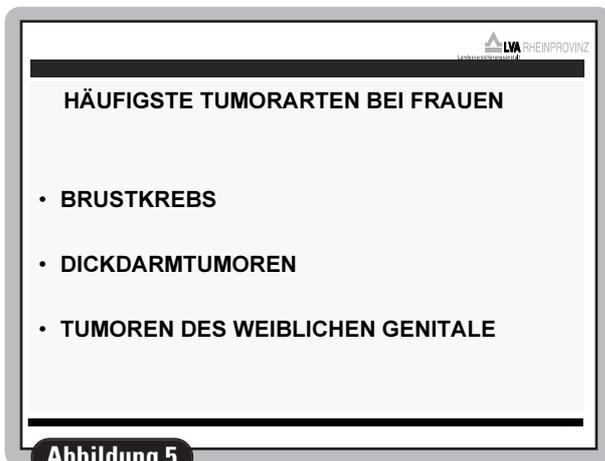


Abbildung 5

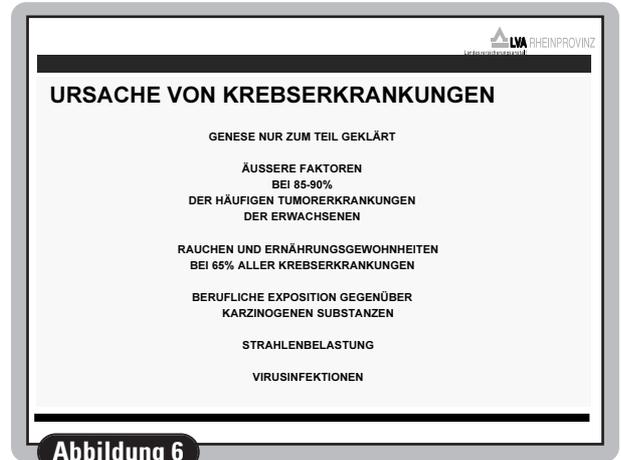


Abbildung 6

ren ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko haben. **Abb. 6.**

Die *Ursache von Krebserkrankungen* ist bis heute nur zum Teil geklärt. Fest steht, dass der Großteil der häufigen Tumorerkrankungen der Erwachsenen, das heißt über 85 bis 90%, auf äußere Faktoren zurückzuführen ist. So besteht bei etwa 65% aller Krebserkrankungen ein Zusammenhang mit den Rauch- und bestimmten Ernährungsgewohnheiten. Eine berufliche Exposition gegenüber karzinogenen Substanzen oder die Strahlenbelastung spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Auch Infektionen, insbesondere Virusinfektionen, sind bei uns nur für einen kleineren Teil der Tumorerkrankungen als ursächlich anzusehen. **Abb. 7.**

Nach Darstellung des „Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften“ in seiner im April 2002 erschienenen Schrift „*Beruflich verursachte Krebserkrankungen*“ starben im Jahr 2000 von den insgesamt

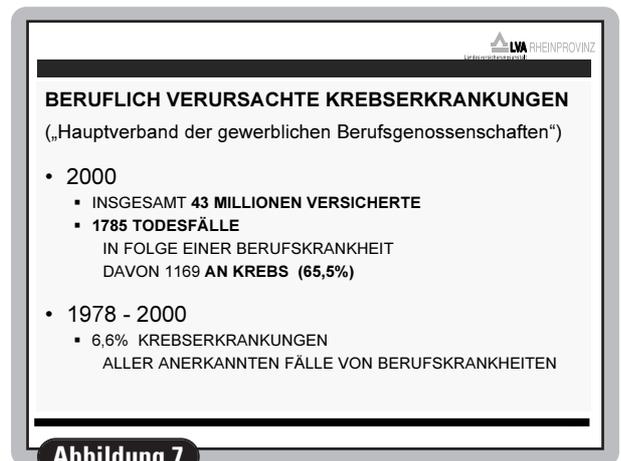


Abbildung 7

43 Millionen Versicherten 1785 in Folge einer Berufskrankheit, davon 1169 an Krebs, also 65,5%. Der Anteil der Krebserkrankungen an den insgesamt anerkannten Fällen von Berufskrankheiten lag von 1978 bis 2000 bei 6,6%. Seit Einbeziehung der neuen Bundesländer hat der Rentenanteil der beruflich an Krebs erkrankten Arbeitnehmer stark zugenommen. Im Jahr 2000 war jeder dritte neue Rentenfall bei den Berufsgenossenschaften eine Krebserkrankung. Dies ist insbesondere auf den Uranerzbergbau in der ehemaligen DDR und den Kontakt mit Asbest, das früher universell eingesetzt wurde, zurückzuführen. Die derzeit anerkannten Krebserkrankungen bzw. vergleichbare Anerkennungsfälle treffen Angehörige verschiedener Berufsgruppen. Da die wenigsten Arbeitsplätze wirklich vergleichbar sind, geht die Registrierung von belastenden Situationen und nicht

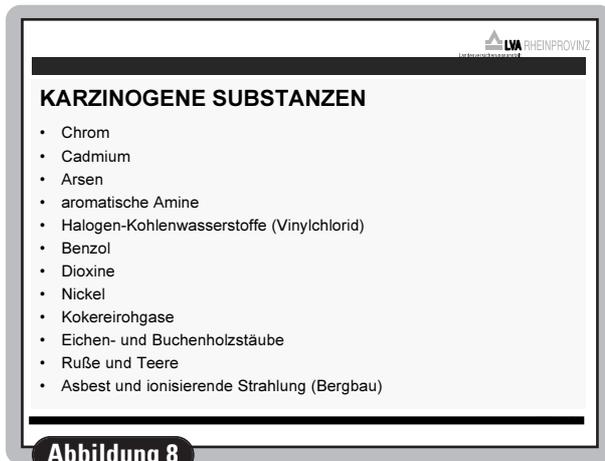


Abbildung 8

vom Beruf aus. **Abb. 8.** Als Berufserkrankung wird ein entsprechend typisches Krankheitsbild bei einem Arbeitnehmer ohne Detailprüfung anerkannt, wenn er nachweislich mit einer der folgenden Substanzen ungeschützten Kontakt hatte: Chrom, Cadmium, Arsen, aromatische Amine, Halogen-Kohlenwasserstoffe wie Vinylchlorid, Benzol, Dioxine, Nickel, Kokereirohgas, Eichen- und Buchenholzstäube, Ruße und Teere bei Hautkontakt sowie – zahlenmäßig am bedeutsamsten – Asbest und ionisierende Strahlung im Bergbau.

**Abb. 9.** In der Regel besonders betroffen sind Chemieberufe, Schlosser, Bau-, Metall- und Holzberufe, Bergleute, Elektriker, Installateure, Textilberufe, Lager- und Transportberufe, Isolierer, Mineralaufbereiter, Maler und Lackierer, Glas- und Keramikberufe sowie



Abbildung 9

Kfz-Mechaniker. Dies wird sich jedoch mit der Veränderung von Berufsbildern, zunehmendem Kenntnisstand über Krebsrisikofaktoren und der Aufdeckung mangelnder Sicherheitsbedingungen stetig wandeln.

Bösartige Zellen solider Tumoren können unter Umständen anatomische Grenzen überschreiten. Sie wachsen „invasiv“ in das umgebende Gewebe ein oder bilden Tochtergeschwülste, die Metastasen. **Abb. 10. Metastasierung** ist ein spezielles Phänomen bei Krebserkrankungen: es bedeutet, dass Tumorzellen sich aus ihrem Zellverband lösen und auf die Wanderschaft gehen. Sie dringen in die Blut- oder Lymphbahnen ein. Sie werden mit dem Blut- oder Lymphstrom weitertransportiert und dringen von dort in andere Körpergewebe ein, wo sie sich ansiedeln. Hier können sie sich teilen und eventuell Tochtergeschwülste des ursprünglichen Tumors bilden. Invasion und Metastasierung bedeuten immer ein fortgeschrittenes

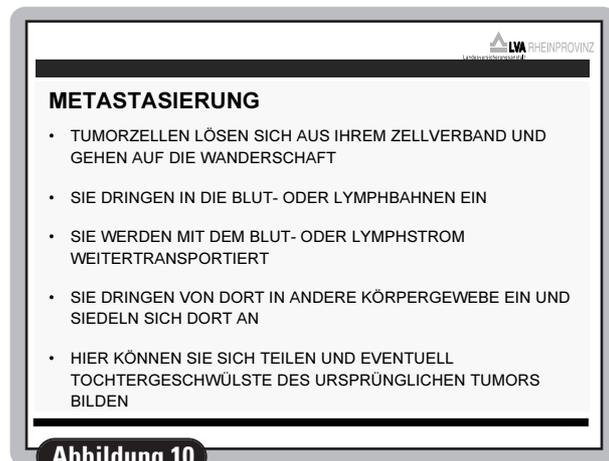
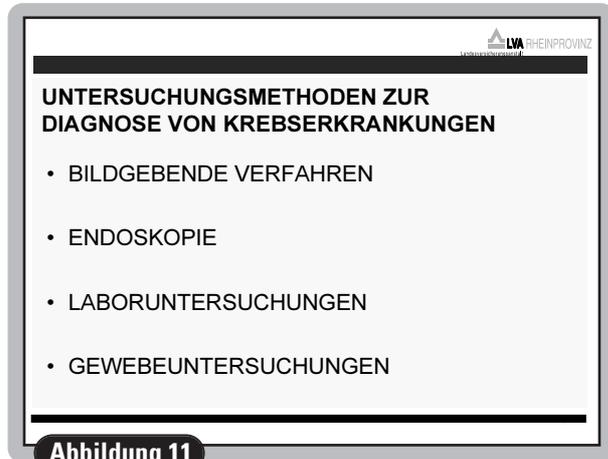


Abbildung 10

# Sozialmedizin

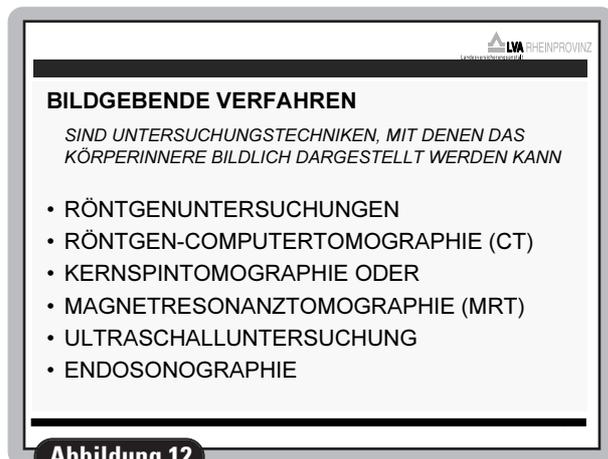


**Abbildung 11**

Tumorstadium und damit in der Regel eine Verschlechterung der Prognose.

**Abb. 11.** Die wichtigsten *Untersuchungsmethoden* zur Diagnose von Krebserkrankungen sind bildgebende Verfahren, Endoskopie, Labor- und Gewebeuntersuchungen.

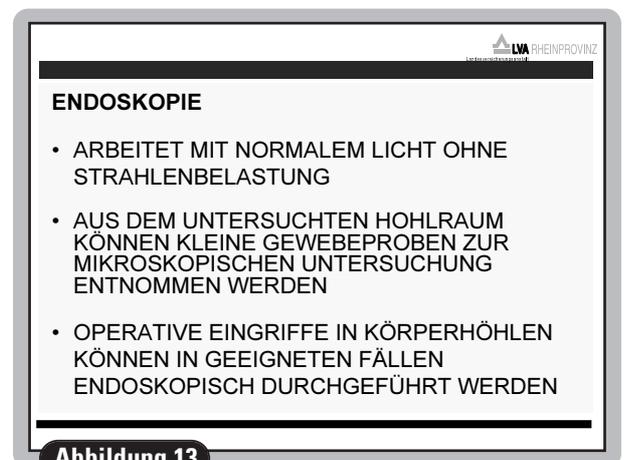
**Abb.12.** Zu den *bildgebenden Verfahren* gehören alle Untersuchungstechniken, mit denen das Körperinnere bildlich dargestellt werden kann. *Röntgenuntersuchungen* sind am bekanntesten und bereits am längsten im Einsatz. Seit ihren Anfängen Ende des letzten Jahrhunderts ist die Untersuchung mit Röntgenstrahlen kontinuierlich weiterentwickelt worden. Für verschiedene Untersuchungen stehen ganz unterschiedliche Techniken zur Verfügung. Durch Einsatz elektronischer Datenverarbeitung ist es zum Beispiel möglich, mit der *Röntgen-Computertomographie*, kurz CT, den Körper optisch in beliebige Längs- oder Querscheiben zu „zer-



**Abbildung 12**

legen“, die dann einzeln begutachtet werden können. Die verschiedenen Röntgentechniken sind eine wesentliche Säule in der Diagnostik von Tumorerkrankungen. Gerade in Kombination mit anderen Methoden, manchmal auch durch zusätzliche Einspritzung von Kontrastmittel in Gefäße oder Körperhöhlräume, ermöglichen sie die Beurteilung einer großen Zahl von Organen bzw. Veränderungen.

Bei der *Kernspintomographie oder Magnetresonanztomographie* wird im Gegensatz zur Röntgentechnik nicht mit Strahlen gearbeitet. Hier wirken ein starkes Magnetfeld und Radiowellen auf die positiv geladenen Wasserstoffatomkerne im Körper ein. Vereinfacht gesagt lässt sich die Reaktion der Protonen auf diese Einwirkung wiederum bildlich darstellen. Gewebe mit unterschiedlich hohem Wasseranteil stellen sich auch auf dem Bild unterschiedlich dar und lassen sich gegeneinander abgrenzen.



**Abbildung 13**

Die *Ultraschalluntersuchung* funktioniert ganz ohne Strahlen. Hochfrequente Schallwellen werden über einen speziellen Schallkopf in den Körper gesendet und dort von unterschiedlichen Geweben in unterschiedlichem Ausmaß verschluckt oder zurückgeworfen. Der auf der Körperoberfläche aufliegende Schallkopf fängt die zurückgeworfenen Wellen wieder auf und ein Computer setzt Impulse in ein Bild um, auf dem sich Organe und Gewebe voneinander abgrenzen lassen. Mit den neu entwickelten Methoden der *Endosonographie* können die Schallsender auch in Körperhöhlen eingebracht werden.

**Abb. 13.** *Endoskopie* bedeutet „Hineinschauen“ – und genau das ermöglichen diese Verfahren: ein Hin-

einschauen in von außen nicht beurteilbare Körperhöhlräume. Die Endoskopie ist mit keinerlei Strahlenbelastung verbunden, sie arbeitet mit normalem Licht. Im Rahmen einer solchen Spiegelung können aus dem untersuchten Hohlraum, z.B. Magen, Darm, Blase oder Lunge kleine Gewebeproben zur mikroskopischen Untersuchung entnommen werden. Auch operative Eingriffe in Körperhöhlen können in geeigneten Fällen bereits endoskopisch durchgeführt werden, was dem Patienten eventuell einen Bauchschnitt erspart.

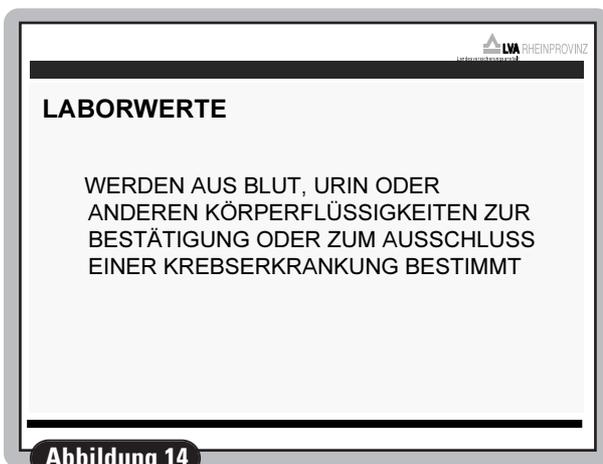


Abbildung 14

**Abb. 14.** Im Zusammenhang mit den vorgenannten Untersuchungen zur Bestätigung oder zum Ausschluss einer Krebserkrankung werden auch verschiedene **Laborwerte** aus Blut, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten bestimmt, die bei bösartigen Tumoren teilweise verändert sein können. **Abb. 15.** Dazu gehören die so genannten **Tumormarker**, Substanzen, die bei einigen Krebserkrankungen im Blut vermehrt auftreten. Sie werden entweder von den Tumorzellen gebildet oder beruhen auf einer Reaktion des Organismus auf die Erkrankung. Laboruntersuchungen werden in der Regel gezielt eingesetzt. Sie können unter Umständen Auskunft darüber geben, in welchem Umfang und Ausmaß der Organismus bzw. bestimmte Organsysteme von der Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen wurden.

**Abb. 16.** Die Entscheidung, ob eine Veränderung gutartig oder bösartig ist, lässt sich mit größtmöglicher Sicherheit nur durch eine Gewebeprobe aus dem entsprechenden Bezirk treffen. Man nennt das Biopsie. Auch Aussagen über den Grad der Bösartigkeit und den exakten Typ eines Tumors sind nur mit der mikroskopischen Untersuchung möglich.

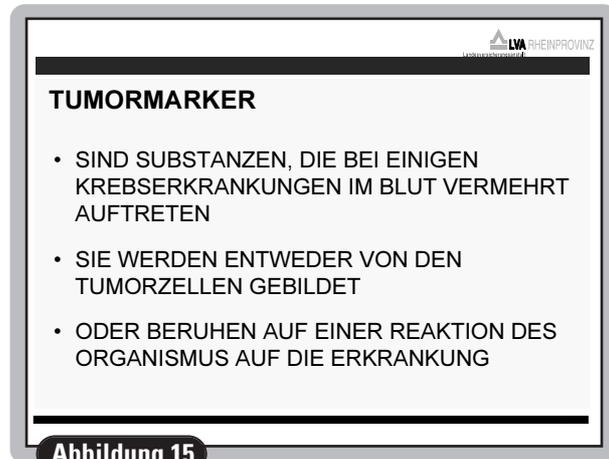


Abbildung 15

Je nach Beschwerden oder Verdacht werden also bestimmte Verfahren miteinander kombiniert. Diese Prozedur ist für die Betroffenen oftmals psychisch sehr belastend. Aber am Ende steht doch meist eine Sicherheit: die Diagnose. Nur eine exakte Diagnosestellung gewährleistet eine optimale Therapie.

So vielfältig wie das Erscheinungsbild und das biologische Verhalten der verschiedenen Krebserkrankungen, so unterschiedlich sind auch die **Therapiemöglichkeiten** und –strategien. Das Vorgehen muss immer individuell geplant werden. Es richtet sich in erster Linie nach Art und Ausdehnung der Erkrankung, aber auch nach dem Befinden und dem Zustand des Patienten. Zahlreiche Behandlungsverfahren stehen heute zur Verfügung, mit denen Krebs wirkungsvoll bekämpft werden kann. In frühen Stadien, wenn die Erkrankung noch auf das Ursprungsgewebe begrenzt ist, ist eine dauerhafte Heilung am besten möglich. Hat der Tumor be-

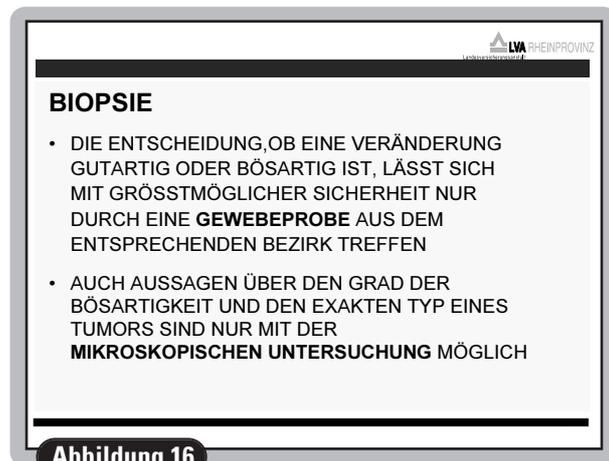


Abbildung 16

# Sozialmedizin

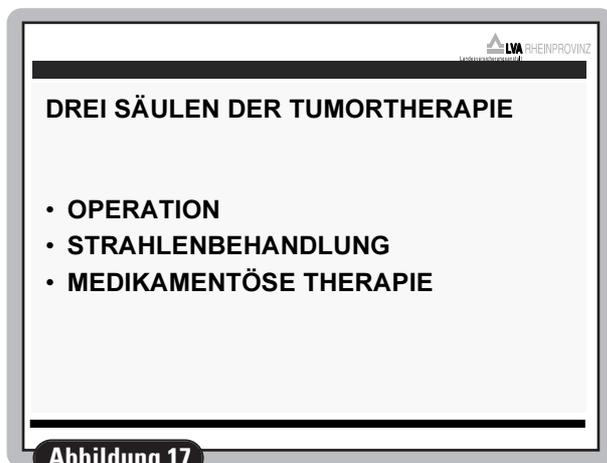


Abbildung 17

reits Absiedlungen in anderen Organen gebildet, so ist dies bei Organumoren in der Regel nicht mehr möglich. Der Verlauf und das Tumorwachstum lassen sich jedoch häufig für einige Zeit aufhalten. Symptome wie Schmerzen und andere Beeinträchtigungen können gut gelindert oder ganz gebessert werden. **Abb. 17.** Die Tumorthherapie ruht heute auf drei wesentlichen Säulen: der Operation, der **Strahlenbehandlung** und der medikamentösen Therapie. Bei den **Medikamenten** handelt es sich um zellwachstumshemmende Substanzen, so genannte Zytostatika, oder, in bestimmten Fällen, Hormone bzw. Antihormone. Seit die Bedeutung des Immunsystems für den Verlauf von Krebserkrankungen bekannt und näher erforscht wurde, gewinnt die **Immuntherapie** zumindest bei einzelnen Krebsarten an Bedeutung. Je nach Art und Ausdehnung des Tumors steht zunächst eine der Methoden im Vordergrund. Gelegentlich werden auch von vornherein verschiedene Therapieverfahren miteinander kombiniert. Dieses „**multimodale**“ **Vorgehen** setzt sich immer mehr in den Strategien zur Krebsbehandlung durch: Operation, Bestrahlung und medikamentöse Therapie werden miteinander kombiniert, um die Wirksamkeit der Behandlung zu erhöhen. So kann eine ergänzende Strahlentherapie nach einer Operation eventuell im Umfeld des operierten Bereichs zurückgebliebene, aber nicht sichtbare Tumorreste zerstören und eine medikamentöse, „systemische“ Therapie mögliche kleinste Metastasen im übrigen Körper vernichten.

Ein neues Behandlungsprinzip, auf dem viele Hoffnungen ruhen, das sich aber noch in einem ganz frühen Stadium der Entwicklung befindet, ist die **Gentherapie**.

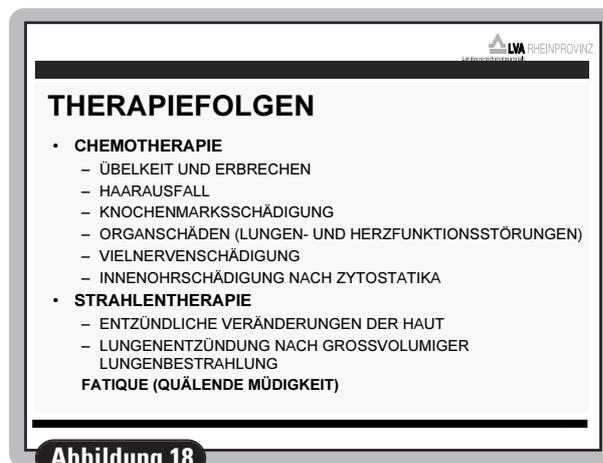


Abbildung 18

Da Krebswachstum letztlich auf der Fehlfunktion von einem oder mehreren Genen beruht, wäre es die beste und einzige ursächliche Behandlung, diese genetischen Fehler zu beheben: durch gezielten Ersatz von Genen, die nicht mehr funktionieren, oder durch „Ausschaltung“ solcher Gene, die durch Überfunktion Schaden anrichten. Wenn man auch heute weiß, dass dies grundsätzlich möglich ist, so liegt die Anwendung der Gentherapie in der Krebsbehandlung doch noch in weiter Ferne.

**Abb. 18. Therapiefolgen** können die Leistungsfähigkeit eines Patienten ebenso vermindern wie die Therapie selbst. Folgen der **Chemotherapie** sind beispielsweise Übelkeit und Erbrechen, Haarausfall und Knochenmarksschädigung, daneben kommen auch Organschäden vor, insbesondere Lungen- und Herzfunktionsstörungen sowie eine Vielnervenschädigung und Innenohrschädigung nach Zytostatika. Weiterhin sind entzündliche Veränderungen der Haut nach **Strahlentherapie** bekannt. Als Reaktion des Lungengewebes auf großvolumige Lungenbestrahlung kann eine Lungenentzündung auftreten. Gut die Hälfte aller Krebspatienten fühlt sich durch quälende Müdigkeit erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Diese besondere Form der Erschöpfung bei Krebs hat den Namen **Fatigue** erhalten, was im Französischen „Ermüdung, Mattigkeit“ bedeutet. Anders als normale Müdigkeit, kann Fatigue nicht durch ausreichenden Schlaf überwunden werden. Ausgelöst wird der Zustand teilweise durch die Erkrankung selbst. Häufig tritt die Erschöpfung aber auch bei und durch Chemotherapie, Bestrahlung oder Immuntherapie auf und dauert noch

Wochen bis Monate über den Behandlungszeitraum hinaus an. Dies beeinträchtigt die Lebensqualität Betroffener erheblich.

Die Diagnose Krebs bedeutet zunächst eine grundsätzliche Bedrohung. Das eigene Leben und alles, was bisher selbstverständlich zum Leben dazu gehörte, ist plötzlich in Frage gestellt. Der Betroffene muss sich mit dieser Bedrohung auseinandersetzen. Er muss Möglichkeiten des Umgangs mit den veränderten Bedingungen finden, sich neu orientieren. Mit jeder Etappe der medizinischen Behandlung und jeder Veränderung des Gesundheitszustandes stellen sich neue Anpassungsaufgaben. Dieser Prozess wird unter dem Begriff **Krankheitsbewältigung** zusammengefasst. Die Auseinandersetzung mit einer Lebenskrise, wie eine Krebserkrankung sie darstellt, ist für jeden Menschen etwas Einzigartiges. So wie die individuelle Situation, in der jemand erkrankt, jeweils unterschiedlich ist, so sind es auch die Möglichkeiten, die dem Betroffenen zugänglich sind. Schon aus diesem Grund kann eine allgemein gültige Empfehlung dem Einzelnen nicht gerecht werden. Es gibt aber auch aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine ganz bestimmte Art des Umgangs mit der Krankheit besonders günstig sei oder womöglich das Leben verlängern könne. Wenn man Krankheitsbewältigung als Prozess mit immer wieder neuen Anforderungen versteht, dann ist es eher wahrscheinlich, dass im Verlauf durchaus unterschiedliche Bewältigungsanstrengungen angemessen sind. Tatsächlich erleben fast alle Patienten Zeiten intensiver Angst, Wut, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit und Mutlosigkeit. Die Ergebnisse neuerer Untersuchun-

gen lassen die Schlussfolgerung zu, dass denjenigen Patienten die Auseinandersetzung mit der Krankheit besser gelingt, die je nach den Erfordernissen der Situation flexibel reagieren können. **Abb. 19.** Dies kann so Unterschiedliches sein, wie, sich über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, eigene Interessen gegenüber Arzt, Arbeitgeber oder Anderen zu vertreten, sich mit den eigenen Ängsten auseinander zu setzen, Ablenkung zu suchen, sich im Gespräch anzuvertrauen, Hilfsangebote von Angehörigen anzunehmen, die Hoffnung auf realistische Ziele zu richten, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und sich zu beschränken. Auch Verleugnung, also das Nicht-Wahrhaben-Wollen der Realität, kann in bestimmten Phasen, wenn die Angst sonst unerträglich wäre, eine sinnvolle Reaktion darstellen. Eine aktive Haltung erzeugt aber, unabhängig von möglichen Einflüssen auf die Krebserkrankung, zumindest das Gefühl, selbst etwas zum eigenen Befinden beizutragen und nicht völlig ausgeliefert zu sein.

**Abb. 20.** Der Begriff **Psychoonkologie** bezieht sich auf alle seelischen Faktoren, die mit einer Krebserkrankung zusammenhängen können. Die wichtigsten Themen der Psychoonkologie sind die Frage nach psychischer Mitverursachung der Krebserkrankung und die Suche nach psychosozialen Faktoren, die den Krankheitsverlauf beeinflussen. **Abb.21.** Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens und Wissenschaftler, die psychoonkologisch ausgerichtet sind, haben sich in zwei Fachverbänden zusammengeslossen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. und der Arbeitsgemeinschaft

LVA RHEINPROVINZ  
Lebensversicherung

**MÖGLICHKEITEN DER AUSEINANDERSETZUNG MIT DER KRANKHEIT**

- INFORMATION ÜBER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN
- VERTRETUNG EIGENER INTERESSEN GEGENÜBER ANDEREN
- AUSEINANDERSETZUNG MIT DEN EIGENEN ÄNGSTEN
- ABLENKUNG SUCHE
- SICH IM GESPRÄCH ANVERTRAUEN
- HILFSANGEBOTE VON ANGEHÖRIGEN ANNEHMEN
- DIE HOFFNUNG AUF REALISTISCHE ZIELE RICHTEN
- WESENTLICHES VON UNWESENTLICHEM UNTERSCHIEDEN
- SICH BESCHRÄNKEN
- VERLEUGNUNG ODER
- NICHT-WAHRHABEN-WOLLEN DER REALITÄT

**Abbildung 19**

LVA RHEINPROVINZ  
Lebensversicherung

**PSYCHOONKOLOGIE**

DER BEGRIFF BEZIEHT SICH AUF ALLE SEELISCHEN FAKTOREN, DIE MIT EINER KREBSEKANKUNG ZUSAMMENHÄNGEN KÖNNEN

**WICHTIGSTE THEMEN**

- FRAGE NACH PSYCHISCHER MITVERURSACHUNG DER KREBSEKANKUNG
- SUCHE NACH PSYCHOSOZIALEN FAKTOREN, DIE DEN KRANKHEITSVERLAUF BEEINFLUSSEN

**Abbildung 20**

# Sozialmedizin

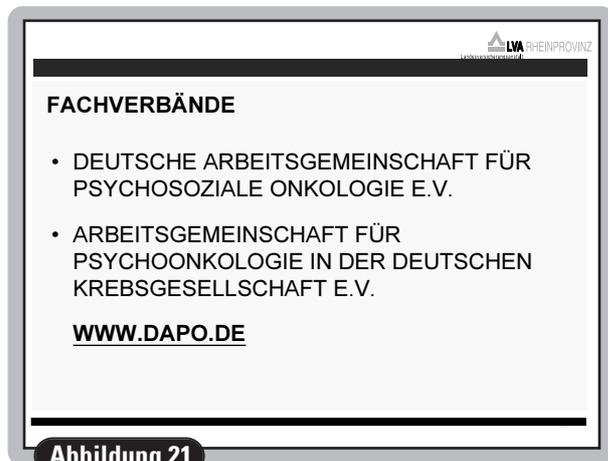


Abbildung 21

für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. Beide Vereinigungen stehen mit entsprechenden ausländischen Vereinigungen in Verbindung. Wer sich für weitere Einzelheiten interessiert, kann mehr darüber im Internet unter [www.dapo.de](http://www.dapo.de) erfahren.

Das Krebsleiden und die möglicherweise entstandenen Therapiefolgen führen oft zu erheblichen **Rückwirkungen auf die sozialen Rollenfunktionen**. Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit, der familiären Aufgaben oder auch der Aktivität in Sport und Freizeit werden oft vorübergehend oder anhaltend behindert und führen vielfach zu Resignationshaltungen. Seelische Reaktionen auf die Diagnose, die Furcht vor Tod und Therapie, Schmerzen und Verdrängung sowie Vorurteile und Fehlverhalten der Umwelt beeinträchtigen die soziale Rolle und Integration des Kranken.

Da der Krebspatient den größten Teil seines ihm verbleibenden Lebens in der Familie, seiner ihm vertrauten gesellschaftlichen Umgebung und möglicherweise auch im alten Beruf verbringen wird, ergibt sich die Notwendigkeit einer zumindest auf längere Sicht möglichst familien-, wohn- und arbeitsortnahen Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Art und Umfang aller **stationären Rehabilitationsmaßnahmen** sollten daher stets unter Berücksichtigung der Verhältnisse am Wohnort des Betroffenen geplant und durchgeführt werden.

Die der **Anschlussheilbehandlung** zu Grunde liegende Philosophie ist die Vorstellung, dass zwischen dem stationären Aufenthalt im Akutkrankenhaus und dem nachbehandelnden Hausarzt ein Versorgungsbedarf besteht, der weder von der Akutklinik noch vom Hausarzt gedeckt werden kann. **Abb.22.** Die Aufgaben-

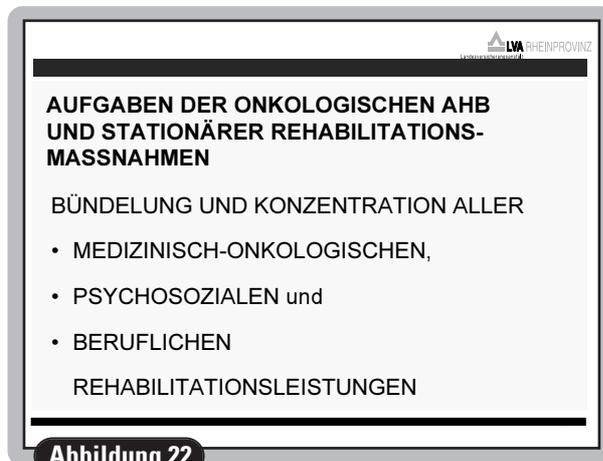


Abbildung 22

stellung der onkologischen AHB im besonderen Maße, aber auch späterer stationärer Rehabilitationsmaßnahmen besteht in der Bündelung und Konzentration aller medizinisch-onkologischen, psychosozialen und ggf. beruflichen Rehabilitationsleistungen. Die **ambulant**en bzw. **teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen** müssen hier vorbereitet und in die Wege geleitet werden.

**Abb. 23 und 24.** Spezielle medizinische **Ziele der stationären Rehabilitation** sind: Schulung des Umgangs mit einem künstlichen Darm- oder Luftröhrenausgang, Lymphödemprophylaxe und Lymphdrainage, Schulung in der Speiseröhrensprache nach Kehlkopfentfernung, Schulung im Umgang mit Fisteln, Diätberatung und Schulung nach Speiseröhren- oder Magenentfernung, Bauchspeicheldrüsenentfernung oder Darmteilentfernung, Schmerztherapie, Leben mit Schmerzen, Prothesenberatung, Inkontinenzberatung, z. B. nach Entfernung der Vorsteherdrüse, Schulung im Umgang

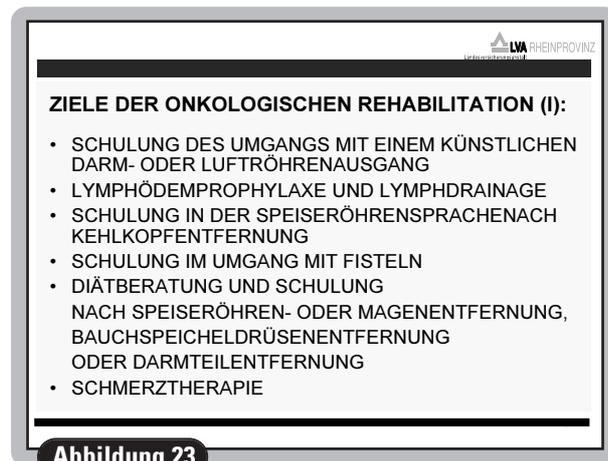


Abbildung 23

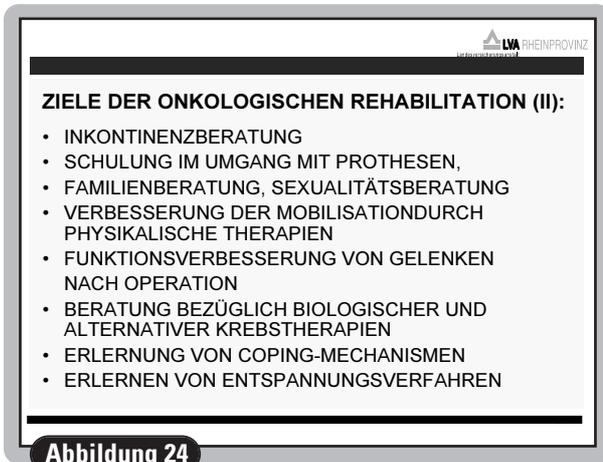


Abbildung 24

mit Prothesen, Familienberatung, Sexualitätsberatung, Beratung und Hilfen bei Impotenz, Verbesserung der Mobilisation durch physikalische Therapien, einschließlich der „Rollstuhlfähigkeit“ bei totalem oder partiellem Querschnitt, Funktionsverbesserung im betroffenen Schultergelenk nach Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle wegen Brustamputation, Beratung bezüglich biologischer und alternativer Krebstherapien, Erlernung von Coping-Mechanismen (Krankheitsbewältigungsstrategien), Erlernen von autogenem Training und anderen Entspannungsverfahren.

**Abb. 25.** Bei Tumorpatienten, gleichgültig ob sie noch im Erwerbsleben stehen oder nicht, bietet die stationäre Rehabilitation wesentliche Chancen zur Überwindung der durch die Krebsdiagnose und -therapie entstandenen physischen und psychischen Probleme, der sozialen und beruflichen Verunsicherungen sowie zur gezielten Förderung der psycho-sozialen Stabilisierung.

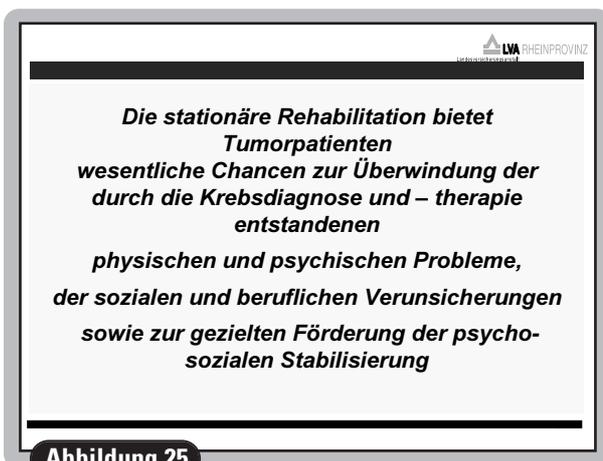


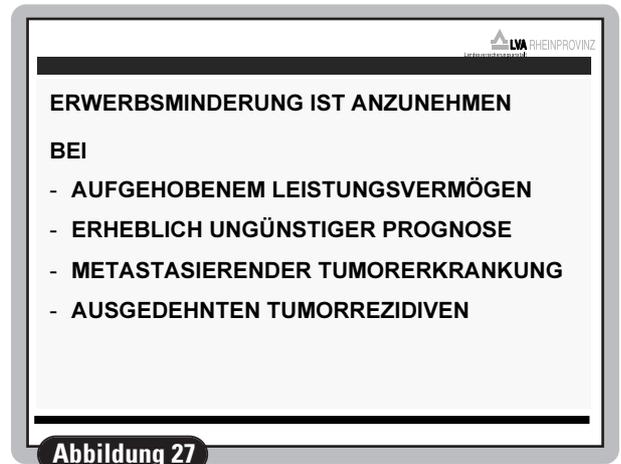
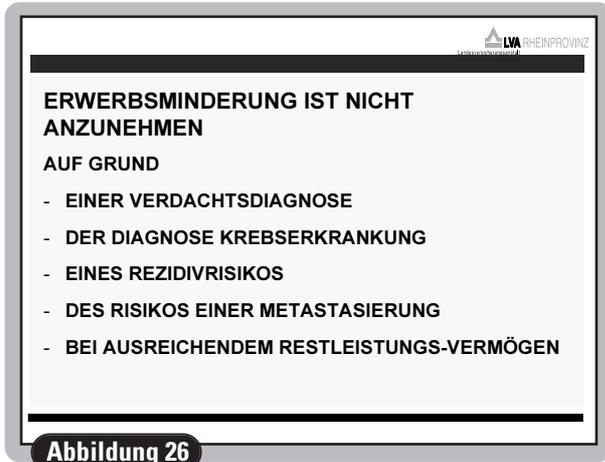
Abbildung 25

Die Bedeutung berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation bzw. der *Teilhabe am Arbeitsleben* bei Krebskranken wird gegenwärtig vielfach noch unterschätzt. Dies ist um so erstaunlicher, als gerade bei Kindern, Jugendlichen und im Erwerbsleben stehenden Erwachsenen die größten Heilerfolge zu verzeichnen sind. Überlegungen zur Eingliederung ins Erwerbsleben müssen bei der Akutbehandlung, spätestens in der stationären Rehabilitation in die Behandlungskonzepte mit einbezogen werden. Mögen auch bei palliativ Behandelten sowie bei chronisch Krebserkrankten und bei Patienten im fortgeschrittenen Alter aufwändigere berufliche Rehabilitationsverfahren nicht mehr in Frage kommen, so gibt es doch zahlreiche rehabilitative Möglichkeiten und Hilfen, die den Arbeitsplatz erhalten. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebskranken sind in der Mehrzahl Hilfen für Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber zur Erhaltung des Arbeitsplatzes. Welche Arbeitsplatz erhaltenden Maßnahmen, einschließlich denen der Arbeitsplatzumsetzung, in Frage kommen, ab wann eine berufliche Neuorientierung sinnvoll und durchführbar ist, sollte möglichst noch während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik geprüft werden. Krebspatienten können viele berufliche Tätigkeiten nach wie vor ausüben, einige jedoch nur mit Einschränkungen. Beispielsweise kann ein Versicherter nach totaler Magenentfernung keine körperlich schweren Arbeiten mehr verrichten mit Heben und Tragen schwerer Lasten, da er im Allgemeinen untergewichtig ist und eine eingeschränkte Belastbarkeit der Bauchwand besteht wegen des Risikos einen Bauchdeckenbruch zu erleiden. Zudem besteht die Gefahr einer Speiseröhrentzündung durch Rückfluss von Dünndarminhalt.

Eine besondere Hilfe für die Rückkehr in das Arbeitsleben stellt die *stufenweise Wiedereingliederung* bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit dar. Der besondere Vorteil dieser Regelung liegt darin, dass die Arbeitsbelastung auf Psyche und körperliche Situation nach der schweren Krankheit abgestimmt werden kann. Darüber hinaus werden die Eingewöhnung in den Arbeitsprozess und das Zurechtfinden in der Arbeitswelt erleichtert.

Eine wesentliche soziale Leistung zur Rehabilitation ist die Herstellung von Kontakten zu *Selbsthilfegruppen*, die häufig den Betroffenen durch das Vorleben

# Sozialmedizin



ebenfalls Betroffener sehr gut Bewältigungsstrategien bezüglich Krankheitsverarbeitung und Konfliktlösung vermitteln können.

Im Bewusstsein der Bevölkerung haben Tumorerkrankungen häufig immer noch eine Sonderstellung. Der meist schleichende Beginn der Erkrankung, ihre „Heimtücke“, die langwierigen und oft mit unangenehmen Begleiterscheinungen verbundenen therapeutischen Maßnahmen und die relativ hohe Todesrate bei manchmal langem Leidensweg machen das verständlich.

Gleichwohl hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Änderung in der sozialmedizinischen Beurteilung auf diesem Gebiet entwickelt. Kam früher wegen therapeutischer Ausweglosigkeit die Diagnose „Krebs“ einem „Todesurteil“ gleich, so dass fast in einem Automatismus der **Rentenantrag** gestellt und auch bewilligt wurde, so ist heute, auch aufgrund der vielen therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Prognose, eine sehr differenzierte Betrachtung notwendig. **Abb. 26.** Bei der **Frage der Erwerbsminderung** kommt es ja nicht nur auf die Krankheitsdiagnose an, sondern darauf, ob aufgrund von Krankheit oder Behinderung die Erwerbsfähigkeit langfristig gemindert ist. Eine automatische Invalidisie-

rung der Krebskranken würde auch gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten verstoßen und Versicherte mit anderen chronischen Krankheiten könnten eine ähnliche Sonderbehandlung erwarten. Eine verfrühte Rentengewährung könnte den Krebskranken ggf. auch als unheilbar abstempeln, ihn demotivieren gegenüber den oft belastenden Therapieverfahren, ihm das Vertrauen in eine mögliche Heilung nehmen und die soziale Integration in Beruf und Familie vermindern. Die mittlerweile gesetzlich vorgegebene grundsätzliche zeitliche Befristung einer Erwerbsminderungsrente kommt der prognostischen Unsicherheit bei Krebserkrankungen insofern sehr entgegen. **Das verbliebene individuelle Leistungsvermögen bzw. das Restleistungsvermögen ist für die Beurteilung maßgeblich.** Der Verdacht auf eine Krebserkrankung kann keine Grundlage für eine Erwerbsminderungsrente sein. Auch nicht das bloße Risiko eines Rezidivs oder einer Metastasierung.

**Abb. 27.** Metastasierende Tumorerkrankungen und ausgedehnte Rezidive mit ungünstiger Prognose sollten jedoch immer zur Empfehlung einer Erwerbsminderungsdauerrente führen.

## Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Rehabilitation Behinderter  
Deutscher Ärzte-Verlag 1994

Delbrück, H.  
Krebsnachsorge und Rehabilitation. Band 5.  
Der Krebskranke in der Arbeitswelt.  
W. Zuckschwerdt Verlag München, 1995.

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg  
Krebsinformationsdienst  
<http://www.krebsinformation.de>  
Textaktualisierung 11/2002

Fritze, E.  
Die ärztliche Begutachtung  
Steinkopff, Darmstadt 2001

Görgen, G.  
Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bösartiger  
Erkrankungen im Rentenverfahren,  
LVA Rheinprovinz, Mitteilungen, Heft 11-12/2002

Herschbach, P., Brandl, T. et al:  
Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von  
Krebspatienten  
Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation  
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 12, 19. März 2004

Marx, H. H., Klepzig, H.  
Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten,  
Thieme, Stuttgart 1997

Münstedt, K. (Hrsg.)  
Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien  
ecomед verlagsgesellschaft AG & Co. KG 2003

Oehlich, M., Stroh, N.,  
Internetkompass Krebs  
Springer Verlag 2001

Pannen, H. D.  
Sozialmedizin der medizinischen Rehabilitation der Renten-  
versicherung.  
LVA Rheinprovinz, Mitteilungen, Heft 6/1989

Pannen, H. D.  
Standards und Qualitätssicherung sozialmedizinischer  
Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation Krebskranker.  
In Qualitätssicherung in der Onkologie.  
H. Delbrück (Hrsg), W. Zuckschwerdt Verlag, 1997  
Sahm S., Caspary, W.  
Gastroenterologische Onkologie  
2. Auflage, Schattauer GmbH 2003

Schmoll, H. J. et al:  
Kompendium Internistische Onkologie.  
2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg 1996.

Tschuschke, V.  
Psychoonkologie  
Schattauer GmbH 2002

Vetter, H. et al:  
Prognose innerer Erkrankungen.  
Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York.

Wolff, Weihrauch:  
Internistische Therapie 2002-2003.  
14. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München – Jena.

Zellmann, K. et al:  
Tumorerkrankungen. Sozialmedizinische Begutachtung in der  
GRV.  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.  
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1995.

## Sozialmedizin

Dr. med. Gerhard Görgen, Abteilung Ärztlicher Dienst, Leiterin: Dr. med. Cornelia Büchner

# Begutachtung nach Aktenlage durch den Ärztlichen Dienst der LVA Rheinprovinz

Der Gutachtauftrag zur ärztlichen Begutachtung eines Versicherten betrifft die medizinische Sachaufklärung, beispielsweise im Rahmen eines Antrages auf Rente wegen Erwerbsminderung. Aus der Begutachtung des Versicherten resultiert die Entscheidungsempfehlung des ärztlichen Gutachters, die zur Grundlage eines Rentenbescheides wird. Die gesetzlichen Grundlagen zur Begutachtung ergeben sich aus dem § 20 SGB X, Satz 1: „Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden.“ Ferner aus § 21 SGB X, Satz 1: „Die Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts für erforderlich hält.“

Mehrfachbegutachtungen der Versicherten sollten unterbleiben, wie dies im § 96 SGB X, Absatz 2 unter anderem präzisiert wird: „Durch Vereinbarungen haben die Leistungsträger sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen.“ Andere Gründe für eine Begutachtung nach Aktenlage ergeben sich etwa aus dem § 22 SGB IX wie sie in Absatz 1, Punkt 7 näher präzisiert werden: „Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere ...7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken.“

### Gesetzliche Grundlagen:

- § 20 SGB X, Satz 1
- § 21 SGB X, Satz 1
- § 96 SGB X, Absatz 2
- § 22 SGB IX, Absatz 1, Punkt 7

Bereits seit 1996 wurden mit der Intention einer raschen und versichertennahen Beratung und Antragsbearbeitung insgesamt 13 Service-Zentren im Zuständigkeitsbereich der LVA Rheinprovinz eingerichtet. In die Service-Zentren sind die Ärztlichen Untersuchungsstel-

len integriert, in denen die ärztlichen Begutachtungen stattfinden. Neben den Service-Zentren wurden nach SGB IX die Servicestellen eingerichtet, zu deren Trägern neben der LVA auch die Bundesknappschaft, die BfA und andere gehören. In den gemeinsamen Servicestellen aller Rehabilitationsträger erhalten behinderte Menschen und von Behinderung bedrohte Menschen umfassende Beratung und Unterstützung. Die Servicestellen informieren beispielsweise über Leistungsvoraussetzungen, ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger und bleiben auch nach der Leistungsentscheidung Ansprechpartner der Betroffenen. Durch Begutachtung nach Aktenlage kann im Einzelfall auf weitere medizinische Sachaufklärung verzichtet werden.

Neben diesen rechtlichen Vorgaben können ebenso medizinische Gründe eine Begutachtung nach Aktenlage erforderlich machen. Diese Gründe werden teilweise bereits bei der Antragstellung von dem Versicherten oder seinem Vertreter angegeben bzw. sind durch ärztliche Bescheinigungen oder medizinische Vorbefunde belegt. Dazu zählen beispielsweise in Rentenverfahren wegen Erwerbsminderung eine erhebliche Zustandsverschlechterung einer bestehenden chronischen Erkrankung mit der Folge einer weitgehenden Immobilität, das Endstadium einer Krebserkrankung, die fehlende Transportfähigkeit des Versicherten oder eine auf nicht absehbare Zeit fortdauernde stationäre Behandlung, wie beispielsweise nach Polytrauma oder eine Unterbringung nach den Gesetzen für psychisch Kranke (Psych-KG) bei ausgeprägter psychischer Erkrankung mit der Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung.

### Medizinische Gründe:

- Zustandsverschlechterung einer chronischen Erkrankung mit Immobilität
- Endstadium einer malignen Erkrankung
- Fehlende Transportfähigkeit
- Fortdauernde stationäre Behandlung
- Unterbringung nach PsychKG

Sowohl im Rentenverfahren als auch bei Anträgen auf eine medizinische Reha-Behandlung oder auf Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt in der Regel eine Begutachtung mit körperlicher Untersuchung in der Ärztlichen Untersuchungsstelle eines Service-Zentrums der LVA Rheinprovinz. Eine Begutachtung nach Aktenlage sollte abhängig von der Ausgangssituation jedoch stets geprüft werden. Daher erfolgt zuallererst eine eingehende Sichtung und Prüfung der bereits vorliegenden Befunde durch den ärztlichen Gutachter, ferner von Hinweisen auf weitere medizinische Unterlagen, die eventuell die medizinische Sachaufklärung beschleunigen. Dazu zählen beispielsweise Angaben des Versicherten über vorliegende Erkrankungen oder laufende bzw. erfolgte Behandlungen, ferner ärztliche Bescheinigungen des behandelnden Hausarztes oder Facharztes, Arztbriefe oder Krankenhausentlassungsberichte.

Den medizinischen Vorbefunden kommt eine unterschiedliche Wertigkeit für die Erstellung der Gutachten nach Aktenlage zu. Ärztliche Gutachten anderer Sozialleistungsträger, die bereits zu einer sozialmedizinischen Stellungnahme geführt haben, können abhängig vom Gutachtauftrag eine erneute körperliche Untersuchung des Versicherten ersetzen.

Je nach gesetzlicher Grundlage und Gutachtauftrag sowie nach Art und Ausführlichkeit der sozialmedizinischen Stellungnahme dieser Gutachten, die durch andere Institutionen für andere Fragestellungen erstellt wurden, ergibt sich eine unterschiedliche Verwertbarkeit bei Rentenanträgen oder Anträgen auf Teilhabe. Gutachten der folgenden Leistungsträger können als Grundlage einer Begutachtung nach Aktenlage in Betracht kommen:

### **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)**

Anlass für die Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens ist entweder Sicherung des Heilerfolgs oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Versicherter aufgrund von Krankheit seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Die Rechtsgrundlage für eine Begutach-

tung durch den Medizinischen Dienst bei Arbeitsunfähigkeit bildet § 275 Absatz 1, SGB V. Bei der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit nach den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien gibt das Gutachten neben der Anamnese und dem erhobenen Befund Auskunft über das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten/maßgeblichen Tätigkeit nach Angaben des Versicherten. Nach der Zusammenfassung von Anamnese und Befund wird in dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK beurteilt, ob im Hinblick auf die Arbeitsplatzanforderungen aufgrund der festgestellten Leistungsmin- derung Arbeitsunfähigkeit besteht. Außerdem werden in bestimmten Fällen die medizinischen Voraussetzungen für eine erhebliche Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit geprüft (§ 51 Abs. 1, SGB V: „*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.*“). Schließlich werden in dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK Empfehlungen und Hinweise gegeben, dazu zählt beispielsweise die Empfehlung zur Einleitung einer medizinischen Reha-Behandlung. Daneben werden von dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch Pflegegutachten nach § 18 SGB XI erstellt. Pflegebedürftig – im Sinne des Pflegeversicherungs-Gesetzes – sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich für mindestens 6 Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Für die zu erbringenden Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen: Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige), Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige).

### **Arbeitsverwaltung**

In dem Befundbogen des ärztlichen Gutachtens der Arbeitsverwaltung werden u.a. die berufliche Entwicklung, Vorgeschichte, sozialmedizinische Daten, Lebens-

# Sozialmedizin

weise, Beschwerden, Untersuchungsbefund und Fremdbefunde berücksichtigt. Ein positives und negatives Leistungsbild werden erstellt. Die Auswirkungen auf die überwiegende oder letzte Tätigkeit werden beschrieben, außerdem wird in dem Gutachten festgestellt, falls der Betroffene vermindert oder nicht leistungsfähig ist, ob dies voraussichtlich bis zu 6 Monaten oder voraussichtlich länger als 6 Monate zutrifft. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit im Sinne des § 119 SGB III hat der ärztliche Gutachter zu beantworten. Danach ist ein Arbeitsloser arbeitsfähig, der eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben kann und darf. Daneben werden die festgestellten Gesundheitsstörungen kurz gefasst und laienverständlich in dem ärztlichen Gutachten dargestellt. Nach der arbeitsmedizinischen Beurteilung wird eine sozialmedizinische Empfehlung (für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, weitere Veranlassungen wie psychologische Begutachtung etc.) abgegeben.

## Versorgungsverwaltung

Die Versorgungsverwaltung ist für die Durchführung der Verfahrensabwicklung nach dem sozialen Entschädigungsrecht (SER) und dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX, Teil 2) zuständig. In den ärztlichen Gutachten des Versorgungsamtes zum Antrag nach § 69 SGB IX wird der Grad der Behinderung festgestellt. MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) und GdB (Grad der Behinderung) werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass die MdE kausal (nur auf Schädigungsfolgen) und der GdB final (auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache) bezogen sind. Der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit aus dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz) ist jedoch keinesfalls identisch mit dem Begriff der Erwerbsminderung, wie er in der Rentenversicherung verwendet wird.

MdE und GdB haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur für die Einschränkung im allgemeinen Er-

werbsleben zum Inhalt. MdE und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Aus der Höhe der MdE kann jedoch nicht auf eine teilweise oder volle Erwerbsminderung geschlossen werden. Daher sind die erstellten ärztlichen Gutachten der Versorgungsverwaltung nicht ohne weiteres als Vorgutachten zu übernehmen, sondern die Gutachten sind ebenso wie die anderer Leistungsträger auf ihre Verwertbarkeit zu prüfen.

## Gesundheitsamt

Der amtsärztliche Dienst der Gesundheitsämter erstellt neben zahlreichen anderen Gutachten gemäß Angestellten- und Beamtenrecht auch Gutachten gemäß dem Bundessozialhilfegesetz. Begutachtet werden in diesem Fall Sozialhilfeempfänger. In den Begutachtungen wird u.a. zur Arbeitsfähigkeit oder etwa zur Notwendigkeit von Hilfsmitteln Stellung genommen. In den Gutachten werden neben der Epikrise mit Würdigung der Vorbefunde die erhobenen medizinischen Befunde aufgeführt und eine Stellungnahme beispielsweise zur Arbeitsfähigkeit abgegeben. Eine Arbeitsunfähigkeit kann zeitlich limitiert werden, Nachuntersuchungen können empfohlen werden.

Entscheidend für die Verwertbarkeit der Gutachten anderer Sozialleistungsträger ist, inwieweit die Fragestellungen im Rentenanspruchsverfahren oder bei Anträgen auf Teilhabe in diesen erstellten Gutachten bereits beantwortet wurden oder inwieweit sich die Beantwortung aus den Gutachten ableiten lässt; ob beispielsweise die Erwerbsfähigkeit des Versicherten gemindert oder gefährdet ist oder durch eine Reha-Behandlung zu bessern ist. Überschneidungen ergeben sich beispielsweise häufig zu den Fragen, wie sie auch in den sozialmedizinischen Gutachten des MDK aufgeführt und beantwortet werden.

Natürlich werden regelmäßig auch zeitnah erstellte und nachvollziehbare Reha-Entlassungsberichte der eigenen Reha-Kliniken bzw. der Vertragskliniken der LVA Rheinprovinz für Gutachten nach Aktenlage verwendet, beispielsweise bei Rentenanspruchsstellung nach einer kurz zuvor abgeschlossenen medizinischen Reha-Behandlung. Ebenso können Gutachten aus den Ärzt-

lichen Untersuchungsstellen, die mit einer Einbestellung und Untersuchung des Versicherten abgeschlossen wurden, nochmals als Grundlage eines Gutachtens nach Aktenlage dienen, z.B. bei kurzfristigen Reha-Anträgen nach abgeschlossenem Rentenverfahren.

Schließlich kommen noch andere Vorbefunde für die Erstellung von Gutachten nach Aktenlage in Betracht, wie Bescheinigungen des behandelnden Hausarztes oder Facharztes, ferner Krankenhausentlassungsberichte. In der Regel enthalten diese jedoch keine sozialmedizinische Stellungnahme, da der Schwerpunkt hier in der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen liegt. Auch ist die Abfassung der Bescheinigungen nicht standardisiert. Spezielle Fragestellungen der Rentenversicherung/des Rentenrechts, deren Beantwortung für die sozialmedizinische Stellungnahme im Rentenverfahren notwendig ist, werden in der Regel in den Gutachten anderer Leistungsträger ganz oder teilweise nicht berücksichtigt. Dadurch wird die Verwertbarkeit dieser Vorgutachten, wie sie im eingangs erwähnten § 96 SGB X, Absatz 2 gefordert wird, im konkreten Fall erheblich eingeschränkt. Im Rentenverfahren zählen dazu insbesondere die folgenden Fragestellungen:

#### 1) Frage des zeitlichen Umfangs einer Tätigkeit

Nach dem neuen Rentenrecht liegt volle Erwerbsminderung vor, wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine körperlich leichte Tätigkeit nur unter 3 Stunden täglich verrichtet werden kann. Teilweise Erwerbsminderung besteht, wenn eine körperlich leichte Tätigkeit 3 bis unter 6 Stunden täglich übernommen werden kann. Kann eine Tätigkeit 6 Stunden und mehr täglich verrichtet werden, wird keine Rente gewährt.

#### 2) Frage der Datierung des Leistungsfalls

Der Beginn einer leistungsrelevanten Einschränkung im Erwerbsleben ist im ärztlichen Gutachten möglichst genau festzulegen. Darauf baut die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers auf, ab wann die entsprechende Leistung, beispielsweise eine Zeit- oder Dauerrente, gewährt wird. Der Leistungsfall kann beispielsweise dem Beginn einer Arbeitsunfähigkeit entsprechen.

#### 3) Frage der Wegefähigkeit

Zur Erwerbsfähigkeit eines Versicherten gehört auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen.

Dazu muss der Versicherte imstande sein, arbeitstäglich 4 x mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten bewältigen zu können. Diese Frage muss beispielsweise bei einem Versicherten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit und Claudicatiobeschwerden vom ärztlichen Gutachter beantwortet werden. Wird die Wegefähigkeit vom ärztlichen Gutachter verneint, so ist auch die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes mit dem eigenen Pkw im ärztlichen Gutachten zu diskutieren.

#### 4) Frage der Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen

Hier handelt es sich nicht um Pausen, die dem Versicherten als persönliche Verteilzeit regelmäßig zur Verfügung stehen, sondern um zusätzliche Pausen, wie sie beispielsweise im Rahmen eines neurologischen Krankheitsbildes erforderlich werden können. Andererseits können die Insulininjektionen eines Diabetikers in der Regel während der persönlichen Verteilzeit erfolgen, sie erfordern keine zusätzlichen Pausen.

#### 5) Unwahrscheinlichkeit einer Besserung des Leistungsvermögens

Nach dem neuen Rentenrecht werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit grundsätzlich auf Zeit geleistet. Im Rentenverfahren ist daher im ärztlichen Gutachten die Unwahrscheinlichkeit einer Besserung zu begründen, da die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nur dann auf Dauer gewährt wird (§ 102, SGB VI, Satz 2 u.a.: „*Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.*“)

#### 6) Frage der Verweisbarkeit

Für Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, ist im Rentenverfahren weiterhin die Verweisbarkeit zu prüfen. Dazu gehört auch die Kenntnis des erlernten und ausgeübten Berufs des Versicherten, ferner die Feststellung, ob eine Tätigkeit des gehobenen Arbeitsmarktes verrichtet wurde. Kann der Versicherte diese Tätigkeiten nicht mehr verrichten, so muss er sich auf alle Arbeiten verweisen lassen, die ihm nach seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten zugemutet werden können und für die er ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt. Dabei spielt auch die Umstel-

## Sozialmedizin

lungsfähigkeit auf qualifizierte Anlern Tätigkeiten eine Rolle. Das neue Rentenrecht sieht Renten wegen Berufsunfähigkeit, abgesehen von der genannten Übergangsregelung, nicht mehr vor.

### Fragestellungen im Rentenverfahren:

Zeitlicher Umfang einer Tätigkeit  
 Datierung des Leistungsfalls  
 Wegefähigkeit  
 Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen  
 Unwahrscheinlichkeit der Besserung  
 Verweisbarkeit

Werden die vorstehenden Fragen in den Gutachten anderer Leistungsträger nicht beantwortet oder kann ihre Beantwortung aus den vorgelegten Befunden nicht abgeleitet werden, so ist im Rentenverfahren eine Begutachtung mit körperlicher Untersuchung erforderlich. Es gibt jedoch noch weitere Gründe für eine mangelnde Verwertbarkeit von Vorgutachten:

Beispielsweise ist das Vorgutachten unvollständig, da nur eine symptombezogene Untersuchung stattgefunden hat, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass wesentliche leistungsmindernde Erkrankungen, die zum Untersuchungszeitpunkt nicht im Vordergrund standen, nicht erfasst wurden.

Oder das vorliegende Gutachten wurde nicht zeitnah erstellt, die Begutachtung liegt länger als 6 Monate zurück. Zwischenzeitlich ist auf Grund weiterer vorliegender Befunde unter Umständen auch eine Änderung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten, beispielsweise verursacht durch eine weitere leistungsmindernde Erkrankung.

Das Vorgutachten ist in wesentlichen Teilen nicht nachvollziehbar, beispielsweise wird ein aufgehobenes Leistungsvermögen bei nur geringen Funktionseinschränkungen festgestellt.

Geänderte medizinische Sachverhalte oder vorhandene sozialmedizinische Schlussfolgerungen im Vorgutachten können ebenfalls zu dessen eingeschränkter Verwertbarkeit führen. Zum Beispiel können die Anforderungen im Beruf, wie sie sich aus dem Berufsbild ergeben, mit dem negativen Leistungsbild nicht zu vereinbaren sein. Ein Versicherter sollte z.B. nach den

Feststellungen im Vorgutachten zwar nicht schwer heben, kann aber angeblich als Maurer 6 Stunden und mehr täglich arbeiten.

### Eingeschränkte Verwertbarkeit der Vorgutachten bei:

Unvollständigkeit  
 Fehlender Aktualität  
 Fehlender Nachvollziehbarkeit  
 Widersprüchlichkeit

Wie die ärztlichen Gutachten anderer Sozialleistungsträger die Grundlage für Begutachtungen nach Aktenlage im Ärztlichen Dienst der LVA Rheinprovinz bilden, so dienen andererseits die in den Ärztlichen Untersuchungsstellen mit Untersuchung eines Versicherten erstellten Gutachten als Grundlage für eine Begutachtung nach Aktenlage, beispielsweise bei der Arbeitsverwaltung oder dem MDK. Regelmäßig werden diese Gutachten auf Anforderung anderen Sozialleistungsträgern zur Verfügung gestellt.

In diesem Zusammenhang ist auch die sogenannte Nahtlosigkeitsregelung nach § 125 SGB III zu erwähnen. Nach einer trägerübergreifenden Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Rentenversicherung stützt sich dabei das Gutachten nach Aktenlage des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsverwaltung überwiegend auf Gutachten der Ärztlichen Dienste der Rentenversicherung.

Ebenso wird bei Anträgen auf eine medizinische Reha-Behandlung im ärztlichen Gutachten der Untersuchungsstelle der LVA Rheinprovinz dazu Stellung genommen, ob beispielsweise eine Reha-Bedürftigkeit nach dem Leistungsrecht eines anderen Reha-Trägers vorliegt. Auch können Versicherte, die einen Antrag nach § 69 SGB IX (auf Schwerbehindertenausweis) gestellt haben und die zuvor in einer Ärztlichen Untersuchungsstelle des Rentenversicherungsträgers begutachtet wurden, diese Begutachtung in ihrem Antrag angeben, so dass das erstellte Gutachten von der Versorgungsverwaltung angefordert werden kann und ebenfalls in die Feststellung des GdB eingebracht wird.

Im § 96, (3), SGB X wird betont: „Die Bildung einer Zentraldatei mehrerer Leistungsträger für Daten

*der ärztlich untersuchten Leistungsempfänger ist nicht zulässig.*“ Damit ist der Zugriff der Leistungsträger auf eine gemeinsame Datei nicht möglich. Bei Ausschöpfung der bereits bestehenden Möglichkeiten und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben ermöglichen Begutachtungen nach Aktenlage in geeigneten Fällen eine zügige Bearbeitung und eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen, wie dies auch vom Gesetzgeber gewünscht wird und im Interesse des Versicherten ist.

---

**LITERATUR:**

A.F. Berg: Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage – aus Sicht der Arbeitsverwaltung. MED SACH 100 (2004) No3, S88-91.

K. Ruckriegel: Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage – aus Sicht der Kranken-/Pflegeversicherung. MED SACH 100 (2004) No3, S78-80.

L. Schmidt: Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage – aus Sicht der Versorgungsverwaltung. MED SACH 100 (2004) No3, S81-84.

Sozialgesetzbuch, 37. Auflage, Aug. 2001.

VDR (Hrgb): DRV-Schriften, Band 53: Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO).

VDR (Hrgb): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage, Springer Verlag 2003, ISBN

# Sozialmedizin

Dr. med. Thomas Krug, Abteilung Ärztlicher Dienst, Leiterin: Dr. med. Cornelia Büchner

## Echokardiographie in der ambulanten Rentenbegutachtung

### Einleitung

**Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung stellt sich häufig die Frage, welche diagnostischen Untersuchungsmethoden angewendet werden müssen, um eine ausreichende Einschätzung des Leistungsbildes zu erlangen. Hierbei sind oft neben medizinischen Gesichtspunkten Fragen der Duldungspflicht und der Verfügbarkeit entsprechender Diagnostik von Bedeutung. In Zeiten begrenzter Ressourcen muss zudem jeweils die Kosten-Nutzen-Relation bedacht werden. Die folgende Darstellung versteht sich als ein Erfahrungsbericht über den Einsatz der Echokardiographie in der ambulanten Rentenbegutachtung. Hierzu werden 100 Gutachtenpatienten mit bekannten Herzerkrankungen oder unklaren Brustbeschwerden in die Untersuchung eingeschlossen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Frage, inwieweit die Entscheidungsfindung im Rahmen der Begutachtung durch die aktuelle echokardiographische Diagnostik beeinflusst wird.**

### Zur Untersuchungsmethode Echokardiographie

Der Begriff Echokardiographie wird synonym verwendet für Ultraschalldiagnostik des Herzens. Sie ist heute die Standardmethode zur Beurteilung von morphologischen Veränderungen des Herzens. Sie ist eine nichtinvasive Untersuchungsmethode, d.h. Schädigungen von Körperstrukturen im Rahmen der Untersuchung wie etwa eine Strahlenbelastung oder Gewebeschäden werden vermieden. Relevante Nebenwirkungen sind auch nach häufig wiederholter Anwendung

nicht bekannt. In technischer Hinsicht werden über spezielle Ultraschallköpfe Schallwellen, die weit jenseits der Wahrnehmung des menschlichen Ohres liegen, in den Körper ausgesendet. Die Schallfrequenzen liegen in der Regel zwischen 2,25 und 5 Mega-Hertz. Diese Schallwellen werden beim Durchlaufen des menschlichen Körpers von den einzelnen Gewebearten unterschiedlich schnell transportiert, wobei jede Gewebeart ihren eigenen spezifischen Wellenwiderstand besitzt. Dieser Wellenwiderstand wird akustische Impedanz genannt. An den Grenzflächen von Medien mit verschiedenen Impedanzwerten kommt es zu einer teilweisen Reflexion der Schallwellen. Der reflektierte Anteil kann von Sensorelementen der Schallköpfe empfangen werden. Aus der Laufzeit der empfangenen Schallwellen kann die Entfernung der entsprechenden Strukturen berechnet werden, wobei von den Geräten ein bewegtes Monitorbild in verschiedenen Graustufen erzeugt wird.

Eine Besonderheit der modernen Ultraschalldiagnostik ist die Dopplerechokardiographie. Mit dieser Methode können bewegte Strukturen wie z. B. Blutströme in Gefäßen oder an Herzklappen dargestellt werden. Das Prinzip der Untersuchungsmethode beruht auf dem sog. Doppler-Effekt. Dabei werden Ultraschallwellen von dicht nebeneinander liegenden Schallwandlern getrennt gesendet und aufgezeichnet. Beim Auftreffen auf bewegte Medien werden die Schallwellen je nach Bewegungsrichtung und Geschwindigkeit mit höherer oder niedrigerer Frequenz reflektiert. Aus der Differenz dieser Frequenzen lässt sich ein Strömungsprofil errechnen. Bei der Untersuchung von Blutgefäßen oder Herzklappen werden diese Strömungsprofile entweder als Kurven ausgegeben oder in einer farbcodierten Darstellung direkt als Strömung auf dem Monitor sichtbar gemacht.

Mit der Echokardiographie lassen sich folgende Strukturen direkt oder indirekt beurteilen:

- Herzaußenhaut mit Herzbeutel, Nachweis eines Herzbeutelergusses.
- Herzmuskel mit Nachweis von Wandbewegungsstörungen und Darstellung des Kontraktionsverhal-

tens. Hierbei kann die Kontraktilität und die Pumpleistung des Herzens beurteilt werden.

- Herzbinnenhaut mit eventuellen Auflagerungen, Gerinnselbildungen im Bereich der Herzhöhlen, entzündliche Auflagerungen bei Herzbinnenhautentzündung.
- Herzklappen mit Klappenverengungen oder Klappenschlussunfähigkeit.
- Abgang der großen Körperschlagader (Aorta).

Es sind somit eine Fülle von Funktionsparametern des Herzens im Rahmen einer einzigen Untersuchung zu beurteilen. Hierbei können, für den Patienten kaum belastend, diagnostische Aussagen gewonnen werden, die nicht abhängig sind von der Mitarbeit der Patienten. Die Aussagefähigkeit bezüglich Erkrankungen, die die o.g. Strukturen des Herzens betreffen, ist somit relativ hoch.

Mit der klassischen Echokardiographie lassen sich die blutversorgenden Gefäße des Herzmuskels, die Koronararterien, nicht sicher beurteilen. Hierzu sind zusätzliche Belastungsuntersuchungen erforderlich. Typischerweise wird zunächst ein Belastungs-EKG durchgeführt, wobei hiermit ca. 70 Prozent der relevanten Koronararterienverengungen erkannt werden können. Für die Praxis der Begutachtung stellt die Kombination von Echokardiographie und Belastungs-EKG somit eine zuverlässige Diagnostik dar, die relativ gefahrlos für den Patienten angewendet werden kann. Bei Beachtung der Ausschlusskriterien und der Sicherheitsbestimmungen sind ernsthafte Komplikationen im Rahmen des Belastungs-EKG nur in seltenen Fällen zu erwarten, wobei in der Literatur eine Häufigkeit von ca. 1 Fall auf 100.000 Untersuchungen genannt wird.

Eine weitere diagnostische Möglichkeit ergibt sich durch die sog. Belastungsechokardiographie, wobei die klassische Echokardiographie entweder mit einer ergometrischen Belastung kombiniert oder die Belastung des Herzmuskels durch pharmakologische Stimulation erreicht wird. Prinzipiell ist hierdurch eine Beurteilung belastungsabhängiger Funktionsstörungen der linken Herzkammer möglich, wobei jedoch die Untersuchungstechnik diffiziler ist. In der Praxis der Begutachtung ergibt sich bei Patienten mit kardiologischen Vorerkrankungen oder mit Beschwerden von Seiten der Brustorgane oft das Problem einer unzureichenden oder nicht mehr aktuellen Vordiagnostik. Erfahrungs-

gemäß wird selbst bei z.B. bekannter koronarer Herzerkrankung nicht in regelmäßigen Abständen eine kardiologische Verlaufsdagnostik durchgeführt, sodass eine geänderte Beschwerdesymptomatik zum Zeitpunkt der Begutachtung in vielen Fällen noch nicht durch eine apparative Diagnostik weiter abgeklärt ist. Rechtfertigt jedoch diese häufige diagnostische Lücke den routinemäßigen Einsatz der Echokardiographie in der Rentenbegutachtung?

Folgende Gesichtspunkte sind für die Beantwortung dieser Frage von Bedeutung:

1. Inwiefern können durch den zusätzlichen Einsatz der Echokardiographie neue diagnostische Aussagen gewonnen werden, die nicht durch die bisherige Vordiagnostik bekannt sind.?
2. Wird durch die zusätzlich durchgeführte Echokardiographie die Leistungsbeurteilung in nennenswertem Umfang beeinflusst oder ist die zusätzliche medizinische Information für die Erstellung des Leistungsbildes von untergeordneter Bedeutung?

## Methodik und Ergebnisse

Zur Beurteilung dieser Fragen werden im folgenden Daten von 100 Patienten ausgewertet, die ambulant im Rahmen einer Rentenbegutachtung untersucht worden sind. Eingeschlossen werden ausschließlich Patienten, die entweder eine bekannte kardiologische Grunderkrankung haben oder in der Vorgeschichte Brustbeschwerden aufweisen, die möglicherweise im Zusammenhang mit einer Herzerkrankung stehen. Weitere Ein- oder Ausschlusskriterien werden nicht berücksichtigt.

In einem ersten Schritt wird bei sämtlichen Patienten die vorhandene Vordiagnostik einschließlich der Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie des Ruhe-EKG erfasst. Anschließend erfolgt eine erste Leistungsbeurteilung auf der Basis dieser Daten.

In einem zweiten Schritt erfolgt bei jedem Patienten im Rahmen einer aktuellen kardiologischen Diagnostik eine Echokardiographie. Dabei werden vor allem folgende Parameter erfasst:

- Systolische linksventrikuläre Pumpfunktion (Funktionsbeurteilung der Austreibungsphase der linken Herzkammer)
- Größe der Herzhöhlen

# Sozialmedizin

- Wandveränderungen des linken Ventrikels
- Abschätzung der diastolischen Funktion des linken Ventrikels (Funktionsbeurteilung der Füllungsphase der linken Herzkammer)
- Herzklappenveränderungen
- Pathologische Flussverhältnisse im Bereich der Herzklappen oder des Septums (Herzscheidewand)
- Messung von Druckgradienten im Bereich der Herzklappen sowie Abschätzung der Druckverhältnisse im Lungenkreislauf bei Trikuspidalklappeninsuffizienz (Schlussunfähigkeit der Klappe zwischen rechter Herzkammer und rechtem Herzvorhof)
- Pathologische Befunde wie Gerinnselbildungen der Herzhöhlen oder Herzbeutelergüsse etc.

Abschließend wird mit Kenntnis der aktuellen echokardiographischen Daten eine erneute Leistungsbeurteilung durchgeführt. Hierbei werden jeweils sämtliche verfügbare Daten in die Bewertung des Leistungsbildes einbezogen. Bei der Auswertung wird einerseits der Erkenntnisgewinn durch die erneute Diagnostik quantitativ erfasst und bewertet. Zum anderen erfolgt ein Vergleich der unter den verschiedenen diagnostischen Voraussetzungen angefertigten Leistungsbeurteilungen.

Im Hinblick auf die medizinische Diagnostik ergeben sich durch die zusätzliche Echokardiographie folgende Ergebnisse:

- In 36 von 100 Fällen (Säule 3, Abb.1) konnten echokardiographische Befunde registriert werden, die sich entweder qualitativ oder quantitativ erheblich von den bisher bekannten diagnostischen Daten unterscheiden. Es handelt sich einerseits um bisher in der apparativen Vordiagnostik different beschriebene Befunde und andererseits um neue bislang nicht bekannte Befunde im Falle einer fehlenden Vordiagnostik.
  - In 30 der o.g. Fälle (Säule 4, Abb.1) konnten echokardiographisch eine verschlechterte Funktion des Herzens oder zusätzliche bedeutsame pathologische Befunde erhoben werden.
  - In 6 der o.g. 36 Fälle mit geänderter Diagnostik (Säule 5, Abb.1) zeigten sich gebesserte Herzfunktionsparameter.
- In 64 von 100 Fällen ergaben sich somit entweder keine nennenswerten Änderungen zur Vordiagnostik oder es wurden echokardiographisch keine bedeutsamen pathologischen Befunde registriert (Säule 2, Abb.1).
- Die zweite Beurteilung des Leistungsbildes erbringt folgendes Resultat:
- In 23 von 100 Fällen (Säule 3, Abb.2) wird die verbliebene Leistungsfähigkeit nach durchgeführter Echokardiographie geringer bewertet.
  - In 2 von 100 Fällen (Säule 4, Abb.2) wird die verbliebene Leistungsfähigkeit nach durchgeführter Echokardiographie höher bewertet.
- In sämtlichen abweichenden Fällen wurden neue echokardiographische Befunde registriert (Säule 3, Abb.1). Somit ist es in 25 dieser 36 Fälle durch die er-

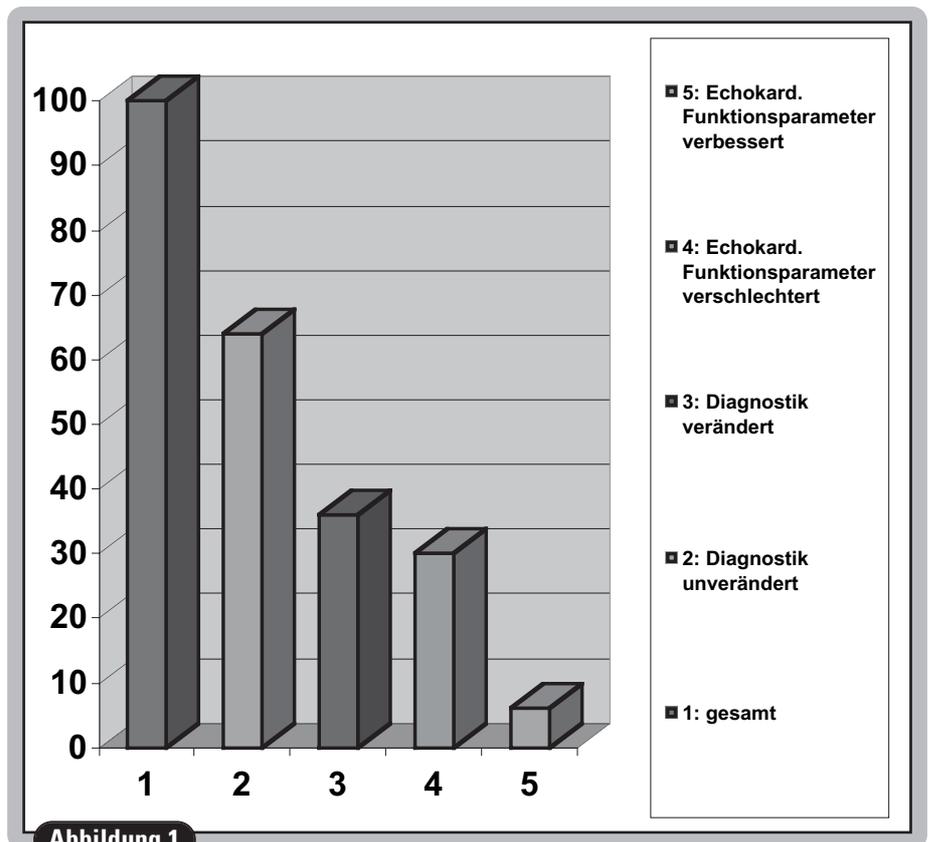


Abbildung 1

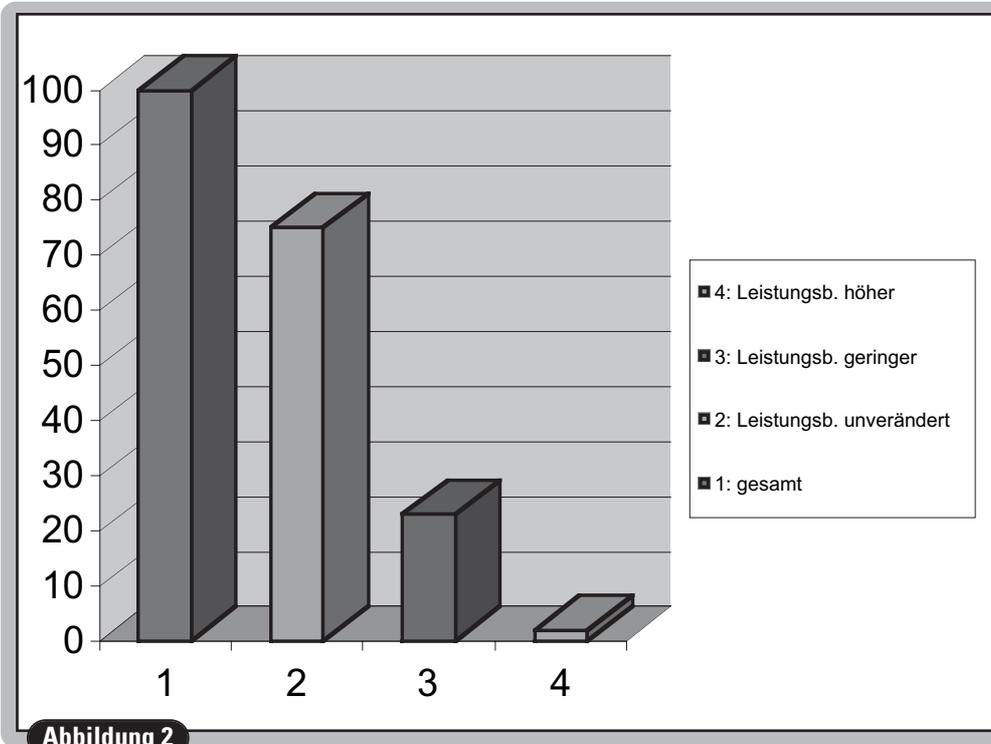


Abbildung 2

neute Diagnostik zu einer veränderten Leistungsbeurteilung gekommen. Zugrunde gelegt wurde hierbei das dreistufige Schema der arbeitstäglichen zeitlichen Leistungseinschränkung mit den Stufen 0 bis 3, 3 bis unter 6 und mehr als 6 Stunden tägliche Belastbarkeit für wenigstens körperlich leichte Tätigkeiten. Berücksichtigt wurden lediglich Beurteilungen, die zu einer Eingrup-

beurteilung im Hinblick auf die o.g. Klassen der zeitlichen Leistungseinschränkung variabel ausgefallen ist. So sind zum einen Reduktionen eines über 6-stündigen auf ein 3 bis 6-stündiges Leistungsvermögen vorgenommen worden; in gravierenderen Fällen erfolgte auch eine Reduktion auf ein unter 3-stündiges Leistungsvermögen. Die jeweilige Zuordnung erfolgte un-

pierung in eine andere Stufe geführt haben. Alleinige Änderungen der zumutbaren Arbeitsschwere wie z. B. eine Herabstufung von körperlich mittelschwerer auf körperlich leichte Tätigkeiten wurden nicht bewertet, da für eine solche Beurteilung zusätzliche Belastungsuntersuchungen erforderlich sind.

Bei weiterer Aufschlüsselung zeigt sich, dass die Änderung der Leistungs-

Leistungsbild über 6h	Leistungsbild 3 bis unter 6h	Leistungsbild unter 3h
11 Fälle	→	
11 Fälle	→	
	1 Fall	→
		← 1 Fall
		← 1 Fall

Abbildung 3

# Sozialmedizin

ter Berücksichtigung sämtlicher Daten der Vorgeschichte, der klinischen Untersuchung und der verschiedenen apparativen diagnostischen Untersuchungen, wobei die Echokardiographie jeweils im Zusammenhang mit den übrigen Befunden bewertet wurde.

Im einzelnen sind die Änderungen in der Zuordnung zu einer zeitlichen Leistungseinschränkung im Schema der Abb.3 aufgeführt:

## Zusammenfassung und Beurteilung

Die dargestellten Ergebnisse deuten auf eine herausragende Bedeutung einer echokardiographischen Diagnostik bei Patienten mit bekannten Herzerkrankungen oder mit Beschwerden von Seiten der Brustorgane hin. In rund einem Drittel der untersuchten Patienten konnten durch den Einsatz der Echokardiographie im Rahmen der Begutachtung bedeutsame neue diagnostische Erkenntnisse gewonnen werden. Bei ca. einem Viertel der untersuchten Patienten wurde aufgrund der aktuellen echokardiographischen Diagnostik eine völlig andere sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vorgenommen. Bei der Sichtung der Ergebnisse fällt auf, dass Unterschiede zwischen Vordiagnostik und aktueller Diagnostik ganz überwiegend auf den Nachweis von verschlechterten Funktionsparametern oder von zusätzlichen pathologischen Befunden des Herzens zurückzuführen sind. Entsprechend ändert sich die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, wobei ganz überwiegend ein verschlechtertes Leistungsbild skizziert wird. Im Rahmen der vorstehenden Untersuchung wurden dagegen nur relativ selten verbesserte Funktionsparameter des Herzens festgestellt und nur selten aufgrund der Diagnostik ein verbessertes Leistungsbild angenommen.

Wie lässt sich dieser Zusammenhang in einen Kontext bringen mit dem Wesen von Herzerkrankungen? Hierbei ist die Betrachtung der Stadieneinteilung der Herzleistungsschwäche von Bedeutung. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, eine Herz-

leistungsbeeinträchtigung zu beschreiben und nach unterschiedlichen Schweregraden zu kategorisieren. Die erste Variante besteht in der Beurteilung der subjektiven Beschwerdesymptomatik. Hierauf fußt die Stadieneinteilung der New York Heart Association (NYHA), wobei nach rein subjektiven Kriterien eine Einteilung in vier Schweregrade vorgenommen wird.

Eine zweite Vorgehensweise berücksichtigt die pathophysiologischen Parameter des Herzens, wobei ebenso eine vierstufige Einteilung der Pumpfunktionsstörungen des Herzens erfolgt. Zur besseren Übersicht sind die beiden Einteilungsschemata tabellarisch aufgeführt.

Eine Beurteilung des Schweregrades einer Herzleistungsschwäche nach subjektiven Kriterien (Tab.1) ist bereits mit Anamnese (Befragung) und körperlicher Untersuchung möglich, wohingegen die Beurteilung der pathophysiologischen Faktoren (Tab.2) einer apparativen Diagnostik bedarf. Mit der Echokardiographie ist zumindest eine Abschätzung der entsprechenden Parameter möglich.

Die einzelnen Schweregrade der o.g. Schemata lassen sich nicht untereinander gleichsetzen. So ist im Stadium III des pathophysiologischen Schemas (Tab.2) die subjektive Beschwerdesymptomatik der Patienten noch eher gering ausgeprägt. Auch wenn sich die Beschwerden je nach Grunderkrankung des Herzens teilweise unterscheiden, ist in diesem Stadium zumeist nur die maximale Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die pathophysiologischen Stadien I und II sind mit alleiniger klinischer Untersuchung kaum fassbar, obwohl bereits eine manifeste Herzleistungsschwäche vorliegt. Subjektive Beschwerden und objektiv nachweisbare Funktionsstörungen haben bei Herzerkrankungen oft über lange Zeit einen divergierenden Verlauf. Zumeist kommt es

**Schweregrade der Herzleistungsschwäche aufgrund subjektiver Beschwerden (Einteilung nach NYHA)**

Stadium I	subjektiv Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastungsfähigkeit
Stadium II	subjektiv Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung
Stadium III	subjektiv Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung
Stadium IV	subjektiv Beschwerden bereits in körperlicher Ruhe

**Tabelle 1**

**Schweregrade der Herzleistungsschwäche unter Berücksichtigung pathophysiologischer Faktoren (modifiziert nach Roskamm u. Reindell)**

Stadium I	Abnorme Funktion der Herzkammern während Belastung. Gestörte Fluss-Druck-Beziehung bei Belastung, gleichzeitig normale Blutauswurfleistung
Stadium II	Abnorme Funktion der Herzkammern in Ruhe. Gestörte Fluss-Druck-Beziehung in Ruhe, gleichzeitig normale Blutauswurfleistung
Stadium III	Blutauswurfleistung unter Belastung reduziert, in Ruhe normal
Stadium IV	Blutauswurfleistung in Ruhe reduziert

**Tabelle 2**

erst im Spätstadium der Herzleistungsschwäche zu einer raschen Zunahme von Beschwerden. Die Erfahrung im Umgang mit Herzpatienten zeigt häufig einen langen Verlauf mit geringen oder uncharakteristischen Beschwerden, die sich erst im Spätstadium der Erkrankung krisenhaft verstärken können.

Somit ist eine Diagnostik von Herzerkrankungen nur mittels Anamnese und klinischer Untersuchung unzuverlässig. Auch das Hinzuziehen einfacher technischer Untersuchungsverfahren wie des Elektrokardiogramms bringen nur selten bedeutsame zusätzliche Informationen. Erst eine echokardiographische Untersuchung übermittelt eine Fülle von diagnostischen Daten, die Rückschlüsse auf pathophysiologische Funktionsstörungen des Herzens zulassen, bevor eine eindeutige subjektive Beschwerdesymptomatik auftritt.

In diesen Zusammenhang lassen sich die oben vorgestellten Ergebnisse dieser Untersuchung einordnen. Es ist davon auszugehen, dass ohne eine aktuelle echokardiographische Diagnostik bei Patienten mit Herzerkrankungen die organischen Funktionsstörungen des Herzens teilweise nicht erkannt werden.

## Fazit

Für eine hinreichende medizinische Sachaufklärung ist bei Patienten, die eine Herzerkrankung haben oder an bislang nicht weiter abgeklärten Brustbeschwerden leiden, eine aktuelle echokardiographische

Untersuchung erforderlich. Andernfalls ist bei der Erstellung des Leistungsbildes mit einer bedeutsamen Quote von Fehlbeurteilungen zu rechnen, die sich nach der vorstehenden Untersuchung auf ca. 25 Prozent beläuft.

Berücksichtigt man den beschriebenen besonderen Charakter der Herzerkrankungen, wird in diesen Fällen im Vergleich zu einer Begutachtung

ohne aktuelle echokardiographische Diagnostik häufig ein geringeres zeitliches Leistungsvermögen anzunehmen sein.

Die Echokardiographie ist in diesem Zusammenhang nicht als „Luxusdiagnostik“ zu werten, die bei entsprechender Sorgfalt des Gutachters entbehrlich wäre. Im Gegenteil wird durch ihren Einsatz das Begutachtungsverfahren erheblich beschleunigt, indem aufgrund einer verbesserten diagnostischen Datenbasis eine wissenschaftlich fundierte sozialmedizinische Beurteilung ermöglicht wird. Einem Teil der betroffenen Antragsteller können langwierige Folgeverfahren erspart werden. Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf rein medizinisch-therapeutische Gesichtspunkte: durch eine ausführliche Diagnostik einschließlich der Echokardiographie werden häufig Befunde erhoben, die Grundlage für eine Änderung der bisherigen Behandlung sind. Hieraus ergibt sich ein unmittelbarer Nutzen für die betroffenen Patienten.

## Literatur

BfA: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Koronarer Herzkrankheit – für den beratungsärztlichen Dienst. Berlin, Juli 2001.

Braun B., Günther R., Schwerk W.: Ultraschalldiagnostik. Eco-med-Verlag. ISBN: 3609700602

## Sozialmedizin

Bubenheimer P., Dickhuth H.H., Reindell H.: Funktionsdiagnostik des gesunden und kranken Herzens. Thieme-Verlag 1988. ISBN: 3136968018.

Köhler, E., Tataru, M.-C.: Klinische Echokardiographie. 5. Auflage. Ferdinand Enke Verlag 2000. ISBN: 3131249951.

Lassing, E: Die diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels. Internistische Praxis 2/2002, S. 231 – 237.

Mayer-Berger W.: Rehabilitation-/Sozialmedizinische Beurteilung von Patienten nach Herzklappenoperation. LVA-Mitteilungen 9-10/2001. S. 382 – 388.

VDR (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. völlig neu bearbeitete Auflage. Springer-Verlag 2003, ISBN: 3-540-01296-6.

Dr. med. Rainer Schmale, Abteilung Ärztlicher Dienst, Leiterin: Dr. med. Cornelia Büchner

# Alkoholkrankheit und Arbeitsplatz aus Sicht der Rentenversicherung

Überarbeitete Fassung eines Vortrages vom 16.09.2004 im Rahmen der „Heidelberger Gespräche“

## Zusammenfassung

Der Alkoholkrankheit als Hauptdiagnose kommt in der gesetzlichen Rentenversicherung sowohl im Reha-Bereich als auch bei den Erwerbsminderungsrenten erhebliche sozialmedizinische Bedeutung zu. Das Prozedere in Reha-Suchtverfahren gliedert sich dabei in die drei wesentlichen Therapieschritte der Motivationsphase, Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung, wovon der letztgenannte Schritt in die Verantwortlichkeit des zuständigen Rentenversicherungsträgers fällt. Primäre Zielsetzung dabei ist die Reintegration in das Erwerbsleben. Die Leistungsbeurteilung bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente hat neben den durch die Alkoholkrankheit bedingten Struktur- und Funktionsstörungen Komorbiditäten aber auch persönliche Ressourcen bzw. Kompensationsmöglichkeiten zu berücksichtigen.

## Schlüsselwörter

Alkoholkrankheit – sozialmedizinische Bedeutung – Rehaverfahren – Berufs- und Arbeitsleben – Erwerbsminderung

## Einleitung

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 2 Millionen und somit rund 5 % aller Arbeitnehmer/-innen in der Bundesrepublik Deutschland alkoholkrank sind (2, 6, 7). Über 450.000 Arbeits- bzw. Wegeunfälle jährlich, entsprechend fast 30 % der Gesamtzahl, ereignen sich unter Alkoholeinfluss (6, 7). Die betrieblichen Fehlzeiten bei Alkoholabhängigen liegen etwa 16 mal höher als bei den Nichtabhängigen (7). Hinzu kommen Mehrkosten wegen quantitativer und qualitativer Minderleistungen, verursachter Material- bzw. Maschinenschäden sowie einer höheren Betreuungsintensität durch Vorgesetzte (6). Diese Fakten dokumentieren die

eminente sozialmedizinische Bedeutung der Alkoholkrankheit.

## Aspekte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Rentenantragstellung

### Bedeutung der Alkoholkrankheit bei Erwerbsminderungsrenten

Im Jahr 2003 lag der Anteil der Alkoholkrankheit als Hauptdiagnose bei den Erwerbsminderungsrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung bei 3,2 % entsprechend einer absoluten Fallzahl von 5.619 (13). Dabei zeigten sich erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede, da der Anteil bei den Männern mit 4,6 % mehr als dreimal so hoch lag wie bei den Frauen mit 1,4 % (13). Dies entspricht den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung, wobei allerdings beim weiblichen Geschlecht eine höhere Dunkelziffer vermutet wird (5). Gegenüber dem Vorjahr ergaben sich sowohl bei den absoluten Fallzahlen als auch bei den prozentualen Angaben 2003 keine nennenswerten Abweichungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (12,13).

Die sozialmedizinische Bedeutung der Alkoholkrankheit wird auch bei der Gegenüberstellung des Altersdurchschnitts bei primär alkoholbedingter Erwerbsminderung (EM) mit der Gesamtheit aller EM-Renten unterstrichen: So lag dieser im Jahr 2003 mit 49,4 Jahren bei den Männern um 1,3 Jahre und bei den Frauen mit 48,8 Jahren um 0,4 Jahre niedriger als der Altersgesamtschnitt aller bewilligten EM-Renten (13). Jeder Monat eines vorzeitigen Renteneintritts bedingt aber zusätzliche Lasten für die Solidargemeinschaft aller gesetzlich Rentenversicherten.

### Worauf stützt sich die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung hat sich auf eine Längs- und Querschnittbeurteilung zu

# Sozialmedizin

stützen, um der Begutachtung mehr als den Rang einer bloßen Momentaufnahme zuzuweisen. Kern der Längsschnittbeurteilung ist die Anamnese, wobei als unverzichtbares Element zu den Eigenangaben des/der Versicherten die Erhebung seiner Erwerbs- und Sozialbiographie, insbesondere mit der Herausarbeitung von Knickpunkten, gehört. Des Weiteren sollten so weit wie möglich Arztbriefe bzw. -berichte aller konsultierten Fachdisziplinen aus den letzten 4 Jahren beigezogen und ausgewertet werden. Die Querschnittbeurteilung umfasst eine eingehende körperliche Untersuchung im Rahmen der Begutachtung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, je nach Aktualität der vorliegenden technischen Befunde ergänzt um klinisches Labor und Funktionsuntersuchungen unter Beachtung von Zumutbarkeit sowie des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Gerade bei der Alkoholkrankheit wird man dabei relativ häufig auf die Inanspruchnahme der Kompetenz durch fachspezifische Zusatzgutachter/innen nicht verzichten können, um zu einem fundierten Leistungsbild zu gelangen. Dies betrifft insbesondere den Bereich der psychiatrischen Diagnostik, sofern diesbezüglich keine eigenen Qualifikationen erworben wurden.

## Woraus resultiert die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ergibt sich aus den von der Alkoholkrankheit betroffenen Organsystemen und psychischen Qualitäten sowie den daraus resultierenden Struktur- bzw. Funktionsstörungen (8, 9). Mit zu berücksichtigen sind dabei die Eigendynamik des Abhängigkeitssyndromes selber in Form von damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen mit dadurch bedingten Einsatzbeschränkungen, aber auch unabhängig von der Hauptkrankung bestehende Komorbiditäten, beispielsweise des Stütz- und Bewegungsapparates. Dem gegenüber zu stellen sind Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen des/der Betroffenen, z.B. durch ein Hirnleistungstraining oder eine Adaption an eine langfristig bestehende körperliche Behinderung.

## Alkoholfolgeschäden

Diese können eine Vielzahl von Organen betreffen und sich in einer breitgefächerten Symptomatik manifestieren (5):

- Zentrale und periphere neurologische Störungen
  - Epileptische Anfälle
  - Cerebelläre Symptome wie Ataxie, Dysarthrie oder Nystagmus
  - Polyneuropathie
  - Wernicke-Enzephalopathie
- Psychiatrische Störungen
  - Depressionen
  - Hirnleistungsminderung
  - Psychotische Syndrome wie die Alkoholhalluzinose
  - Depravation (= gestörte soziale Integrations- und Interaktionsfähigkeit)
- Schädigung von Abdominalorganen
  - Ösophagitis und Gastritis, Mallory-Weiss-Syndrom
  - Intestinale Resorptionsstörungen
  - Alkoholhepatitis, Leberzirrhose, Zieve-Syndrom
  - Akute oder chronisch-kalzifizierende Pankreatitis
- Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems
  - Arterielle Hypertonie
  - Dilatative Kardiomyopathie
  - Herzrhythmusstörungen, z.B. Vorhofflimmern
  - Erhöhtes Schlaganfallrisiko
- Stoffwechselstörungen
  - Folsäuremangel mit hyperchromer Anämie
  - Hypoglykämien
  - Hypertriglyzeridämie
  - Porphyria cutanea tarda
- Schwächung des Immunsystems
  - erhöhte Infektanfälligkeit
- Erhöhtes Krebsrisiko
  - Mamma-Carcinom
  - Leber-, Ösophagus-, Magen- und Coloncarcinom

Bei Anträgen auf Erwerbsminderung erscheint es sinnvoll, die vorerwähnten möglichen Alkoholfolgeschäden wie bei einer Checkliste abzufragen, die vor-

liegenden medizinischen Unterlagen diesbezüglich zu sichten und bei der Untersuchung danach zu fahnden, soweit dies im Rahmen der Begutachtung möglich ist.

### **Sozialmedizinische Beurteilung in Rentengutachten**

Generell beurteilt werden muß das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Darüber hinaus ist eine sozialmedizinische Stellungnahme bezüglich der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit, gleich ob gelernt oder ungelernt, obligat; dies im Hinblick auf eine evtl. Prüfung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Berufsschutz besteht nach der gesetzlichen Neuregelung nur noch bei Antragstellern/innen, die vor dem 02.01.1961 geboren sind. Ist diese Voraussetzung erfüllt und ein solcher zu vermuten, ist neben der Frage der weiteren gesundheitlichen Zumutbarkeit des erlernten Berufes zur Verweisbarkeit auf sogenannte gehobene Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes Stellung zu nehmen, da nach dem in der Sozialrechtssprechung gültigen 4-Stufen-Berufsschema nur eine Herabsetzung um eine Stufe hingenommen werden muß und ansonsten Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit besteht. Der Grundsatz „Reha vor Rente“ erscheint bei Alkoholkranken während eines laufenden Rentenverfahrens nur bei glaubhafter Therapiemotivation und fehlenden irreversiblen Organschäden mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit sinnvoll. Im Gegensatz zu dem vom Gesetzgeber intendierten Primat der zeitlich befristeten Rentengewährung vor der Dauerrente hat sich gezeigt, dass Zeitrenten einen negativen Einfluß auf die Therapiemotivation dieses Personenkreises haben.

### **Relevante Faktoren der Rentenbegutachtung**

Als Quintessenz aus der Begutachtung resultiert eine an qualitativen und quantitativen Kriterien ausgerichtete sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Gutachterlich berücksichtigt werden muß dabei der Einfluss der festgestellten qualitativen Einsatzbeschränkungen auf die quantitative Leistungsfähigkeit. Seit dem 01.01.2001 gilt ein 3-Stufen-Zeitschema pro Arbeitstag:

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

Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, hat die Beurteilung des gutachterlich als zumutbar erachteten

zeitlichen Arbeitsumfanges sowohl für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als auch für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erfolgen. Bezüglich der qualitativen Kriterien ist ein positives und negatives Leistungsbild mit differenzierter Beschreibung der Einsatzbeschränkungen zu erstellen. Dies impliziert auch die Prüfung, ob sozialrechtlich als erheblich geltende qualitative Einsatzbeschränkungen vorliegen, worunter ein betriebsunüblicher Pausenbedarf und eine aufgehobene arbeitstäglich übliche Wegefähigkeit fallen und welche ggfs. zur Feststellung einer Erwerbsminderung führen.

### **Beispiele für quantitative Leistungsminderungen**

Bei der Alkoholkrankheit mit manifesten Organfolgeschäden kann eine mangelnde Dauerbelastbarkeit selbst für körperlich leichte und/oder geistig einfache Tätigkeiten mit der Folge eines auf unter 6 oder sogar 3 Stunden herabgesunkenen arbeitstäglichen Leistungsvermögens bestehen, beispielsweise bei einer fortgeschrittenen Leberzirrhose. Gleiches gilt bei durch Hirnveränderungen infolge des Alkoholismus bedingten Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie einem gestörten Realitätsbezug im Rahmen einer Alkoholhalluzinose, die je nach Ausprägungsgrad eine volle Erwerbsminderung bedingen können. Des Weiteren kann die Fähigkeit zu einer normalen sozialen Interaktion derart gestört sein, dass eine Teilnahme am regulären Arbeitsleben nicht mehr möglich (1).

### **Beispiele für qualitative Leistungseinschränkungen**

Wie oben erwähnt, ist zwischen erheblichen und nicht erheblichen qualitativen Einsatzbeschränkungen zu differenzieren. So sind bei einer Kleinhirnschädigung mit dadurch bedingter Ataxie oder ausgeprägten Polyneuropathie im Rahmen von Alkoholfolgeschäden eine aufgehobene arbeitstäglich übliche Wegefähigkeit als definitionsgemäß erhebliche qualitative Einsatzbeschränkung denkbar. An nicht erheblichen Einsatzbeschränkungen sind im Falle einer Abstinenzunfähigkeit auf Grund des damit verbundenen Sicherheitsrisikos der Ausschluss von Steuer- und Überwachungstätigkeiten bzw. solchen mit Verantwortung für Personen oder Maschinen sowie mit erhöhter Unfallgefahr zu nennen. Auch eine regelhaft mit Publikumsverkehr einhergehende Berufstätigkeit erscheint ungeeignet. Gleiches

# Sozialmedizin

gilt für Tätigkeiten mit besonderer Griffnähe zum Suchtmittel, wie beispielsweise bei Beschäftigungen im Bereich der Herstellung von alkoholhaltigen Getränken oder teilweise in der Gastronomie. Wegen der damit verbundenen erhöhten Rückfallgefahr durch Überforderungssituationen sollten ebenso Akkordarbeiten und solche in Wechsel- bzw. Nachtschicht nach Möglichkeit ausgeschlossen werden (9).

## Aspekte der Rehabilitation

### Antrags- und Leistungsformen

Wie in Renten- und bei normalen Heilverfahren so muss auch einer Rehabilitation im Suchtbereich eine Antragstellung beim Rentenversicherungsträger vorausgehen. Diese erfolgt entweder aus Eigeninitiative des/der Versicherten, ggfs. nach entsprechender Einwirkung durch Haus- oder Betriebsärzte/ärztinnen, Ehe- bzw. Lebenspartner, Kinder und sonstige Verwandte oder auf Grund einer Aufforderung durch das Arbeitsamt gemäß § 125 SGB III bzw. § 51 SGB V durch die Krankenkasse. Die Zuständigkeiten sowie das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkoholranke sind in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 über die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern bei der Akut- und Rehabilitationsbehandlung geregelt worden (14). Dabei ist durch die Ärztlichen Dienste Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose zu überprüfen und ggfs. auf Grund der Schwere der durch die Alkoholkrankheit bedingten Organschäden oder beeinträchtigten psychischen Qualitäten eine Erwerbsminderung festzustellen.

### Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Im Jahre 2003 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung über 51.000 Entwöhnungsbehandlungen veranlasst, was einem Anteil von 6,0 % aller medizinischen Reha-Verfahren entspricht. Dabei lag der jeweilige Prozentsatz bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte um rund 2 Punkte niedriger wie bei den Landesversicherungsanstalten als Träger der Arbeiterrentenversicherung (4, 11). Von der oben genannten Gesamtzahl der durchgeführten Maßnahmen entfielen

ca. 76% auf die Hauptdiagnose „Alkoholkrankheit“. Wie schon bei den dadurch bedingten Erwerbsminderungsrenten bestehen auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei die Männer in einem Verhältnis von etwa 4 : 1 dominieren. Die Kosten von 527 Millionen € entsprechend über 17 % an den Gesamtaufwendungen zur medizinischen Rehabilitation erscheinen zwar zunächst überproportional hoch, was sich jedoch unter Berücksichtigung der durchschnittlich mehr als 5 mal längeren Behandlungsdauer im Reha-Suchtbereich gegenüber einem normalen Heilverfahren von 3 Wochen relativiert.

### Phasen der Suchtbehandlung

Wesentlicher Baustein jeder erfolgreichen Therapie im Suchtbereich ist die Motivationsphase. Hierbei fällt den Haus- und Betriebsärzten, betrieblichen Fürsorge sowie Suchtberatungsstellen eine wichtige Rolle zu. Die sich in der Regel anschließende Entgiftung erfolgt stationär in internistischen bzw. psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern und markiert oftmals erst den Beginn der Motivation. Neben der weiterhin am häufigsten praktizierten stationären Entwöhnungsbehandlung haben sich auch im Suchtbereich ambulante Therapieformen etabliert. Die Entscheidung über die jeweilige Maßnahmeart ist von den gesundheitlichen und sozialen Begleitumständen abhängig: Bei einem guten Gesundheitszustand des/der Versicherten mit gesicherter Abstinenz, zuverlässiger Kooperation und stabilem sozialen Umfeld wie erhaltenem Arbeitsplatz einschließlich stützender familiärer Verhältnisse kann eine ambulante Durchführung befürwortet werden, während manifeste Folge- und Begleiterkrankungen, frustrane Abstinenzversuche in der Anamnese, bestehende Zweifel an der Behandlungsdisziplin sowie eine soziale Desintegration eher Indikationen für eine Entwöhnungsbehandlung im stationären Rahmen sind. Adaption und Maßnahmen zur Teilnahme am Arbeitsleben sind fakultative Bestandteile einer Sucht-Reha im Anschluss an die Entwöhnung. In der Adaptionphase liegt der Schwerpunkt auf berufs- und lebenspraktischen Dingen, wobei sie nicht losgelöst von der Vorbehandlung beantragt bzw. durchgeführt werden kann. Die abschließende Nachsorge obliegt wiederum den Suchtberatungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen.

### Zuständigkeiten im Reha-Suchtbereich

Bei erfolgreichem Abschluss der Motivationsphase wird von den Suchtberatungsstellen ein Psychosozialbericht angefertigt und den Leistungsträgern zur Verfügung gestellt. Die Matrix dieses Sozialberichts ist im Frühjahr 2004 zwischen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) abgestimmt worden. Für die parallel oder konsekutiv erfolgende Entgiftung in einem Krankenhaus hat die zuständige Krankenkasse die Kosten zu übernehmen. Vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung wird der Ärztliche Dienst der LVA Rheinprovinz mit einer Gutachtenerstellung einschließlich körperlicher Untersuchung unter Einbeziehung des Psychosozialberichts und vorliegender bzw. vom/von der Versicherten mitgebrachter medizinischer Unterlagen beauftragt. Diesem obliegt die Klärung der Frage der Reha-Fähigkeit und ggfs. die Feststellung einer Erwerbsminderung, sofern die festgestellten somatischen und psychischen Folgeschäden der Alkoholkrankheit als derart gravierend erachtet werden sollten, dass sie mit der weiteren Ausübung einer beruflichen Tätigkeit dauerhaft unvereinbar erscheinen. Unter Berücksichtigung dieses ärztlichen Gutachtens erfolgt dann die Kostenübernahme seitens der LVA Rheinprovinz für die Durchführung in speziellen Reha-Einrichtungen. Dabei beträgt die Behandlungsdauer für die stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Regel 16 Wochen. Als Sonderfall ist das sogenannte Nahtlosverfahren anzusehen, welches den verzugslosen Übergang von der Entgiftung in die Entwöhnungsphase ermöglicht. Die Antragsprüfung erfolgt in diesen Fällen nach Aktenlage, d.h. durch Auswertung von Befundberichten aus den zuweisenden Akutkrankenhäusern.

Anfang der 90er Jahre hat das Bundessozialgericht die Rentenversicherungsträger zur lückenlosen Durchführung der Rehabilitation über die reine Entwöhnungsbehandlung hinaus bis zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verpflichtet, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Daraufhin verabschiedete der VDR 1994 das „Rahmenkonzept für die Adaptionsphase“, in dem Ausführungen zum Begriff, zur Aufgabe, zum Inhalt und zur Dauer gemacht sowie konzeptionelle Grundvoraussetzungen bzw. Anforderungen an die jeweiligen Einrichtungen beschrieben

wurden. Die Zielsetzung der Adaptionsbehandlung besteht darin, einer häufig durch Wohnungs- und/oder Arbeitslosigkeit bedingten erheblichen Rückfallgefährdung des betroffenen Personenkreises mit medizinischen Maßnahmen entgegenzuwirken (3). Sie erfolgt in speziellen Einrichtungen. Bei Alkoholabhängigen dauert dieser Behandlungsabschnitt bis zu 13 Wochen. Er ist das letzte Element der Rehabilitation; danach beginnt die durch Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen wahrgenommene Nachsorge (3).

### Schlussbemerkungen

Primäres Ziel des Rentenversicherungsträgers auch bei der Alkoholkrankheit ist die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Hierzu steht in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe ein differenziertes Instrumentarium zur Verfügung. Ungeachtet der damit verbundenen erheblichen Kosten erscheint die Therapie sinnvoll, da bei katamnestisch mitgeteilten Erfolgsraten von rund 50 % (10) die erforderlichen finanziellen Aufwendungen immer noch niedriger liegen als die sozioökonomischen Folgekosten einer Berentung wegen vorzeitiger Erwerbsminderung. Diese ist jedoch dann nicht vermeidbar, wenn sich zu Beginn oder im Verlauf der Behandlungskette herausstellen sollte, dass die bereits eingetretenen Organfolgeschäden oder das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung durch den Alkoholkonsum keine Rückkehr in eine wie auch immer geartete berufliche Tätigkeit zulassen.

### Literatur

Beesten, B.: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen.

LVA Rheinprovinz Mitteilungen 11-12/2002

Deutsche Apotheker Zeitung 140. Jahrgang Nr. 46 16.11.2000; 5278: DAZ aktuell – Information über „Alkohol am Arbeitsplatz“

Heide M. (Hrsg.): „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker. Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht 2001

## Sozialmedizin

Köhler, J., Naumann, B.: Rehabilitation von Abhängigkeits-  
erkrankungen durch die BfA – Aktueller Stand und Perspek-  
tiven – DAngVers 5/6 2004; 249-258

Medical Tribune Online: Alkoholismus  
– [www.medical-tribune.de/GMS/lexikon/alkoholismus](http://www.medical-tribune.de/GMS/lexikon/alkoholismus) 2004

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 11/2001 S. 27 f.:  
Alkohol am Arbeitsplatz  
SuchtReport Juli/August 2001, Nr. 4, HYPERLINK  
<http://www.suchtreport.de.1> [www.suchtreport.de.1](http://www.suchtreport.de.1)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneck-  
straße 55, 60322 Frankfurt/Main: Empfehlungen für die sozial-  
medizinische Beurteilung psychischer Störungen, Oktober 2001

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Sozialmedi-  
zinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung,  
Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.),  
Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt/Main: Sucht-Rehabili-  
tation in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven,  
Januar 2002

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneck-  
straße 55, 60322 Frankfurt/Main: VDR Statistik Rehabilitation  
des Jahres 2003

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneck-  
straße 55, 60322 Frankfurt/Main: VDR Statistik Rentenzugang  
des Jahres 2002 einschließlich Rentenwegfall, Rentenände-  
rung/Änderung des Teilrentenanteils

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneck-  
straße 55, 60322 Frankfurt/Main: VDR Statistik Rentenzugang  
des Jahres 2003 einschließlich Rentenwegfall, Rentenände-  
rung/Änderung des Teilrentenanteils

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 –  
Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen  
und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung  
(Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation  
(Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker

Thomas Göhde, Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

## Die Neuregelungen zum Steuerrecht für Versicherte und Rentner im Alterseinkünftegesetz (AltEinkG)

### 1. Einleitung

**Neben dem RV – Nachhaltigkeitsgesetz<sup>1</sup> hat der Gesetzgeber mit dem Alterseinkünftegesetz (AltEinkG) im Jahr 2004 ein zweites großes Reformwerk verabschiedet. Die Neuregelungen des AltEinkG waren in erster Linie aufgrund einer Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) notwendig. Die Neuordnung der Rentenbesteuerung bildet auch den Schwerpunkt dieser Abhandlung. Es wird aber daneben auch kurz auf die im AltEinkG enthaltenen Änderungen im Bereich der privaten und betrieblichen Altersvorsorge eingegangen.**

### 2. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

Mit Urteil vom 6. März 2002 stellte das BVerfG fest, dass die bisherige unterschiedliche Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung gegen das Gleichbehandlungsgebot des Grundgesetzes verstoße<sup>2</sup>. Das Urteil vom 6.3.2002 knüpft an frühere Entscheidungen des BVerfG an. Das BVerfG hatte sich bereits 1980 und 1992 mit

der unterschiedlichen Besteuerung von Einkünften im Alter befasst:

- Erstmals im Jahre 1980 hatte das Gericht über die unterschiedliche Besteuerung von Pensionen und Renten zu befinden.<sup>3</sup> Damals führte es aus, für eine unterschiedliche Behandlung ließen sich sachliche Gründe anführen. Insbesondere der Umstand, dass die Rentner aus ihrem Einkommen Beiträge für die Altersvorsorge entrichtet hätten, könne Differenzierungen dem Grunde nach rechtfertigen. Allerdings habe die steuerliche Begünstigung der Rentner im Laufe der Zeit der Höhe nach ein Ausmaß erreicht, das korrigiert werden müsse. Der Gesetzgeber sei deshalb verpflichtet, eine Neuregelung in Angriff zu nehmen.
- In einem weiteren Verfahren hatte das BVerfG im Jahre 1992 schließlich festgestellt, dass dem Gesetzgeber nach der Verfassungsgerichtsentscheidung von 1980 zur Beseitigung des Gleichheitsverstößes eine erhebliche Zeitspanne zur Verfügung stehe.<sup>4</sup> Da die Neuregelung zügig in Angriff genommen worden sei (u.a. durch Einsetzung einer Sachverständigenkommission und Einholung weiterer wissenschaftlicher Gutachten), konnte das Gericht angesichts der Komplexität des Sachverhalts eine Verletzung von Verfassungsrecht durch Untätigkeit des Gesetzgebers zum damaligen Zeitpunkt nicht feststellen.

Im Urteil vom 6. März 2002 forderte das Gericht den Gesetzgeber auf, bis spätestens zum 1. Januar 2005 eine Neuregelung zur Besteuerung von Renten und Versorgungsbezügen zu treffen. Bis zu deren Inkrafttreten (d.h. längstens bis zum 31.12.2004) ist die alte Regelung weiterhin anzuwenden. Ein rückwirkender Abbau der Vergünstigungen bei der Besteuerung der Rentner

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: Göhde/Schmitz/Rüttgardt Mitt LVA Rheinpr. 2004, S. 289ff

<sup>2</sup> Urteil vom 6. März 2002 – 2 BvL 17/99 - BVerfGE 105, 73

<sup>3</sup> Beschluss vom 26.3.1980 – 1 BvR 121, 122/76 - BVerfGE 54, 11

<sup>4</sup> Beschluss vom 24.6.1992 – 1 BvR 459, 467/87 - BVerfGE 86, 369

# Rentenrecht

kommt nach Auffassung des Gerichts aus Verfassungsgründen ebenso wenig wie eine rückwirkende Besserstellung der Ruhestandsbeamten in Betracht. Die Neuregelung muss ferner berücksichtigen, dass

- es zu keiner doppelten Belastung der Steuerpflichtigen kommen darf – d.h. keine Besteuerung der Altersvorsorgebeiträge in der Ansparphase und gleichzeitig der daraus fließenden Leistungen in der Auszahlungsphase,
- eine Umstellung nicht durch Steuerausfälle zu einer Gefährdung des Staatshaushalts führt.

Dem Auftrag des BVerfG zur Neuregelung der Besteuerung ist der Gesetzgeber nach einem wechselhaften und heftig umstrittenen Gesetzgebungsverfahren<sup>5</sup> mit dem am 11. Juni 2004 endgültig verabschiedeten Alterseinkünftegesetz nachgekommen. Ab dem 1. Januar 2005 wird die steuerrechtliche Behandlung von Aufwendungen für die Altersvorsorge einerseits (z.B. die Rentenversicherungsbeiträge) und der daraus resultierenden Alterseinkünfte andererseits (z.B. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Beamtenpensionen) neu geregelt.

### 3. Übergang zur nachgelagerten Besteuerung

Das Alterseinkünftegesetz orientiert sich weitgehend an den Bericht der Sachverständigenkommission unter Leitung von Prof. Rürup vom 11. März 2003.<sup>6</sup> Es sieht für die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung einen schrittweisen Übergang von der derzeitigen Ertragsanteilsbesteuerung zur nachgelagerten Besteuerung vor. Von der „Ertragsanteilsbesteuerung“ spricht man, wenn lediglich der Wertzuwachs in der Auszahlungsphase versteuert wird, nicht aber die ursprünglich eingebrachten Beiträge und Wertzuwächse in der Ansparphase. Dies ist bis Ende 2004 bei den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Fall: Die Arbeitgeberbeiträge sind Betriebsausgaben, die Ar-

beitnehmerbeiträge sind nach § 10 Abs. 1 Nr. 2a, Abs. 3 EStG begrenzt abzugsfähig. Der Ertragsanteil soll den Anteil der Rentenzahlung erfassen, der quasi Zinseinkommen darstellt.

Demgegenüber werden bei einer „nachgelagerten Besteuerung“ die in der Ansparphase geleisteten Aufwendungen steuerfrei gestellt, aber die laufenden Leistungen aus Altersvorsorgeprodukten in voller Höhe steuerpflichtig.

Die „vorgelagerte Besteuerung“ soll für alle Formen der Kapitalanlage gelten, die nicht ausschließlich der Altersvorsorge dienen. Hier werden die Beiträge aus bereits versteuertem Einkommen geleistet und dürfen bei der Auszahlung nicht ein weiteres Mal besteuert werden. Die Auszahlungen können nur insoweit besteuert werden, soweit es sich bei ihnen um Kapitalerträge handelt.

Die nachgelagerte Besteuerung führt bei Betrachtung des gesamten Lebenseinkommens zu einer steuerlichen Entlastung der Versicherten/Rentner. Nach einer längeren Übergangszeit wird die Beitragsleistung während der Erwerbsphase steuerfrei gestellt. Systemgerecht werden die Rentenleistungen später stärker besteuert. Da die Einkünfte im Alter in der Regel niedriger sind als während der Erwerbsphase, ist die Belastung in der Ruhestandsphase niedriger als die Entlastung während der Berufstätigkeit.<sup>7</sup>

### 4. Die bisherige Rechtslage

#### 4.1 Steuerliche Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen

Nach § 3 Nr. 62 EStG sind die Beiträge des Arbeitgebers schon bisher steuerfrei. Die Rentenversicherungsbeiträge, die die Arbeitnehmer oder die selbständigen Versicherten tragen, wurden dagegen zum Teil aus versteuertem Einkommen geleistet. Die Beiträge des Steuerpflichtigen zu den gesetzlichen Sozialversicherungen und zu privaten Kranken-, Lebens-, Haftpflicht- und Unfallversicherungen wurden zusammen gerechnet und waren bis zu der in § 10 Abs. 1 Nr. 2, Abs.

<sup>5</sup> vgl. hierzu Stosberg DAngVers 2004, S. 353

<sup>6</sup> Abschlussbericht der Sachverständigenkommission zur Neuordnung der steuerlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen, Schriftenreihe des BMF, Band 74, 2003

<sup>7</sup> Vgl. Nürnberger/Perrong SozSich 2004, S. 146, 147

3 EStG a.F. genannten Obergrenze als Sonderausgaben abziehbar. Durch die Begrenzung der Abzugsmöglichkeit konnten die Versicherten die Beiträge nur teilweise von der Steuer absetzen.

Beiträge zugunsten von Produkten der privaten steuerlich geförderten Altersvorsorge (sog. „Riester-Rente“), können in der Endstufe ab 2008 bis zu 2100 Euro als Sonderausgaben nach § 10a EStG berücksichtigt werden.

#### 4.2 Die Besteuerung der Altersbezüge

Die Versorgungsbezüge (Pensionen für Richter und Beamte) wurden als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit voll versteuert. Steuerermindernd werden hiervon u.a.

- ein Versorgungs-Freibetrag von höchstens 3.072 EUR,
- die Werbungskostenpauschale von 1.044 EUR jährlich und
- Sonderausgaben für Vorsorgeaufwendungen (Krankenversicherung, Pflegeversicherung)

berücksichtigt. Darüber hinaus wird im Einkommensteuertarif ein an der Höhe des Existenzminimums ausgerichtet Grundfreibetrag (§ 32 a Abs. 1 Nr. 1 EStG) von 7.664 EUR berücksichtigt.

Weit verbreitet ist der Irrtum, dass Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung steuerfrei seien. Auch wenn die meisten Rentner bislang keine Steuern zahlen mussten, ist bereits nach bisherigen Recht der sogenannte Ertragsanteil steuerpflichtig. Maßgeblich ist nicht der Zahlbetrag der Rente, sondern der fiktive Ertrag der im Laufe der Jahre eingezahlten Rentenversicherungsbeiträge. Wie hoch der zu versteuernde Anteil einer Rente ist, richtet sich danach, in welchem Lebensjahr der Rentenbezug beginnt. Je später der Rentenbeginn, desto niedriger der Ertragsanteil.

Die in § 22 EStG enthaltene Tabelle bestimmt, dass z.B. bei einem Rentenbeginn mit 65 Jahren 27 % und bei einem Rentenbeginn mit 43 Jahren hingegen 50 % der Jahresrente steuerpflichtig sind.

Rentner können von ihrem Einkommen

- die Werbungskostenpauschale in Höhe von 102 EUR,
- den Sonderausgabenpauschalbetrag i.H.v. 36 EUR und
- (in begrenzter Höhe) den Aufwand für Kranken- und Pflegeversicherung

als Sonderausgaben abziehen; ferner wird das steuerfreie Existenzminimum in Höhe von 7.664 EUR berücksichtigt.

Im Ergebnis führte diese Regelung dazu, dass es zu meist nicht zu einer Steuerbelastung der Renten kam. Bei einer Ertragsanteilbesteuerung von 27% bleibt bei einem Alleinstehenden eine jährliche Rente von 38.000 Euro ohne Steuerbelastung. In der Regel trat deshalb eine Besteuerung nach dem bisherigen Recht erst ein, wenn neben der Rente vom Rentenempfänger selbst oder von dessen mit ihm zusammen zu veranlagenden Ehepartner noch weitere Einkünfte bezogen wurden, die voll zu besteuern waren.

## 5. Die gesetzliche Neuregelungen zur steuerlichen Freistellung von Altersvorsorgeaufwendungen

### 5.1 Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung

Nach neuem Recht werden Rentenversicherungsbeiträge und sonstige Vorsorgeaufwendungen getrennt betrachtet.

Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden schrittweise von der Besteuerung freigestellt (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 EStG n.F.). Das gilt auch für alle Beiträge zu Leibrentenversicherungen, bei denen die erworbenen Anwartschaften nicht beleihbar, nicht vererblich, nicht übertragbar und nicht kapitalisierbar sind. Das sind neben der gesetzlichen Rentenversicherung die berufsständische Versorgung und neu zu entwickelnde private kapitalgedeckte Leibrenten (vgl. unten 5.4).

Altersvorsorgeaufwendungen sind ab 2005 zu 60 Prozent steuerlich abziehbar. Jährlich steigt dieser Anteil um zwei Prozentpunkte (2006 = 62 %; 2007 = 64 % usw.). Ab dem Jahr 2025 sind die Beiträge vollständig abziehbar. Da der Arbeitgeberbeitrag bereits nach dem bisherigen Recht nicht versteuert wurde, können pflichtversicherte Arbeitnehmer im Jahr 2005 nur 10 Prozentpunkte des Gesamtbeitrages erstmals steuerlich geltend machen. D.h. ein Arbeitnehmer kann für das Jahr 2005 lediglich 20 Prozent des eigenen hälftigen Beitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung als Sonderausgaben abziehen.

Abziehbar sind Vorsorgeaufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 Euro. Aufgrund der

# Rentenrecht

Übergangsregelung sind im Jahr 2005 als Sonderausgaben höchstens 60 Prozent von 20.000 Euro, also 12.000 Euro, abziehbar. Auch der Höchstbetrag steigt pro Jahr um 2%, so dass vom 01.01.2025 an die Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 20.000 Euro im Rahmen des Sonderausgabenabzugs geltend gemacht werden können. Bei zusammen veranlagten Ehepartnern verdoppelt sich der Höchstbetrag. Für Personen, die wie z. B. Beamte einen Anspruch auf Versorgung ohne eigene Beitragsleistung haben, wird auf der Grundlage ihres Einkommens ein fiktiver Gesamtbeitrag zur Rentenversicherung errechnet und von dem Höchstbetrag für Altersvorsorgeaufwendungen abgezogen. Da Selbständige ihre Vorsorgeaufwendungen in voller Höhe tragen, kommt ihnen der Abzugsbetrag in voller Höhe zugute (d.h. im Jahr 2005 in Höhe von 12.000 Euro).

Neben der schrittweisen steuerlichen Freistellung von Altersvorsorgeaufwendungen besteht weiterhin die Möglichkeit, Beiträge zugunsten von Produkten der so genannten Rieser-Rente, als Sonderausgaben in den Grenzen des § 10a EStG geltend zu machen.

### Beispiel 1 (Angestellter)

Herr Meier ist ledig und hat ein Jahresgehalt von 36.000 Euro brutto im Jahr 2005.

- Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Rentenversicherung 3.510 Euro  
(9,75% von 36.000 Euro)
- Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung 3.510 Euro  
(9,75% von 36.000 Euro)
- Summe Altersvorsorgeaufwendungen, da keine weitere Vorsorge 7.020 Euro
- (Höchstbetrag von 20.000 Euro nicht überschritten)  
Von 7.020 Euro können 60% abgesetzt werden 4.212 Euro
- abzüglich steuerfreier Arbeitgeberanteil 3.510 Euro
- als Altersvorsorgeaufwendungen erstmalig absetzbar 702 Euro

### Beispiel 2 (Selbständiger)

Herr Meier ist ledig und selbständig. Er zahlt im Jahr 2005 insgesamt 12.000 Euro an die gesetzliche Rentenversicherung. Da der Höchstbetrag nicht über-

schritten wird, kann er 60% von 12.000 Euro (= 7.200 Euro) als Altersvorsorgeaufwendungen absetzen.

### Beispiel 3 (Angestellter mit zusätzlicher Rürup-Rente)

Herr Meier ist ledig und hat ein Jahresgehalt von 36.000 Euro brutto im Jahr 2005.

- Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Rentenversicherung 3.510 Euro  
(9,75% von 36.000 Euro)
- Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung 3.510 Euro  
(9,75% von 36.000 Euro)
- Für seine neu abgeschlossene Rürup-Rente zahlt er Beiträge 2.000 Euro
- Summe Altersvorsorgeaufwendungen 9.020 Euro
- (Höchstbetrag von 20.000 Euro nicht überschritten)  
Von 9.020 Euro können 60% abgesetzt werden 5.412 Euro
- abzüglich steuerfreier Arbeitgeberanteil 3.510 Euro
- als Altersvorsorgeaufwendungen erstmalig absetzbar 1.902 Euro

D.h. im Unterschied zu den Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung wirken sich die Beiträge zur privaten Vorsorge stärker steuermindernd aus.

### 5.2 Abzug sonstiger Vorsorgeaufwendungen

Sonstige Vorsorgeaufwendungen, die nicht zu den Altersvorsorgeaufwendungen gehören (wie z.B. Beiträge zu Kranken- und Pflege- und Arbeitslosenversicherung), können weiterhin begrenzt als Sonderausgaben abgezogen werden. Der Höchstbetrag für die abziehbaren sonstigen Vorsorgeaufwendungen soll 2.400 Euro (z.B. für Selbständige) betragen. Dieser Betrag wird allerdings für Steuerpflichtige, die einen steuerfreien Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung oder einer entsprechenden Beihilfe haben (z.B. Arbeitnehmer, Beamte, Rentner), auf einen Höchstbetrag von 1500 Euro vermindert (vgl. § 10 Abs. 4 EStG n.F.). Liegen die Aufwendungen z.B. zur Krankenversicherung bereits über dem Höchstbetrag, bleibt ein Teil der Aufwendungen steuerpflichtig. Die Prüfung, ob der volle oder der geminderte Betrag zur Anwendung kommt, ist bei Zu-

sammenveranlagten Ehegatten für jeden Ehegatten gesondert durchzuführen.

### 5.3 Günstigerprüfung

Das AltEinkG will Schlechterstellungen bei der Abziehbarkeit von Vorsorgeaufwendungen vermeiden. Nach altem Recht konnten ledige Arbeitnehmer mit einem Bruttolohn von jährlich bis etwa 12.000 Euro die gesamten Sozialversicherungsbeiträge vollständig als Sonderausgaben abziehen. Die nach neuem Recht begrenzte Abziehbarkeit würde sich bei kleineren Einkommen zunächst negativ auswirken. Erst ab einem Jahreseinkommen von ca. 26.000 Euro kann das neue Recht seine Wirkung entfalten. Durch eine so genannte Günstigerprüfung soll sicher gestellt werden, dass künftig mindestens so viele Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt werden, wie dies nach bisherigem Recht möglich war. Das Finanzamt prüft in einer Übergangszeit bis zum Jahr 2019, ob das alte (Abzug aller Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben unter Beachtung von bestimmten Höchstbeträgen und eines abnehmenden Vorwegabzugs) oder das neue Recht (Abzug eines individuellen Altersvorsorgebetrages und der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen von höchstens 2.400 Euro bzw. 1.500 Euro) für den Betroffenen günstiger ist. Von 2011 an bis 2019 wird der mit der Günstigerprüfung verbundene Vorteil schrittweise abgeschmolzen, ab 2020 entfällt er dann ganz.

Nach der Gesetzesbegründung zur Günstigerprüfung soll der Gesetzgeber vor Ablauf des Jahres 2019 prüfen, ob und in welchem Umfang die Günstigerprüfung für den verbleibenden Übergangszeitraum aufrecht erhalten werden soll.<sup>8</sup>

### 5.4 „Rürup-Rente“

Die als „Rürup-Rente“ bezeichnete neue Form der privaten Altersvorsorge, ist in Form von monatlichen lebenslanger Leibrentenauszahlung und mit weiteren Festlegungen (keine Auszahlung vor dem 60. Lebensjahr; Ausschluss von Vererblichkeit, Übertragung, Beleihung, Veräußerung und Kapitalisierbarkeit) stark reglementiert, wird aber in der Phase der Beitragszahlung

steuerlich begünstigt. Anders als bei der Riester-Rente ist für die Rürup-Rente keine Zertifizierung vorgesehen. Der Rürup-Vertrag kann mit einer Zusatzversicherung (Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Hinterbliebenenrente; wobei die Absicherung ebenfalls in Form einer monatlichen Rentezahlung erfolgen muss) ergänzt werden. Die Beiträge sind dann insgesamt als Altersvorsorgeaufwendungen steuerlich abzugsfähig. Als Hinterbliebene zählen hier der Ehepartner und Kinder, für die der Versicherte Kindergeld bzw. die Freibeträge für Kinder erhält.

## 6. Die gesetzliche Neuregelung zur nachgelagerten Besteuerung der Altersbezüge

Entsprechend der zunehmenden steuerlichen Freistellung der Altersvorsorgeaufwendungen folgt in § 22 EStG n.F. der schrittweise Systemwechsel zu einer vollständig nachgelagerten Besteuerung von Leibrenten und anderen Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, den landwirtschaftlichen Alterskassen, der Rürup-Rente und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen. Die nachgelagerte Besteuerung ist dann Grundprinzip für die Besteuerung aller Formen der Altersvorsorge. Der Gesetzgeber hatte allerdings zu beachten, dass bis zum Ende der Übergangsphase ein Teil der Rentenbeiträge aus versteuertem Einkommen geleistet worden ist und aus verfassungsrechtlichen Gründen eine sofortige Vollbesteuerung der Renten nicht zulässig ist.

Vom Jahr 2005 an beginnt stufenweise der Einstieg in die nachgelagerte Besteuerung. Das betrifft sowohl die im Laufe des Jahres neu hinzukommen Rentner als auch die Bestandsrentner. Ihre entsprechenden Alterseinkünfte gehen zu 50 Prozent in die Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer ein. Sie bleiben bis an ihr Lebensende – den ununterbrochenen Rentenbezug vorausgesetzt – der Regelung für diesen Rentenzugangsjahr zugehörig. Die Prozentsätze geltend einheitlich für alle Steuerpflichtigen, also auch für die Selbständigen und Nichtpflichtversicherten.

<sup>8</sup> BT-Drucks. 15/2150 S. 35 und Brall/Bruno-Latocha/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 413

# Rentenrecht

Dieser anfängliche Besteuerungsanteil von 50 Prozent orientiert sich am typischen Fall des rentenversicherungspflichtigen Arbeitnehmers, bei dem in der Erwerbsphase bis 2004 mindestens die Hälfte der Altersvorsorgeaufwendungen (Arbeitgeberanteil) steuerbelastet waren. Der Anteil wird jährlich bis zum Jahre 2040 bis auf hundert Prozent angehoben. Die Anhebung des zu versteuernden Anteils erfolgt bis zum Jahr 2020 um zwei Prozentpunkte (2006 auf 52 %; 2007 auf 54 % usw.) anschließend bis zum Jahr 2040 um einen Prozentpunkt pro Jahr. Da die jährliche Anhebung des Besteuerungsanteils bis auf 100 % im Jahr 2040 mit einer entsprechenden Anhebung der Abziehbarkeit der Altersvorsorgeaufwendungen korrespondiert, ist der Grundsatz des Verbots der Doppelbesteuerung nach Auffassung des Gesetzgebers gewahrt.

Der Besteuerungsanteil soll nach der Gesetzesbegründung in der Regel auch bei Selbständigen gerechtfertigt sein, da bei ihnen typischerweise gemischte Erwerbsbiographien vorliegen und sie seit 1961 über einen ungekürzten Vorwegabzug einen Ausgleich dafür erhielten, dass sie ihre Altersvorsorge in voller Höhe aus eigenen Mitteln aufbringen müssen. Besonders bei freiwillig Versicherten, die ihre Beiträge allein und ohne steuerfreien Arbeitgeberbeitrag leisten mussten, kann im Falle der nachgelagerten Besteuerung eine Doppelbesteuerung eintreten.

Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde in das Gesetz eine Öffnungsklausel eingefügt, mit der in außergewöhnlichen Fällen einer Zweifachbesteuerung begegnet werden soll. Auf Antrag des Steuerpflichtigen findet danach anstelle der nachgelagerten Besteuerung für den Teil der Rente, der auf bis zum 31.12.2004 geleisteten Beträgen oberhalb des Höchstbetrags zur gesetzlichen Rentenversicherung berührt, die Ertragsanteilsbesteuerung Anwendung. Der Steuerpflichtige muss allerdings nachweisen, dass der Höchstbetrag mindestens zehn Jahre überschritten wurde. Diese Regelung dürfte nur wenige Menschen betreffen.<sup>9</sup>

Aber auch in anderen Konstellationen dürfte eine Zweifachbesteuerung eintreten, was deutlich wird,

wenn man bedenkt, dass die volle Besteuerung der Renten im Jahr 2040 eintritt, die volle Freistellung der Beitragszahlung erst 2025 erreicht wird. So hat z.B. der Altersrentner mit Rentenbeginn im Jahr 2040 (d.h. 100 % Besteuerungsanteil) nur 15 Versicherungsjahre zurückgelegt, in denen die Beiträge vollständig unbesteuert bleiben. In den übrigen Jahren wurden seine Beiträge noch teilweise versteuert, d.h. dieser Sachverhalt spricht für eine unzulässige Doppelbesteuerung.<sup>10</sup> Das Bundesfinanzministerium verneint im Ergebnis die Zweifachbesteuerung, da in den Berechnungen auch andere Steuererleichterungen zu berücksichtigen sind (Grundfreibetrag, Sonderausgabenabzug), die zu einem steuerfreien Zufluss der Rente führen bzw. in der Ansparphase die Steuerschuld vermindern.

## 6.1 Jahrgangweise Festschreibung eines Rentenfreibetrages

Wie bereits gesagt, wird der zu versteuernde Anteil der Rente nach dem Jahr 2005 jährlich für jeden neu hinzukommenden Rentenjahrgang schrittweise angehoben.

Anders als bisher ist zukünftig für die Höhe des steuerpflichtigen Anteils einer Rente nicht mehr das Lebensalter bei Rentenbeginn entscheidend, sondern das Kalenderjahr, in dem die Rente beginnt. Je später die Rente beginnt, desto höher ist der steuerpflichtige Anteil der Rente. Der schrittweise Übergang zur nachgelagerten Besteuerung von Renten erfolgt nach dem so genannten Kohortenprinzip. Danach wird für den einzelnen Rentenbezieher die Besteuerungssituation im Jahr des Rentenbeginns bezogen auf den steuerfreien Teil „eingefroren“. Der steuerfreie Teil der Rente wird für jeden Rentner individuell ermittelt. Es wird nicht nur für das Jahr des Rentenzugangs ein steuerfreier Teil der Renten berechnet, sondern auch für die Folgejahre. Der im zweiten Rentenbezugsjahr ermittelte persönliche Rentenfreibetrag wird für die restliche Laufzeit der Rente als Eurobetrag festgeschrieben. Die Festschreibung des Betrages im zweiten Rentenjahr soll vermeiden, dass bei gleichem Sachverhalt ein unterschiedlicher Rentenfreibetrag in Abhängigkeit vom Renteneintritt

<sup>9</sup> So auch Nürnberger/Perrong SozSich 2004, S. 146, 153

<sup>10</sup> Vgl. Brall/Bruno-Latocha/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 429ff

vor oder nach der Rentenanpassung festgeschrieben wird.

**Beispiel 4:**

*A geht am 01.01.2005 in Altersrente. Im ersten Halbjahr 2005 erhält er 900 Euro Rente und im zweiten Halbjahr 920 Euro. Insgesamt errechnet sich für 2005 ein Jahresbetrag von 10.920 Euro ( $6 \times 900 \text{ Euro} + 6 \times 920 \text{ Euro}$ ). Bei einem Besteuerungsanteil von 50% ergibt sich für das Jahr 2005 ein persönlicher Rentenfreibetrag von 5.460 Euro. Nach der Rentenanpassung im Jahr 2006 besteht ein Anspruch in Höhe von 940 Euro. Für das Jahr 2006 errechnet sich dann eine Jahresrente von 11.160 Euro. Bei einem weiterhin gültigen Besteuerungsanteil von 50% errechnet sich für das Jahr 2006 ein persönlicher Rentenfreibetrag für das Jahr 2006 und für die Folgejahre von 5.580 Euro.*

Der Freibetrag gilt für die betroffenen Versicherten grundsätzlich lebenslang und ändert sich auch nicht mehr durch die jährlichen Rentenanpassungen. Dies kann dazu führen, dass Renten, die zunächst steuerfrei bezogen wurden, durch die Rentenanpassungen nach Jahren des Rentenbezugs erstmals steuerlich belastet werden, da die Zuwächse der Besteuerung unterliegen. Unter diesem Aspekt besteht die Gefahr der Doppelbesteuerung.<sup>11</sup>

Bei ununterbrochenem Rentenbezug aus derselben Versicherung wird bei der späteren Rente der niedrigere Prozentsatz des Besteuerungsanteils der vorausgegangen berücksichtigt. Z. B. gilt bei der Umwandlung der Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente weiter der bisherige Freibetrag. Diese Regelung wird damit begründet, dass sich an der Besteuerung der zugrunde liegenden Beiträge nichts geändert hat. Diese Regelung gilt auch für eine nachfolgende Witwen- oder Witwerrente bzw. Waisenrente.

Bei Unterbrechungen im Rentenbezug ist für die Bemessung des Prozentsatzes des Besteuerungsanteils die Laufzeit der vorhergehenden Rente zu berücksichtigen.

Änderungen bei der Rentenhöhe durch eine Einkommensanrechnung oder durch den Wechsel von einer Teil-

zu einer Vollrente (oder umgekehrt) führen zu einer Anpassung des steuerfreien Teils der Rente in dem Verhältnis, in dem der veränderte Jahresbetrag der Rente zum Jahresbetrag der Rente steht, der der Ermittlung des steuerfreien Teils der Rente zugrunde liegt. Für die Bestimmung des Prozentsatzes des Besteuerungsanteils bleibt das Jahr des Beginns des Rentenbezugs maßgebend.

**6.2 Finanzielle Auswirkungen für die steuerpflichtigen Rentner**

Nach Berechnungen des Bundesministeriums der Finanzen wird auch nach dem neuen Recht der überwiegende Anteil der Rentner zunächst keine Steuern zahlen müssen.

Für einen allein stehenden Rentner bleibt danach ein Bruttoeinkommen bis zu einem Betrag von monatlich ca. 1.575 Euro generell steuerfrei. Der Bruttostandardrentner (Eckrente) erhielt im Jahr 2004 eine Rente von monatlich 1.175,85 Euro (West), womit der Eckrentner deutlich unter dem o.g. Steuerfreibetrag liegt. Eine steuerliche Belastung von Standardrentnern ohne Nebeneinkünfte dürfte frühestens für Neurentenfälle, deren Rente in 2012 beginnt zu erwarten sein.<sup>12</sup>

Anders stellt sich der Sachverhalt dar, wenn der Standardrentner neben seiner Rente noch weitere Einkünfte bezieht. Durch die höhere Besteuerung der Rente ab dem Jahr 2005 wird bereits ein größerer Teil des steuerfreien Existenzminimums durch die steuerpflichtige Rente ausgeschöpft. Dadurch kann es in diesen Fällen bereits im Jahr 2005 bei einem Standardrentner mit Nebeneinkommen zu einer erstmaligen Steuerbelastung kommen.

**Beispiel 5:**

*Ein Regelaltersrentner erhält 2004 eine Jahresrente von 14.110,20 Euro und hat zusätzlich Mieteinnahmen von 6.000 Euro. Von der Rente wäre nur der Ertragsanteil von 3809,75 Euro steuerpflichtig. Zusätzlich sind noch die Sonderausgaben für Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Werbungskosten- und der Sonderkostenpauschbetrag abziehbar, so dass*

<sup>11</sup> Nürnberger/Perreng SozSich 2004, S. 146, 154

<sup>12</sup> Stosberg DAngVers 2004, S. 359

# Rentenrecht

*trotz der Mieteinnahmen keine Steuerbelastung eintritt. Ein Standardrentner im Jahr 2005 müsste im entsprechenden Fall 394 Euro zahlen.*<sup>13</sup>

Nach Angaben des Bundesfinanzministeriums müssten 2005 rund 3,3 Millionen Rentnerhaushalte – im Regelfall mit zusätzlichen Einkünften neben der Rente – Steuern zahlen. Bereits nach geltendem Recht wären schon zwei Millionen Rentner steuerbelastet.<sup>14</sup>

## 6.3 Rentenzahlungen ins Ausland

Bei Rentenzahlungen in das Ausland ist für die Besteuerung entscheiden, ob der Rentner in Deutschland unbeschränkt oder beschränkt einkommensteuerpflichtig ist und ob es mit dem entsprechenden Land ein Doppelbesteuerungsabkommen (DBA) gibt, welches Deutschland das Besteuerungsrecht zuweist.

Unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist jemand insbesondere dann, wenn er trotz Wegzugs einen Wohnsitz in Deutschland behält oder wenn er sich weiterhin dauerhaft in Deutschland aufhält (mehr als sechs Monate im Jahr). Beschränkte Steuerpflicht liegt vor, wenn jemand weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, hier aber Einkünfte erzielt und diese zu den in § 49 EStG aufgezählten Einkünften gehören.

Nach neuem Recht sollen Rentner, die im Ausland leben und eine Rente aus Deutschland beziehen, mit ihren Renteneinkünften ab 1. Januar 2005 in Deutschland beschränkt einkommensteuerpflichtig sein. Das hat zur Folge, dass diese zukünftig nach § 25 Abs. 3 EStG eine Einkommensteuererklärung (für beschränkt Steuerpflichtige) abgeben müssen.

Ob es tatsächlich zu einer Besteuerung kommt, hängt von den individuellen Verhältnissen (verheiratet/unverheiratet, weitere Einkünfte, etc.) des Rentners ab. Die tatsächliche Besteuerung ist zudem vom Wohnsitzstaat des Rentners abhängig. Nicht alle DBA weisen Deutschland das Besteuerungsrecht zu, wenn die Rente aus Deutschland gezahlt wird. Soweit in einem DBA

dem anderen Staat das Besteuerungsrecht zugewiesen ist, unterliegen diese Einkünfte in Deutschland nicht der Besteuerung. D.h., sie werden im Rahmen der Veranlagung entweder freigestellt, unterliegen lediglich – unter bestimmten Voraussetzungen – dem Progressionsvorbehalt (d.h. bei Vorliegen weiterer Einkünfte würden sie sich auf den Steuersatz auswirken) oder die ausländische Steuer wird angerechnet. Der im Ausland lebende Rentner hat zudem die Möglichkeit, in Deutschland einen Antrag auf unbeschränkte Einkommensteuerpflicht zu stellen (nach § 1 Abs. 3 EStG).

## 7 Aufgaben der Rentenversicherungsträger

Das Gesetz sieht vor, dass die RV-Träger und vergleichbare Institutionen (Versicherungsunternehmen, berufsständische Versorgungswerke, Pensionskassen, Pensionsfonds), die Leibrenten und vergleichbare Leistungen betreffenden Daten an eine zentrale Stelle melden, um die steuerliche Erfassung zu gewährleisten. Mit der Sammlung der Daten und ihrer Weitergabe wird die ZfA, die zur verwaltungsmäßigen Umsetzung der privaten, zulagegeförderten Altersvorsorge (Riester-Rente) errichtet worden war, betraut. Um eine zielgerichtete automatisierte Auswertung zu ermöglichen, wird eine persönliche Identifikationsnummer des Leistungsbeziehers eingeführt, die dann künftig die Zuordnung der Rentenbezugsmitteilungen der verschiedenen Träger ermöglicht.

Die technischen Voraussetzungen für die Einführung der Identifikationsnummer sind voraussichtlich erst 2007 gegeben.<sup>15</sup> Somit kann durch das Rentenbezugsmitteilungsverfahren auch erst im Jahre 2007 eine evtl. Steuerschuld für die Jahre 2005 und 2006 festgestellt werden. Da der Steuerpflichtige aber von der Abgabe der Einkommensteuererklärung nicht entbunden wird, kann die rechtzeitige Abgabe der Steuererklärung verhindern, dass eine mehrjährige Nachforderung entsteht.

<sup>13</sup> Vgl. Brall/Bruno-Latocha/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 437ff

<sup>14</sup> zitiert nach Nürnberger/Perreng SozSich 2004, S. 146, 149

<sup>15</sup> Brall/Bruno-Latocha/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 442

Nach dem im Gesetz vorgesehenen Verfahren übermittelt die ZfA die zusammengeführten Daten an die Landesrechenzentren. Diese werden in einem automatischen Verfahren eine Vorauswahl treffen, ob voraussichtlich eine Steuerpflicht vorliegen wird. Damit werden die zuständigen Finanzämter insbesondere in den ersten Jahren der Übergangsphase vor einer Flut von Mitteilungen in Nichtveranlagungsfällen bewahrt.<sup>16</sup>

Anders als bei Einführung der Riester-Rente ist für die Rentenversicherungsträger eine Pflicht zur Auskunftserteilung im Zusammenhang mit der steuerrechtlichen Neuregelung nicht im Gesetz aufgenommen worden. Individuelle Fragen zum Sonderausgabenabzug oder zur Besteuerung der Renten können allein vom zuständigen Finanzamt beantwortet werden. Angesichts der vielfältigen individuellen Komponenten der Einkommensbesteuerung ist es den Rentenversicherungsträgern nicht möglich, die Versicherten umfassend über alle im Zusammenhang mit der Rentenbesteuerung stehenden Fragen zu informieren bzw. zu beraten.<sup>17</sup> Allgemeine Auskünfte zum AltEinkG werden die Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten geben.

## 8. Besteuerung der Kapitallebensversicherungen

Für nach dem 31.12.2004 abgeschlossene Kapitallebensversicherungen wird das bisherige Steuerprivileg abgeschafft und die späteren Auszahlungen aus diesen Verträgen sind nicht mehr steuerfrei. Die Neuregelung gilt auch für die Direktversicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge. Eine gewisse Privilegierung gibt es noch für Kapitallebensversicherungen in denen der Altersvorsorgecharakter im Vordergrund steht. Nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG werden die Erträge der Kapitallebensversicherungen, die ab dem 01.01.2005 abgeschlossen werden, nur zur Hälfte besteuert, wenn die Versicherungsleistung nach Vollendung des 60. Lebensjahres und nach Ablauf von zwölf Jahren seit Vertrags-

abschluss ausgezahlt wird. Andernfalls sind die Erträge bei der Auszahlung in voller Höhe steuerpflichtig.

## 9. Betriebliche Altersversorgung

Die mit der Rentenreform 2001 eingeleitete Stärkung der betrieblichen Altersversorgung soll weiter forciert werden. Mit dem AltEinkG wird deshalb auch das Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) geändert.

Die Beiträge für eine Direktversicherung werden in die Steuerfreiheit, und damit bis 2008 in die Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung, einbezogen. Die pauschale Besteuerung nach § 40b EStG wird allerdings für Neuverträge abgeschafft. Als Ersatz dafür wird der steuerfreie Höchstbetrag in § 3 Nr. 63 EStG um einen festen Betrag von 1.800 Euro im Kalenderjahr für Beiträge, die vom Arbeitgeber auf Grund einer nach dem 31.12.2004 erteilten Versorgungszusage geleistet werden, erhöht. Dieser Betrag ist steuerfrei, aber nicht beitragsfrei in der Sozialversicherung.

Die Übertragbarkeit von Anwartschaften soll auch erleichtert werden. Sofern sich Arbeitnehmer, alter und neuer Arbeitgeber einig sind, ist bei einem Betriebswechsel die Mitnahme der erworbenen Anwartschaften zusammen mit dem hierfür aufgebauten Betriebskapital möglich.

## 10. Vereinfachungen bei der Riester-Rente

### 10.1 Vereinfachungen des Verfahrens

Das Antragsverfahren bei der privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge wird vereinfacht. Der Anleger kann den Anbieter bevollmächtigen auch in den Folgejahren die Förderung zu beantragen. Der Zulagenantrag wird dadurch (bis auf Widerruf) gleich für mehrere Jahre gestellt, was den Verwaltungsaufwand verkleinert. Der Anleger ist in diesem Fall lediglich verpflichtet, dem Anbieter eine Änderung der Verhältnisse, die zu einer Kür-

<sup>16</sup> Brall/Bruno-Latochs/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 441

<sup>17</sup> Brall/Bruno-Latochs/Lohmann DRV 2004, S. 409, S. 442ff

# Rentenrecht

zung oder zum Wegfall des Zulageanspruchs führen, unverzüglich mitzuteilen. Die Bevollmächtigung kann unabhängig vom Zulageantrag erklärt werden.

Sofern der Antragsteller seine beitragspflichtigen Einnahmen nicht mitteilt, darf die zentrale Stelle diese Daten durch eine Abfrage beim zuständigen Rentenversicherungsträger selbst erheben.

Der Sockelbeitrag, d. h. der Beitrag, der unabhängig von der Höhe des Einkommens stets mindestens zu leisten ist, um die Zulage in voller Höhe zu erhalten, war nach der bisherigen Regelung ab dem Jahr 2005 je nach Anzahl der zustehender Kinderzulage zwischen 60 Euro und 90 Euro gestaffelt. Jetzt gilt ab diesem Zeitraum ein einheitlicher Sockelbetrag in Höhe von 60 Euro.

## 10.2 Änderungen bei den Zertifizierungskriterien

Mit der Änderung des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes (AltZertG) wird der als zu bürokratisch kritisierte Katalog der Zertifizierungskriterien staatlich begünstigter Altersvorsorgeverträge formal von elf auf fünf Kriterien reduziert. So wird darauf verzichtet, Zahlungsmodalitäten vorzuschreiben und Anlageprodukte zu definieren. Der Zeitraum für eine Verteilung der in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten wird von zehn auf fünf Jahren verkürzt. Damit kann für die Vertreter der Versicherungen möglicherweise der Verkauf von Riester-Produkten attraktiver und lukrativer werden, so dass diese verstärkt auf die potentiellen Kunden zugehen.<sup>18</sup> Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich dadurch das Ansparen des Vorsorgekapitals in den ersten Vertragjahren erheblich verringert. Der Wechsel oder die Kündigung eines Vertrages wird dadurch erschwert und könnte gerade Geringverdiener von einem möglichen Vertragsabschluss abhalten.

Die Informationspflichten der Anbieter werden teilweise erweitert. So müssen künftig vor Vertragsabschluss die effektive Gesamtrendite der zu leistenden Beiträge und ihre Berechnungsgrundlage angegeben werden. Der Anbieter wird zudem grundsätzlich verpflichtet dem Anleger bei der jährlichen Information

über die Kapitalentwicklung mitzuteilen, ob und gegebenenfalls wie ethische, soziale und ökologische Belange bei der Kapitalanlage berücksichtigt worden. Darüber hinaus sind Angaben zum Portfoliostruktur, Risikopotential und Anlagepolitik erforderlich.

Die bisher im Wege der Gesetzesauslegung als zulässig angesehene Teilkapitalauszahlung als Einmalauszahlung zu Beginn der Auszahlungsphase wird gesetzlich normiert und der Höhe nach auf 30% des Kapitals beschränkt. Die Anlagevorschriften für das Vorsorgekapital werden ersatzlos gestrichen. Der Gesetzgeber vertritt hier die Auffassung dass das aufsichtsrechtliche Instrumentarium ausreicht, um die Möglichkeiten der Kapitalanlage ausreichend einzugrenzen.

## 10.3 Geschlechtsneutrale Tarife

Schon im Vorfeld der Einführung der Riester-Rente wurde die Forderung nach gleichen monatlichen Leistungen bei gleichen Beiträgen für Männer und Frauen (sog. „Unisex-Tarife“) diskutiert, aber zunächst nicht beschlossen.

Für staatlich geförderten Altersvorsorgeverträge, die nach dem 31.12.2005 abgeschlossen werden, sind künftig einheitliche Tarife für Männer und Frauen vorgeschrieben. Mit diesen "Unisex-Tarifen" soll die private Altersvorsorge für Frauen attraktiver werden. Bei gleich hohen Prämienzahlungen sollen sie auch im Alter Leistungen in derselben Höhe wie Männer erhalten. Unter Hinweis auf die längere Lebenserwartung der Frauen fallen die versprochenen Auszahlungen zur Zeit in den Policen niedriger aus. Kritiker gehen davon aus, dass Männer künftig diese für sie ungünstigeren Verträge selten nachfragen werden. Dadurch wird diese Form der Vorsorge auch für die Frauen nicht lukrativer, da sich die Kalkulation der Unisex-Tarife an die Risikostruktur der Versicherten (weniger Männer; in der Mehrzahl Frauen mit einer höheren Lebenserwartung) anpassen und damit teurer werden.<sup>19</sup> Wenn diese Prognose eintreffen sollte, würde der vom Gesetzgeber gewollte Effekt leider nicht eintreten. Vielmehr wäre dann bei privaten Riester-Verträgen mit einem Nachfragerückgang

<sup>18</sup> Nürnberger/Perrong SozSich 2004, S. 146, 154

<sup>19</sup> Kemme BetrAV 2004, S. 497, 498

insgesamt zu rechnen. Andere Vorsorgemöglichkeiten würden in den Vordergrund rücken.

Als Muster zu verwendende zertifizierte Altersvorsorgeverträge sind zum 01.01.2006 durch Bescheid der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu widerrufen, wenn sie die Voraussetzung eines Unisex-Tarifes nicht erfüllen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ab dem genannten Zeitpunkt nur noch zertifizierte Altersvorsorgeverträge mit geschlechtsneutralen Tarifen abgeschlossen werden können. Zertifizierte Altersvorsorgeverträge, die vor den 01.01.2006 abgeschlossen worden sind, werden durch den Widerruf nicht berührt. Das gilt auch für die steuerliche Förderbarkeit, der vor diesem Datum abgeschlossenen Verträge.

#### **10.4 Förderfähiger Personenkreis und Abgabefrist für Einwilligung**

Eine Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung in die Riester-Förderung wurde wegen der damit verbundenen Steuerausfälle nicht Gesetz. Allerdings werden nun auch die nach § 230 Abs. 2 Satz 2 SGB VI von der Versicherungspflicht befreiten Beschäftigten (Beschäftigte von Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder ihrer Verbände sowie satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaf-

ten, Diakonissen oder Angehörige ähnlicher Gemeinschaften, die auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit wurden) nunmehr ausdrücklich ab 01.01.2005 als anspruchsberechtigte Personen genannt (§ 10a Satz 1 Nr. 3 EstG).

Für den Personenkreis der Beamten, Empfänger von Amtsbezügen, versicherungsfrei Beschäftigten oder von der Versicherungspflicht befreiten Beschäftigten kann der Dienstherr oder die Besoldungsstelle der Zulagenstelle nur mit Einwilligung des Betroffenen die erforderlichen Daten mitteilen. Die Frist für die Abgabe dieser Einverständniserklärungen wird verlängert. Sie sind nun spätestens bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, abzugeben. Ein Widerruf dieser Erklärung kann bis vor Beginn des Kalenderjahres für das die Einwilligung erstmals nicht gelten soll, gegenüber der zuständigen Stelle erfolgen.

#### **10.5 Riester-Rente und Versorgungsausgleich**

Mit dem AltEinkG wurde rückwirkend (Inkrafttreten mit Wirkung zum 01.01.2002) eine Regelung zur Abwicklung des Versorgungsausgleichs im Scheidungsverfahren bei steuerlich geförderten Anlageprodukten neu aufgenommen.

## Blick ins Unternehmen

### **Dienstausweis ungültig**

Der Dienstausweis Nr. 256 des Mitarbeiters Dirk Valbert, geboren am 4. Oktober 1961, Hausmeister im Service-Zentrum Gummersbach, ist verloren gegangen.

Der Ausweis wird hiermit für ungültig erklärt; der unbefugte Gebrauch wird strafrechtlich verfolgt.

Sollte der Ausweis gefunden werden, bitten wir, ihn der Abteilung Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Königsallee 71, 40215 Düsseldorf zuzuschicken.

Thomas Göhde, Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

## Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit

§§ 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 44 Abs. 2, 44 Abs. 4, 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 43 Abs. 3 Nr. 1 (jeweils i.d.F vom 24.03.1999) SGB VI; §§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 58 Abs. 2 Satz 1 SGB VI; §§ 44 Abs. 1, 48 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V

**Die Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung eines Aufschubtatbestandes wegen einer rentenversicherungsrechtlichen Anrechnungszeit richtet sich entsprechend den Anforderungen dieses Begriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unbegrenzt nach der letzten Beschäftigung. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und fortdauernder Erkrankung entfällt ein derartiger (krankenversicherungsrechtlicher) „Berufsschutz“ jedenfalls nach Ablauf von drei Jahren (§ 48 Abs. 1, 2 SGB V).**

**BSG, Urteil vom 25. Februar 2004 – B 5 RJ 30/02 R**

### Zum Sachverhalt:

Die Beklagte wendet sich gegen ihre Verurteilung, dem Kläger für die Zeit ab 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2002 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU) zu zahlen.

Der 1949 geborene Kläger hat nach seinen Angaben den Beruf eines Industriekaufmanns erlernt (Prüfung 1969), war jedoch in der Folgezeit nicht in diesem Beruf beschäftigt. Nach verschiedenen Berufstätigkeiten ab 1969 bis 1980 (Kellner, Verkaufsfahrer, Versicherungsvertreter, Verkäufer) war er ab November 1984 – mit Unterbrechungen – bis September 1988 als Folien-schweißer beitragspflichtig beschäftigt. Seit 7. September 1988 war er arbeitsunfähig erkrankt und bezog bis 24. März 1990 durchgehend Krankengeld (Krg).

Den im Februar 1990 gestellten Antrag des Klägers auf Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU) bzw. EU lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 30. März 1990 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Februar 1991 ab. Dabei nahm sie bei dem Kläger entsprechend dem Ergebnis eines sozialmedizinischen Gutachtens vom 19. März 1990 wegen eines chronischen Wirbelsäulensyndroms nach Bandscheibenprolaps (1986) und anstehender Bandscheibenoperation einen Zustand vorübergehender EU vom 7. September 1988 bis 31. März 1991 an, verneinte jedoch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen; im maßgeblichen Zeitraum vom 1. April 1982 bis 31. August 1988 seien statt der erforderlichen 36 Monate lediglich 32 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt und die Zeit vom 1. Januar 1984 bis 31. Dezember 1987 (Ende des Kalenderjahres vor Eintritt des Versicherungsfalls) sei auch nicht gemäß Art. 2 § 6 Abs. 2 Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz durchgehend mit Beiträgen oder anwartschaftserhaltenden Zeiten belegt, unbelegt seien die Monate Januar bis Juni 1984. Der nachfolgende Rechtsstreit endete am 8. Juni 1994 mit einem Vergleich, in dem sich die Beklagte bereit erklärte, ausgehend von dem Rentenanspruch vom Februar 1990 zu überprüfen, ob ab 1. Januar 1992 (nach Inkrafttreten des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch <SGB VI>) ein Anspruch auf Rente bestehe.

Mit Bescheid vom 6. April 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juli 1995 lehnte die Beklagte den Antrag erneut ab, da bei dem Kläger über den 31. März 1991 hinaus keine verminderte Erwerbsfähigkeit vorgelegen habe; es bestehe kein Berufsschutz, und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger zumindest leichte Arbeiten noch vollschichtig verrichten; vor Eintritt des Versicherungsfalls der vorübergehenden EU am 7. September 1988 habe der Kläger – wie im Erstbescheid bereits ausgeführt – nicht die erforderliche Belegungsdichte erreicht. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 22. Mai 1997 abgewiesen. Gestützt auf die von ihm eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr. R. und der Nervenärztin Dr.

## Rechtsprechung

O. ist es davon ausgegangen, dass sich beim Kläger eine fixierte Schmerzschonhaltung und ein depressives Versagensyndrom entwickelt hätten und er vor allem wegen dieser Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet nur noch ca. vier Stunden täglich erwerbstätig sein könne. Dieser Zustand lasse sich allerdings erst seit der Untersuchung durch Dr. O. am 14. Juni 1996 annehmen. Daneben könne eine über den 31. März 1991 hinaus fortdauernde EU wegen der orthopädischen Gesundheitsstörungen nicht bejaht werden. Für einen am 14. Juni 1996 eingetretenen Versicherungsfall erfülle der Kläger aber nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. In den maßgebenden Zeitraum vom 14. Juni 1991 bis 13. Juni 1996 fielen nach dem Versicherungsverlauf keine Pflichtbeiträge. Die Voraussetzungen des § 241 Abs. 2 SGB VI seien ebenfalls nicht erfüllt; der Versicherungsverlauf des Klägers weise erhebliche Beitragslücken, insbesondere für die Zeit von Januar 1981 bis Juni 1984 auf, die nicht mehr geschlossen werden könnten. Das Landessozialgericht (LSG) hat nach weiterer Sachverhaltsaufklärung mit Urteil vom 28. November 2001 die erstinstanzliche Entscheidung aufgehoben und die Beklagte – unter Zurückweisung der Berufung im Übrigen – verurteilt, dem Kläger unter Abänderung der angefochtenen Bescheide Rente wegen EU ab 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2002 zu gewähren. Es hat seine Entscheidung im Wesentlichen wie folgt begründet: Nicht zu beanstanden sei das SG-Urteil, soweit es die streitigen Leistungen auf Rente wegen EU bzw. BU für die Zeit bis 31. Dezember 1996 betreffe. Durch den angefochtenen, in Ausführung des Prozessvergleichs erteilten Zweitbescheid habe die Beklagte erneut über den Rentenanspruch des Klägers vom Februar 1990 entschieden und dadurch eine weitere gerichtliche Überprüfung ohne Bindung an die Voraussetzungen des § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch eröffnet. Bei dem Kläger sei – übereinstimmend mit den Feststellungen des erstinstanzlichen Urteils – der Versicherungsfall der EU i.S. des § 44 Abs. 2 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung am 14. Juni 1996 eingetreten. Seit diesem Zeitpunkt könne der Kläger selbst leichte Arbeiten nur noch im Umfang von ca. vier Stunden täglich verrichten. Ausgehend von dem am 14. Juni 1996 eingetretenen Leistungsfall der EU (auf Zeit) erfülle der Kläger auch die versicherungsrechtlichen Vorausset-

zungen für die Gewährung der Rente. Denn er habe zwar in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der EU (14. Juni 1991 bis 13. Juni 1996) nicht für wenigstens drei Jahre Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt (unstreitig sei für ihn in dieser Zeit kein einziger Pflichtbeitrag nachgewiesen); der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit verlängere sich jedoch um Anrechnungszeiten wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Nach Überzeugung des Senats habe die AU des Klägers nach Wegfall des Krg-Bezugs am 24. März 1990 nicht geendet, sondern durchgehend von September 1988 bis zum Eintritt der EU am 14. Juni 1996 angedauert, da die bis zum Eintritt der AU ausgeübte Tätigkeit als Folienschweißer, die nach den glaubhaften Angaben des Klägers mit schwerem Heben und Tragen in nicht unerheblichem Umfang verbunden gewesen sei, auf Dauer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr habe verrichtet werden können. Die als Anrechnungszeit zu berücksichtigende Zeit der AU führe zu einer Verlängerung des Bemessungszeitraums um eine so genannte Aufschubzeit, die von Beginn der AU am 7. September 1988 bis zum Eintritt des Leistungsfalles am 14. Juni 1996 insgesamt sieben Jahre und neun Monate umfasse, mithin den Beginn des maßgeblichen Bemessungszeitraums auf den 1. September 1983 vorverlege. Darin seien für den Kläger 39 mit Pflichtbeiträgen belegte Monate enthalten; somit seien die versicherungsrechtlichen Erfordernisse erfüllt. Da bei einem Leistungsvermögen von ca. vier Stunden täglich für einfache Arbeiten der Anspruch auf EU-Rente auch von der jeweiligen Arbeitsmarktlage abhängig sei, könne die Rente nur auf Zeit geleistet werden (§ 102 Abs. 2 SGB VI); der Senat habe die Befristung bei rückschauend unveränderter Arbeitsmarktlage über drei Jahre hinaus auf insgesamt sechs Jahre verlängert, eine weitere Verlängerung durch die Beklagte, abhängig von der Arbeitsmarktlage und einem entsprechenden Antrag des Klägers, sei nicht ausgeschlossen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision wendet sich die Beklagte gegen die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der AU durch das LSG. Die Feststellung, der Kläger könne der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Folienschweißer im streitigen Zeitraum nicht mehr nachgehen, genüge für die Annahme einer fortdauernden AU nicht. Vielmehr müsse geprüft werden, ob für

den Kläger eine ähnliche oder gleich geartete Tätigkeit in Betracht komme, die das Vorliegen von AU ausschließe. Nach der zur AU als Voraussetzung einer Ausfallzeit nach § 1259 Reichsversicherungsordnung (RVO) entwickelten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der Begriff der AU in der Rentenversicherung nicht anders zu verstehen als in der Krankenversicherung; demgemäß sei zwar Ausgangspunkt für die Beurteilung der AU die vor Eintritt der AU zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Bei gelöstem Arbeitsverhältnis werde jedoch auf ein erweitertes berufliches Bezugsfeld der ähnlichen oder gleichgearteten Tätigkeiten abgestellt. Außerdem sei zum einen der Funktionszusammenhang zwischen dem Tatbestand der AU und der für ihren Nachweis erforderlichen Bescheinigung zu berücksichtigen, den die Rechtsprechung des BSG seit dem Beschluss des Großen Senats vom 16. Dezember 1981 (BSGE 53, 22 = SozR 2200 § 1259 Nr. 59) zur seinerzeitigen Fassung des § 1259 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO für die Ablehnung eines eigenständigen AU-Begriffs in der Rentenversicherung gefordert habe. Zum anderen sei im Hinblick auf die geänderte Gesetzesfassung (§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) auch die Entwicklung der neueren Rechtsprechung des BSG zum Begriff der AU bei gelöstem Arbeitsverhältnis zu bedenken. Auch wenn die Bereitschaft, eine dem verbliebenen Leistungsvermögen entsprechende Arbeit anzunehmen, den für den Krg-Anspruch maßgebenden Bezug zur früheren Beschäftigung nicht beseitige, so sei Endtermin für die Beurteilung der AU anhand der bisherigen Tätigkeit doch die Ausschöpfung der Bezugsdauer des Krg nach § 48 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). In einer neuen Blockfrist i.S. des § 48 Abs. 2 SGB V komme der Rückgriff auf die bisherige berufliche Tätigkeit nur noch in Frage, sofern die AU in der Zwischenzeit für mindestens sechs Monate entfallen sei und der Versicherte erwerbstätig gewesen sei oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden habe. Für letztere Begrenzung spreche auch das Urteil des BSG vom 14. Februar 2001 (B 1 KR 30/00 R), wonach ein Anspruch auf Krg nur wieder aufleben könne, wenn mindestens für sechs Monate keine AU im bisherigen Beruf bestanden habe (§ 48 Abs. 2 SGB V). Für den Fall, dass der Versicherte auf Grund durchgehender AU im erlernten und bei Beginn der Erkrankung ausgeübten Beruf für 78 Wochen Krg bezogen und damit seinen An-

spruch erschöpft habe, könne sich danach die für einen neuen Krg-Anspruch erforderliche AU nicht mehr an der früheren Tätigkeit orientieren...

Der Kläger hält das Urteil des LSG für zutreffend. In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat die Beklagte ergänzend mitgeteilt, nach den ihr vorliegenden Informationen, insbesondere auch von Seiten des Arbeitgebers, sei das Arbeitsverhältnis des Klägers arbeitsrechtlich erst am 31. Juli 1990 beendet worden. Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat erklärt, nach ihren Unterlagen könne das Arbeitsverhältnis des Klägers bereits am 21. August 1988 oder auch am 30. November 1989 beendet gewesen sein.

### Aus den Gründen:

Die Revision der Beklagten ist begründet.

Streitgegenstand im Revisionsverfahren ist lediglich ein Rentenanspruch des Klägers für die Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2002 auf Grund einer ab 14. Juni 1996 gegebenen EU; denn der Kläger wendet sich mit einem eigenen Rechtsmittel nicht mehr gegen die teilweise Zurückweisung seines weitergehenden Klagebegehrens im Berufungsverfahren. Der Senat konnte in der Sache abschließend entscheiden, da auf Grund der Erklärungen der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung feststeht, dass das Arbeitsverhältnis des Klägers jedenfalls nach dem 31. Juli 1990 nicht mehr bestanden hat.

Die Voraussetzungen für den streitigen Rentenanspruch sind nicht erfüllt. Das LSG hätte daher die Berufung des Klägers gegen das klagabweisende Urteil des SG in vollem Umfang zurückweisen müssen.

1. Zutreffend hat das LSG den Anspruch des Klägers nach den Vorschriften des SGB VI beurteilt, denn sein im Februar 1990 gestellter Rentenantrag bezieht sich – entsprechend dem gerichtlichen Vergleich vom 8. Juni 1994 – ausschließlich auf Leistungen nach dem 31. Dezember 1991 (vgl. § 300 Abs. 1 und 2 SGB VI).

Nach § 44 Abs. 1 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a.F.) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen EU, wenn sie 1. erwerbsunfähig sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der EU drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung

## Rechtsprechung

oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der EU die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wobei § 38 Abs. 2 SGB VI a.F. anzuwenden ist. Die zu 2. genannten Pflichtbeiträge vor Eintritt der EU sind nach § 241 Abs. 2 Satz 1 SGB VI a.F. bei Versicherten, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, nicht erforderlich, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der EU mit Anwartschaftserhaltungszeiten (§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB VI a.F.) belegt ist oder wenn die EU vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist; für Kalendermonate, für die eine Beitragszahlung noch zulässig ist, ist eine Belegung mit Anwartschaftserhaltungszeiten nicht erforderlich (§ 241 Abs. 2 Satz 2 SGB VI a.F.).

2. Nach den tatsächlichen, von der Beklagten im Revisionsverfahren nicht angegriffenen und somit gemäß § 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bindenden Feststellungen des LSG war der Kläger seit 14. Juni 1996 erwerbsunfähig i.S. des § 44 Abs. 2 SGB VI a.F. und hat – was zwischen den Beteiligten auch unstrittig ist – die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren gemäß § 50 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI i.V.m. § 51 Abs. 1 SGB VI erfüllt. Ferner weist der Versicherungsverlauf des Klägers in der Zeit ab 1. Januar 1984 bereits für das Jahr 1984 Beitragslücken auf, die sich – wie bereits vom SG festgestellt und vom Kläger auch nicht bestritten ist – nicht mehr schließen lassen. Der streitige Rentenanspruch des Klägers hängt daher davon ab, ob die erforderliche Drei-Fünftel-Belegung (§ 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI a.F.) erfüllt ist. Dies ist jedoch entgegen der Auffassung des LSG nicht der Fall.

Der Kläger hat in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der EU – also im Zeitraum vom 14. Juni 1991 bis 13. Juni 1996 – nicht für wenigstens drei Jahre (= 36 Kalendermonate) Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt; für diesen Zeitraum sind für den Kläger keinerlei Beiträge nachgewiesen. Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit verlängert sich allerdings gemäß § 43 Abs. 3 Nr. 1 SGB VI a.F., auf den die Bestimmung des § 44 Abs. 4 SGB VI a.F. ausdrücklich verweist, um Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind (vgl. zu den Berechnungsmodalitäten u.a. Niesel in Kasseler Komm.,

§ 43 SGB VI RdNr. 13, 130, Stand Juni 1998). Vorliegend kommen – wie vom LSG zutreffend ausgeführt – lediglich Anrechnungszeiten nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in Betracht. Danach sind Anrechnungszeiten u.a. Zeiten, in denen Versicherte wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen sind. § 58 Abs. 2 Satz 1 SGB VI bestimmt außerdem, dass Anrechnungszeiten nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI nur vorliegen, wenn dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit oder ein versicherter Wehrdienst oder Zivildienst unterbrochen ist.

Eine derartige Unterbrechung war beim Kläger zwar mit Eintritt der AU ab 7. September 1988 gegeben. Denn er war hierdurch noch nicht endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden; sein bisheriges Beschäftigungsverhältnis war zu diesem Zeitpunkt – auch nach dem Vortrag der Beklagten – noch nicht beendet (vgl. BSG Urteile vom 13. Mai 1966 - 4 RJ 115/65 - BSGE 25, 16, 18 = SozR Nr. 17 zu § 1259 RVO und vom 28. Februar 1978 - 4 RJ 65/76 - BSGE 46, 48 = SozR 2200 § 1259 Nr. 27 m.w.N.; Senatsurteil vom 19. November 1997 - 5 RJ 24/96 - SozR 3-2600 § 46 Nr. 1 S. 5). Zu Unrecht ist das LSG aber davon ausgegangen, dass die AU bis zum Eintritt der EU am 14. Juni 1996 angedauert und deshalb der gesamte Zeitraum vom 7. September 1988 bis 14. Juni 1996 als Aufschubtatbestand i.S. des § 43 Abs. 3 Nr. 1 SGB VI a.F. zu werten ist. Ein Aufschubtatbestand ergibt sich vielmehr beim Kläger allenfalls für die Zeit ab 25. März 1990 (Ende des Krg-Bezugs am 24. März 1990) bis 6. September 1991 (drei Jahre nach Beginn der krankheitsbedingten Unterbrechung der Beschäftigung); der um diese Zeit verlängerte Fünfjahreszeitraum umfasst indes keine 36 Kalendermonate Pflichtbeitragszeiten (Näheres dazu nachfolgend unter d).

Die vor dem 25. März 1990 liegende Zeit der AU, in der der Kläger Krg bezogen hat, verlängert den Zeitraum von fünf Jahren für die Drei-Fünftel-Belegung nicht (vgl. Senatsurteil vom 13. Dezember 2000 - B 5 RJ 18/99 R - SozR 3-2600 § 252 Nr. 3; ebenso DRV 2002, 81, 108); Zeiten des Krg-Bezugs werden allerdings für die Drei-Fünftel-Belegung angerechnet (§ 44 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 38 Satz 2 SGB VI a.F. <jetzt § 55 Abs. 2 SGB VI>). Die Zeit ab dem 7. September 1991 (Ende des Dreijahreszeitraums ab Beginn der AU) bis zum Eintritt der EU am 14. Juni 1996 ist kein Aufschubtat-

bestand mehr, weil der Kläger in dieser Zeit nach den Feststellungen des LSG erwerbs- und damit arbeitsfähig für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts war, wie sie einem vergleichbaren arbeitslosen Versicherten zuzumuten sind. Dass er - wie in der Revisionserwiderung geltend gemacht - die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Folienschweißer krankheitsbedingt nicht mehr ausüben konnte, steht dem nicht entgegen. Denn in Übereinstimmung mit den Anforderungen dieses Begriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) bestimmt sich die AU im Rentenrecht nach Wegfall des Beschäftigungsverhältnisses (hier spätestens 31. Juli 1990) nicht unbegrenzt nach der letzten Beschäftigung. Vielmehr entfällt bei fortdauernder Erkrankung spätestens nach einem Zeitraum von drei Jahren - gerechnet vom Tag des Beginns der AU (vgl. § 48 Abs. 1 und 2 SGB V) - ein „nachgehender Berufsschutz“ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Dies ergibt sich aus folgenden Überlegungen:

a) Wie durch die Rechtsprechung des BSG bereits geklärt ist, ist für die Definition der krankheitsbedingten AU i.S. des § 58 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI auf die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte Begriffsbestimmung zurückzugreifen. Letzteres hat der Große Senat des BSG mit Beschluss vom 16. Dezember 1981 (GS 3/78 und GS 4/78 - BSGE 53, 22 = SozR 2200 § 1259 Nr. 59) zur früheren Regelung einer Ausfallzeit i.S. des § 1259 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO entschieden und ist in weiteren Entscheidungen des erkennenden Senats vom 14. Oktober 1992 (5 RJ 46/91 - SozR 3-2600 § 252 Nr. 2 S. 9) und vom 13. Dezember 2000 (B 5 RJ 18/99 R - SozR 3-2600 § 252 Nr. 3 S. 15) für die Anrechnungszeit i.S. des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI bestätigt worden. Für den Begriff der AU ist hier das ab 1. Januar 1989 geltende Recht des SGB V maßgebend, da es sich bei den streitigen Erkrankungszeiten um Zeiträume nach Inkrafttreten des SGB V handelt.

Wie schon im Krankenversicherungsrecht der RVO ist die AU auch nach dem SGB V Voraussetzung der Leistung von Krg. Für die Übertragung auf § 58 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI folgt daraus: Nach den Vorgaben des SGB V richtet sich lediglich, ob der Versicherte als arbeitsunfähig anzusehen ist; dagegen ist der tatsächliche Bezug von Krg nicht Voraussetzung. Dies galt schon für die Ausfallzeit wegen AU nach § 1259 Abs. 1 Nr. 1 RVO und verhält sich nicht anders bei der Anrechnungszeit

nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Zwar lässt sich aus dem Bezug von Krg regelmäßig auf das Bestehen von AU schließen (vgl. BSG Urteil vom 19. Dezember 1968 - 5 RKn 66/65 - BSGE 29, 77 = SozR Nr. 21 zu § 1251 RVO); wenn im Anschluss an einen Krg-Bezug aber für die weitere Dauer der AU allein deswegen kein Krg gezahlt wird, weil der Versicherte ausgesteuert worden ist, ist auch diese weitere AU als Ausfall- bzw. Anrechnungszeit zu berücksichtigen (vgl. Senatsurteile vom 27. Februar 1990 - 5 RJ 67/88 - veröffentlicht in JURIS, vom 22. April 1992 - 5 RJ 74/91 - SozR 3-2200 § 1259 Nr. 12 und vom 13. Dezember 2000 - B 5 RJ 18/99 R - SozR 3-2600 § 252 Nr. 3 S. 15 - zu einer von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogenen langjährigen AU; Verbands-Komm., § 1259 RdNr. 9.1 S. 53, Stand Januar 1989; Niesel in Kasseler Komm., § 58 SGB VI, RdNr. 12, Stand Januar 2002).

b) Die Frage, nach welcher Tätigkeit sich die AU bestimmt, wird im Recht der KV für verschiedene Fallkonstellationen unterschiedlich beantwortet (vgl. BSG Urteil vom 14. Februar 2001 - B 1 KR 30/00 R - SozR 3-2500 § 44 Nr. 9 m.w.N.).

Wie der 1. Senat des BSG in seinem Urteil vom 19. September 2002 (B 1 KR 11/02 R - BSGE 90, 72, 75 = SozR 3-2500 § 44 Nr. 10 S. 32 f) herausgestellt hat, wird die Versicherung gegen AU nach dem Recht des SGB V aus dem jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis abgeleitet und dies durch die Regelung in § 48 Abs. 2 SGB V unterstrichen. Danach besteht für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum Krg bezogen haben, wegen derselben Krankheit nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums nur dann ein neuer Krg-Anspruch, wenn sie bei Eintritt der erneuten AU mit Anspruch auf Krg versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate 1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und 2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen. „Bei durchgehender AU im Tätigkeitsfeld des ursprünglichen Berufs ist eine zeitweilige Arbeitsfähigkeit nur für gesundheitlich weniger anspruchsvolle, berufs-fremde Tätigkeiten denkbar; infolgedessen sind diese sowohl Maßstab für die Beurteilung der AU als auch für die Bemessung des Krg“ (so ausdrücklich BSG Urteil vom 14. Februar 2001 - B 1 KR 30/00 R - SozR 3-2500 § 44 Nr. 9 S. 26). Ist der auf die ursprüngliche Beschäftigung bezogene Versicherungsschutz entfallen, kann

## Rechtsprechung

ein Krg-Anspruch unter Berufung auf diese Beschäftigung nicht mehr begründet werden. Die AU richtet sich dann - wie vom 1. Senat im Urteil vom 19. September 2002 (B 1 KR 11/02 R - BSGE 90, 72, 76 = SozR 3-2500 § 44 Nr. 10 S. 33 f m.w.N.) ausgeführt - nicht mehr nach den besonderen Anforderungen der zuletzt ausgeübten Beschäftigung, wenn der Versicherte seit dem Verlust des Arbeitsplatzes mehr als sechs Monate als Arbeitsloser krankenversichert war (vgl. § 121 Abs. 3 Satz 3 Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

§ 48 Abs. 2 SGB V begrenzt mithin den krankenversicherungsrechtlichen Berufsschutz für die ursprüngliche Beschäftigung und verhindert - wie der 1. Senat des BSG bereits in seiner Entscheidung vom 14. Februar 2001 (B 1 KR 30/00 R - SozR 3-2500 § 44 Nr. 9 S. 27 f) hervorgehoben hat -, dass die auf Grund der Lohnersatzfunktion des Krg gerechtfertigte Besserstellung des entgeltlich Beschäftigten gegenüber dem arbeitslosen Versicherten zu einer unverhältnismäßigen Vergünstigung führt. Dies gilt auch im Vergleich zu demjenigen, der sich von seinem bisherigen Beruf gelöst und einer neuen Tätigkeit zugewandt hat.

c) Unter Berücksichtigung der genannten Rechtsprechung des 1. Senats, der sich der erkennende Senat anschließt, ist daher bei - wie hier - fortdauernder Erkrankung im Hinblick auf den Maßstab für die AU zu differenzieren. Solange das Arbeitsverhältnis besteht (Phase 1), kommt eine „Verweisbarkeit“ des erkrankten Arbeitnehmers zum Ausschluss von AU nur im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses und in den Grenzen der arbeitsvertraglichen Rechte und Pflichten in Betracht; auf Tätigkeiten bei einem anderen Arbeitgeber kann er nicht verwiesen werden (BSG Urteile vom 7. August 1991 - 1/3 RK 28/89 - BSGE 69, 180 = SozR 3-2200 § 182 Nr. 9 und vom 14. Februar 2001 - B 1 KR 30/00 R - SozR 3-2500 § 44 Nr. 9). Verliert der Versicherte nach Eintritt der AU seinen Arbeitsplatz (Phase 2), bleibt die letzte Tätigkeit zwar grundsätzlich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weiterhin maßgebend. Allerdings ist der Kreis der möglichen „Verweisungstätigkeiten“ jetzt nicht mehr durch das konkrete Arbeitsverhältnis, sondern entsprechend der Funktion des Krg als Lohnersatz auf gleiche oder ähnlich geartete Tätigkeiten begrenzt. Dies sind Tätigkeiten, die nach der Art der Verrichtung, der körperlichen und geistigen Anforderungen, der notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten so-

wie nach der Höhe der Entlohnung mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, so dass der Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen kann. Diese Bedingungen gelten nicht nur, wenn es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen Ausbildungsberuf handelt, sondern auch bei ungelerten Arbeiten; allerdings ist hierbei das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten deshalb größer, weil die Verweisung nicht durch die engen Grenzen eines Ausbildungsberufs eingeschränkt ist (vgl. BSG Urteil vom 8. Februar 2000 - B 1 KR 11/99 R - BSGE 85, 271, 273 = SozR 3-2500 § 49 Nr. 4 S. 12 f m.w.N.). Der in dieser Weise begrenzte krankenversicherungsrechtliche Berufsschutz für die bei Beginn der Erkrankung ausgeübte Tätigkeit entfällt jedoch, wenn ein auf die Beschäftigung bezogenes Versicherungsverhältnis entfallen ist, spätestens mit Ende des ersten Dreijahreszeitraums (Phase 3).

d) Übertragen auf die AU nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI folgt daraus für den vorliegenden Fall:

Die vom Kläger zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Folienschweißer war kein anerkannter Ausbildungsberuf, sondern - wie bereits das vom LSG in Bezug genommene SG-Urteil vom 22. Mai 1997 ausgeführt hat (S. 7 im Urteilsdruck) - eine allenfalls angelernte oder ungelerte Tätigkeit. Deshalb ist bereits fraglich, ob er nicht schon ab dem Verlust seines Arbeitsplatzes (also in Phase 2) und damit jedenfalls ab dem Ende der zeitlich begrenzten EU (31. März 1991) auf sämtliche leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verweisbar war, für die sein körperliches Leistungsvermögen wieder ausreichte. Dann würde es bereits aus diesem Grund an einer AU für den weiteren Zeitraum fehlen. Eine AU in Anknüpfung an die Tätigkeit als Folienschweißer ließe sich aber höchstens bis zum Ablauf des ersten Dreijahreszeitraums begründen. Jedenfalls entfällt dieser (krankenversicherungsrechtliche) Berufsschutz für den ab 7. September 1991 beginnenden zweiten Dreijahreszeitraum (also in Phase 3). Ob der Kläger (dessen Versicherungsverlauf nur Pflichtbeitragszeiten bis März 1990 enthält) mit seinem Restleistungsvermögen der Arbeitsvermittlung - mangels Arbeitslosmeldung - tatsächlich zur Verfügung stand, ist insoweit unerheblich. Die Tätigkeiten, für die ein arbeitsloser Versicherter vermittlungsfähig war, müssen für die Beurteilung der AU auch dann maßgebend sein, wenn er

sich der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung gestellt hat (und schon aus diesem Grund im zweiten Dreijahreszeitraum kein Krg-Anspruch besteht – vgl. § 48 Abs. 2 SGB V).

Dieses Ergebnis entspricht auch der Funktion der Anrechnungszeiten, Beitragslücken auszugleichen, die durch persönliche und vom Versicherten nicht zu vertretende Umstände eingetreten sind. Sinn dieser Zeiten ist nicht, Beitragslücken zu überbrücken, die der Versicherte hätte vermeiden können. Der nicht zu vermeidenden Arbeitslosigkeit eines arbeitsfähigen Versicherten trägt der Anrechnungstatbestand des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI Rechnung. Er setzt allerdings voraus, dass sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellt. Ein unbegrenzter Schutz für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei Bewertung der AU im Rahmen der Anrechnungszeit würde jedoch diejenigen Versicherten ungerechtfertigt bevorzugen, die bei einer fortdauernden Erkrankung keine Beschäftigung suchen, obwohl sie für eine andere als die vor der Erkrankung ausgeübte Tätigkeit arbeitsfähig sind.

Nach alledem kann eine AU des Klägers nach dem Ablauf des ersten Dreijahreszeitraums, d.h. ab dem 7. September 1991, nicht mehr bestanden haben. Damit aber ist die versicherungsrechtliche Voraussetzung der Drei-Fünftel-Belegung nicht erfüllt. Der dafür maßgebliche Fünfjahreszeitraum vom 14. Juni 1991 bis 13. Juni 1996 könnte sich lediglich um eine Anrechnungszeit vom 25. März 1990 bis 6. September 1991, also insgesamt 18 Monate, bis zum 14. Dezember 1989 verlängern. In diesem Zeitraum finden sich jedoch – abgesehen von den vier Monaten Beitragszeit aus Anlass des Krg-Bezugs bis 24. März 1990 – keine Pflichtbeiträge.....

#### Anmerkung:

Das Urteil befasst sich mit dem Problemkreis der Feststellung einer Anrechnungszeit wegen einer durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Der Begriff wird in § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI nicht definiert. Er ist daher wie der

im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Rechtsprechung geprägte Begriff der „krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit“ (§ 44 Abs. 1 SGB V) auszulegen. Arbeitsunfähigkeit liegt danach vor, wenn der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin, seinen Zustand zu verschlimmern, verrichten kann.<sup>1</sup> Die Formulierung „ähnlich geartete Tätigkeit“ lässt erahnen, dass ggf. – ähnlich wie bei der Feststellung von Berufsunfähigkeit – eine komplizierte Verweisungsprüfung durchzuführen ist. Unproblematisch ist der Fall, in dem Krankengeld gezahlt wird. Hier lässt sich aus dem Bezug von Krankengeld regelmäßig auf das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit schließen.<sup>2</sup> In den anderen Fällen ist zu untersuchen, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt.<sup>3</sup> Zeiten der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit nach der Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug sind alleine unter den Voraussetzungen des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 SGB VI Anrechnungszeiten. Die Regelungen des § 252 Abs. 3 (im Zeitraum von 1984 bis 1997) und § 58 Abs. 3 SGB VI (ab 1998) finden nach der Aussteuerung keine Anwendung. Für diese Fallkonstellationen muss der Rentenversicherungsträger die Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit selber prüfen. Hierbei ist entscheidend, nach welcher Tätigkeit sich die Arbeitsunfähigkeit bestimmt bzw. auf welche Tätigkeiten der Versicherte verweisbar ist. Diese Problematik hat der 13. Senat in seinem Urteil lehrbuchhaft aufbereitet:

- In der ersten Phase (das Arbeitsverhältnis besteht noch) ist zu prüfen, ob der erkrankte Arbeitnehmer im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses oder nach einem Umsetzungsangebot des Arbeitgebers auf ähnlich geartete Tätigkeiten in demselben Betrieb verwiesen werden kann.<sup>4</sup> Auf Tätigkeiten bei einem anderen Arbeitgeber kann er nicht verwiesen werden.
- In der zweiten Phase (der Arbeitnehmer verliert nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit seinen Arbeitsplatz) bleibt die letzte Tätigkeit für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Bestimmung der zu-

<sup>1</sup> BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr. 104

<sup>2</sup> BSG SozR 2200 § 1251 RVO Nr. 21

<sup>3</sup> So zutreffend Niesel in Kasseler Komm, § 58 SGB VI, Rdnr. 12

<sup>4</sup> Vgl. Höfler in Kasseler Komm, § 44 SGB V, Rdnr. 14

## Rechtsprechung

mutbaren Verweisungstätigkeiten weiterhin maßgebend. Hinsichtlich der Verweisung des Arbeitnehmers auf ähnlich geartete Tätigkeiten ist zu unterscheiden:

Hat der Arbeitnehmer in einem anerkannten Ausbildungsberuf gearbeitet, so scheiden Tätigkeiten außerhalb dieses Berufs aus, da sie im allgemeinen der bisherigen Tätigkeit nicht ähnlich sind (enges Verweisungsfeld).<sup>5</sup>

Bei Arbeitnehmern, die zuletzt eine ungelernte Tätigkeit ausgeübt haben liegt Arbeitsunfähigkeit nicht mehr vor, wenn andere Tätigkeiten verrichtet werden können, die der bisherigen Erwerbstätigkeit nach Art und Entgelt entsprechen (weites Verwei-

sungsfeld). Entsprechend der Praxis der Rentenversicherungsträger kommt das BSG im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, da der Arbeitnehmer auf sämtliche leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar war.

- Der krankenversicherungsrechtliche Berufsschutz entfällt spätestens mit Ende des ersten Dreijahreszeitraums nach § 48 SGB V (Phase 3). Der Versicherte ist dann auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar.

Mit diesem Schema können die Rentenversicherungsträger die Anrechnungszeit nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI prüfen.

---

<sup>5</sup> BSGE 61, S. 66, 70f

Thomas Göhde, Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

## Zur Bedeutung der fehlenden Meldung als arbeitsuchend beim Arbeitsamt

**§§ 38 Satz 1 Nr. 3 (i.d.F. vom 23.07.1996), 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3; § 1259 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 3a RVO; § 36 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 3a AVG; §§ 14, 15 SGB I; §§ 117, 122 SGB III; § 839 BGB; Art. 34 Satz 1 GG**

1. Eine fehlende Meldung als arbeitsuchend beim Arbeitsamt kann nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs ersetzt werden.
2. Ein Lückenzeitraum kann trotz Falschberatung auf nicht sozialadäquatem und schuldhaftem Verhalten des Versicherten beruhen und deshalb nicht als Überbrückungszeitraum anzuerkennen sein (Anschluss an BSG vom 01.02.2001 – B 13 RJ 37/00 R = BSGE 87, 269 = SozR 3-2600 § 58 Nr. 16, BSG vom 12.06.2001 – B 4 RA 26/00 R = SozR 3 2600 § 58 Nr. 18 und BSG vom 31.10.2002 – B 4 RA 54/01 R = SozR 3 – 2600 § 58 Nr. 20)

**BSG, Urteil vom 11. März 2004 – B 13 RJ 16/03 R**

### Zum Sachverhalt:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Altersrente (AlR) wegen Arbeitslosigkeit (Januar 1999 bis Dezember 2001).

Die am 31. Dezember 1938 geborene Klägerin bezog Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU) auf Zeit vom 16. Februar 1984 bis 31. Dezember 1989. Die Weitergewährung der Rente wurde von der Beklagten abgelehnt. Das Urteil des Sozialgerichts Würzburg (SG), durch das die Beklagte verurteilt wurde, der Klägerin auch von Januar 1990 bis Dezember 1993 weiterhin Rente wegen EU zu gewähren (Urteil vom 19. Februar 1991 – S 8 Ar 295/90), wurde vom Bayerischen Landessozialgericht (LSG) aufgehoben (Urteil vom 24. März 1994 - L 14 Ar

262/91). Im Rahmen eines sich anschließenden Vormerkungsverfahrens lehnte die Beklagte die Anerkennung der sich an die Rentengewährung anschließenden Zeit der Arbeitslosigkeit (8. Februar 1990 bis 31. Dezember 1992) als Anrechnungszeit ab (Bescheid vom 3. Juni 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 1996). Das daraufhin angerufene SG verurteilte die Beklagte, die Zeit vom 8. Februar 1990 bis 8. März 1995 als Anrechnungszeit wegen Arbeitslosigkeit anzuerkennen, weil die Klägerin in dieser Zeit beim Arbeitsamt (ArbA) als arbeitsuchend gemeldet gewesen sei. Ihre Arbeitslosmeldung erst am 8. Februar 1990 habe zu keiner maßgeblichen Unterbrechung im Anschluss an die vorherige versicherte Beschäftigung bzw. den sich anschließenden Überbrückungstatbestand des Rentenbezugs geführt (Urteil vom 23. September 1998 - S 8 RJ 148/97).

In der Folgezeit entrichtete die Klägerin für die in ihrem Versicherungsverlauf für Januar 1990 bestehende Lücke einen freiwilligen Beitrag. Ab 29. März 1996 war sie wieder beim ArbA als arbeitsuchend (ohne Leistungsbezug) gemeldet. Seit Januar 2002 bezieht sie AlR für langjährig Versicherte.

Am 5. Oktober 1998 beantragte die Klägerin AlR wegen Arbeitslosigkeit. Diesen Antrag lehnte die Beklagte ab, weil im maßgeblichen vorhergehenden – verlängerten – Rahmenzeitraum vom 1. Mai 1978 bis 31. Dezember 1998 nur 74 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt seien; erforderlich seien jedoch acht Jahre Pflichtbeitragszeiten in den letzten zehn Jahren bzw. dem entsprechend verlängerten Zeitraum vor Rentenbeginn (Bescheid vom 23. November 1998). Der Widerspruch der Klägerin wurde zurückgewiesen, weil sie vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 nicht beim ArbA als arbeitsuchend gemeldet gewesen sei und in der Folgezeit vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 kei-

## Rechtsprechung

nen Anspruch auf Arbeitslosengeld (Alg) bzw. Arbeitslosenhilfe (Alhi) gehabt habe (Widerspruchsbescheid vom 23. April 1999).

Das SG hat die hiergegen erhobene Klage abgewiesen (Urteil vom 20. Februar 2001). Das LSG hat die Beklagte auf die Berufung der Klägerin verurteilt, ihr für die Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2001 AlR (wegen Arbeitslosigkeit) zu gewähren (Urteil vom 13. November 2002). Es hat seine Entscheidung im Wesentlichen auf folgende Erwägungen gestützt:

Die Voraussetzungen für die Bewilligung von AlR wegen Arbeitslosigkeit gemäß § 38 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der maßgeblichen Fassung vom 1. August 1996 bis zum 31. Dezember 1999 (a.F.) seien erfüllt. Die Klägerin habe im Dezember 1998 das 60. Lebensjahr vollendet. Die Voraussetzungen der Arbeitslosigkeit und der Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren lägen vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten weise die Klägerin die erforderliche Anzahl von Pflichtbeiträgen (acht Jahre) innerhalb der maßgeblichen Rahmenfrist auf. Die Zeit der Arbeitslosigkeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 sei als Anrechnungszeit zu berücksichtigen, die die Rahmenfrist verlängere. Insoweit stehe der Klägerin ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch zu.

Der Klägerin habe nach Einstellung der Rente wegen EU gegenüber der Beklagten ein Anspruch auf Beratung zugestanden. Dem sei die Beklagte bei ihrer Auskunft im Oktober 1994 nicht in der gebotenen Weise nachgekommen. Sie hätte die Klägerin – wie sie es später bei der Vorsprache im Februar 1996 getan habe – darauf hinweisen müssen, sich vorsorglich weiterhin als arbeitsuchend zu melden. Insbesondere könne sich die Beklagte nicht darauf berufen, wegen der im Versicherungsverlauf bestehenden Lücke (Januar 1990) sei damals eine weitere Meldung beim ArbA zwecklos gewesen. Denn diese Auffassung sei – wie durch das Urteil des SG vom 23. September 1998 (S 8 RJ 148/97) festgestellt – unrichtig gewesen. Diese unvollständige bzw. unrichtige Auskunft der Beklagten sei auch ursächlich dafür, dass sich die Klägerin in der Folgezeit nicht als arbeitsuchend gemeldet habe, sondern erst wieder im März 1996, nachdem sie ihren Bruder mit ihrer Rentenanlage beauftragt habe. Damit sei die Klägerin so zu stellen, wie sie stehen würde, wenn sie sich im Anschluss an die Auskunft der Beklagten von Oktober 1994 als arbeitsuchend gemeldet hätte.

Zwar lasse sich nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch das Fehlen einer tatsächlichen Begebenheit in der Regel nicht ersetzen, insbesondere nicht die mangelnde Verfügbarkeit eines Arbeitslosen. Der vorliegende Sachverhalt sei jedoch insoweit besonders gelagert, als die Klägerin sich um die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für ihre AlR stets bemüht und dem Arbeitsmarkt vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 in gleicher Weise zur Verfügung gestanden habe, wie es ab dem 29. März 1996 der Fall gewesen sei. Soweit für die Klägerin keine Zeiten der Arbeitslosigkeit gemeldet worden seien, habe dies nicht an der fehlenden Arbeitslosigkeit gelegen, sondern allein an der mangelnden Meldung als arbeitsuchend, die im Hinblick auf die falsche Auskunft der Beklagten unterblieben sei. Wegen des fortgeschrittenen Alters und des fehlenden Anspruchs auf Alg bzw. Alhi sei es nachvollziehbar, dass die Klägerin eine Meldung beim ArbA trotz objektiv und subjektiv vorliegender Verfügbarkeit unterlassen habe.

Da die Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs als Anrechnungszeit zu berücksichtigen sei, sei der gesamte Zeitraum der Arbeitslosigkeit vom 8. Februar 1990 bis 30. November 1998 durchgehend als Anrechnungszeit anzusehen. Dadurch verlängere sich das Ende des Zehn-Jahres-Zeitraums i.S. des § 38 Satz 1 Nr. 3 SGB VI a.F. entsprechend über den von der Beklagten angenommenen Zeitpunkt (1. Mai 1978) hinaus. Vor diesem Zeitpunkt seien ab 6. November 1972 durchgehend Pflichtbeiträge vorhanden. Dies habe zur Folge, dass die hier streitige Voraussetzung des § 38 Satz 1 Nr. 3 SGB VI a.F., d.h. das Erfordernis von insgesamt acht Jahren Pflichtbeitragszeiten innerhalb von zehn Jahren bzw. in dem verlängerten maßgeblichen Rahmenzeitraum vor Beginn der AlR, ohne Weiteres erfüllt sei.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Rechtsinstituts des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Nicht alle fehlenden Begebenheiten tatsächlicher Art könnten durch den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ersetzt werden. Die Meldung als arbeitsuchend sei ein rechtserheblicher Tatbestand, den herzustellen nicht in die Verfügungsmacht der Beklagten falle, sondern der allein von der

tatsächlichen Verhaltensweise des Arbeitslosen abhängen, und zwar während des gesamten Zeitraums, für den er die Berücksichtigung als Anrechnungszeit begehrt. Insoweit seien die Erwägungen des LSG, dass die Klägerin stets um Aufrechterhaltung ihres Versicherungsschutzes bemüht gewesen sei und sich bei zutreffender Auskunft sofort gemeldet hätte, unzutreffend. Eine Pflicht der Beklagten zur Anerkennung einer Anrechnungszeit trotz Fehlens der Meldung als arbeitsuchend bestehe nicht; ihre Erfüllung wäre gesetzeswidrig. Das LSG verwechsle den aus dem Folgenbeseitigungsanspruch abgeleiteten Herstellungsanspruch mit dem Anspruch auf Schadensersatz. ....

### Aus den Gründen:

Die Revision der Beklagten ist begründet.

Nachdem die Klägerin seit dem 1. Januar 2002 eine ALR für langjährig Versicherte bezieht, ist Gegenstand des Verfahrens nur noch die ihr für die Zeit von Januar 1999 bis Dezember 2001 versagte ALR wegen Arbeitslosigkeit.

Das Urteil des LSG vom 13. November 2002 war aufzuheben und das Urteil des SG vom 20. Februar 2001 wiederherzustellen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 23. November 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. April 1999 entspricht der Rechtslage. Der Klägerin steht für die Zeit von Januar 1999 bis Dezember 2001 kein Anspruch auf ALR wegen Arbeitslosigkeit zu.

Nach § 38 SGB VI in der hier maßgebenden Fassung vom 1. August 1996 bis 31. Dezember 1999 (a.F.) haben Versicherte Anspruch auf ALR, wenn sie

1. das 60. Lebensjahr vollendet haben,
2. entweder
  - a) bei Beginn der Rente arbeitslos sind und innerhalb der letzten eineinhalb Jahre vor Beginn der Rente insgesamt 52 Wochen arbeitslos waren oder ...
  - b) ...
3. in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Rente acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben, wobei sich der Zeitraum von zehn Jahren um Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die nicht auch Pflichtbeitragszeiten

auf Grund einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit sind, verlängert, und  
4. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Zwar hat die Klägerin im Dezember 1998 das 60. Lebensjahr vollendet (Nr. 1) und die Voraussetzung der Arbeitslosigkeit (Nr. 2) erfüllt; außerdem hat sie – was auch unter den Beteiligten nicht umstritten ist – die erforderliche Wartezeit von 15 Jahren (Nr. 4) zurückgelegt. Doch mangelt es vorliegend an der o.g. dritten Voraussetzung des § 38 SGB VI a.F. Die hier maßgebliche Rahmenfrist, in der die erforderlichen Pflichtbeiträge vorliegen müssen, begann am 31. Dezember 1998 und verlängerte sich nach Aktenlage nur bis Mai 1978. Innerhalb dieses Zeitraums hat die Klägerin nicht – wie erforderlich – acht Jahre bzw. 96 Monate, sondern lediglich 74 Monate mit Pflichtbeiträgen aufzuweisen. Die (fehlenden) 22 Monate Pflichtbeitragszeiten aus der Zeit vor Mai 1978 könnten nur berücksichtigt werden, wenn entweder sowohl die Zeit der Arbeitslosigkeit ohne Meldung als arbeitsuchend vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 als auch die Zeit der Arbeitslosigkeit mit Meldung als arbeitsuchend vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 als Anrechnungszeit anzuerkennen oder wenn zumindest die Zeit vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 als Anrechnungszeit anzuerkennen wäre und die Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 als Überbrückungszeit angesehen werden könnte. Keine dieser Voraussetzungen ist jedoch vorliegend erfüllt.

Gemäß § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Satz 1 SGB VI liegt eine Anrechnungszeit vor, wenn ein Versicherter wegen Arbeitslosigkeit bei einem deutschen ArBA als arbeitsuchend gemeldet war und eine öffentlich-rechtliche Leistung bezogen oder nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens oder Vermögens nicht bezogen hat und wenn dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit oder ein versicherter Wehrdienst oder Zivildienst unterbrochen ist. Mit dieser Bestimmung hat das SGB VI die bis zum 31. Dezember 1991 maßgebliche Regelung der Anrechnungszeiten (Ausfallzeiten) wegen Arbeitslosigkeit (§ 36 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 3a des Angestelltenversicherungsgesetzes bzw. § 1259 Abs. 1 Nr. 3 und 3a der Reichsversicherungsordnung) mit kleineren Änderungen im Wesentlichen übernommen (vgl. dazu im Einzelnen BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 6), sodass auch grundsätzlich die Rechtsprechung des BSG zur Vor-

## Rechtsprechung

gängervorschrift für die Gesetzesauslegung herangezogen werden kann. Zwingende Voraussetzung schon nach dem Gesetzeswortlaut des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI ist nicht nur das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, sondern auch die Meldung als arbeitsuchend.

Offen bleiben kann, ob nicht bereits auf Grund des Urteils des SG vom 23. September 1998 (S 8 RJ 148/97) eine Anerkennung der Zeit der Arbeitslosigkeit (ohne Meldung als arbeitsuchend) vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 als Anrechnungszeit rechtskräftig abgelehnt worden ist. Dafür könnte sprechen, dass die Beklagte durch Bescheid vom 17. Februar 1998, der Gegenstand des Verfahrens vor dem SG (S 8 RJ 148/97) geworden war, eine Anerkennung dieser Zeit als Anrechnungszeit abgelehnt und das SG die Beklagte unter Zugrundelegung auch dieses Bescheides verurteilt hatte, lediglich die Zeit vom 8. Februar 1990 bis 8. März 1995 als Anrechnungszeit (wegen Arbeitslosigkeit) anzuerkennen. Dies könnte so zu verstehen sein, dass die Klage im Übrigen abgewiesen wurde mit der Folge, dass die Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 nicht mehr als Anrechnungszeit Berücksichtigung finden könnte. Doch ist die Beklagte mit ihrem streitgegenständlichen Bescheid vom 23. November 1998 erneut in die Prüfung der Frage eingetreten, ob die Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 als Anrechnungszeit anzuerkennen ist oder nicht. Hierzu war sie nach § 44 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) berechtigt (vgl. Steinwedel in Kasseler Komm., § 44 SGB X, RdNr. 20 ff.). Das Ergebnis ihrer Prüfung ist entgegen der Ansicht des LSG nicht zu beanstanden. Eine Anerkennung der Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 als Anrechnungszeit scheidet daran, dass sich die Klägerin während des genannten Zeitraums nicht wegen Arbeitslosigkeit beim ArbA als arbeitsuchend gemeldet hatte.

Das Erfordernis der Meldung bei einem deutschen ArbA in § 58 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI trägt dem Umstand Rechnung, dass die Anrechnungszeit nur tatsächlich arbeitsuchenden Versicherten zugute kommen soll und deshalb von diesen ein regelmäßiges Bemühen um Erlangung eines Arbeitsplatzes gefordert wird. Dem entsprechend ist ein bloß passives Abwarten nicht ausreichend, sodass auch Arbeitslose, die keine Leistungen des ArbA beziehen, sich regelmäßig als arbeitsuchend zu melden haben (BSGE 68, 163 = SozR 3-2200 § 1259 Nr. 4; BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2; BSGE 80, 124 =

SozR 3-2200 § 1259 Nr. 18; Verbandskomm., § 58 SGB VI Anm. 5.6), was nicht verfassungswidrig ist (vgl. BVerfG SozR 2200 § 1259 Nr. 11). Die Klägerin erfüllt die vorerwähnte Voraussetzung hinsichtlich der Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 nicht, weil sie sich nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG (§ 163 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) während dieses Zeitraums nicht beim ArbA arbeitsuchend gemeldet hat.

Im Gegensatz zur Auffassung des LSG lässt sich die fehlende Meldung der Klägerin beim ArbA nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs ersetzen (vgl. hierzu etwa Försterling in GK-SGB VI, § 58 RdNr. 224). Tatbestandlich setzt der sozialrechtliche Herstellungsanspruch voraus, dass der Sozialleistungsträger auf Grund Gesetzes oder bestehenden Sozialrechtsverhältnisses eine dem Betroffenen gegenüber obliegende Pflicht, insbesondere zur Auskunft und Beratung (§§ 14, 15 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch), verletzt und dadurch dem Betroffenen einen rechtlichen Nachteil zufügt (vgl. BSG SozR 3-4100 § 249e Nr. 4; BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2). Auf seiner Rechtsfolgenseite ist der Herstellungsanspruch auf Vornahme einer Amtshandlung zur Herbeiführung derjenigen Rechtsfolge gerichtet, die eingetreten wäre, wenn der Versicherungsträger die ihm gegenüber dem Versicherten obliegenden Pflichten rechtmäßig erfüllt hätte (vgl. BSGE 55, 40, 43 = SozR 2100 § 27 Nr. 2 S. 4; BSGE 71, 17, 22 = SozR 3-4100 § 103 Nr. 8 S. 42). Der Herstellungsanspruch kann einen Versicherungsträger somit nur zu einem Tun oder Unterlassen verpflichten, das rechtlich zulässig ist (BSGE 49, 76, 80 = SozR 2200 § 1418 Nr. 6 S.12; BSGE 50, 25 = SozR 2200 § 172 Nr. 14; BSGE 58, 104 = SozR 4100 § 103 Nr. 36; BSG Urteil vom 23. Juli 1992 - 7 RAr 38/91 -, veröffentlicht in Juris). Voraussetzung ist also – abgesehen vom Erfordernis der Pflichtverletzung i.S. einer fehlenden oder unvollständigen bzw. unrichtigen Beratung –, dass der dem Versicherten entstandene Nachteil mit verwaltungskonformen Mitteln im Rahmen der gesetzlichen Regelung, also durch eine vom Gesetz vorgesehene zulässige und rechtmäßige Amtshandlung, ausgeglichen werden kann (BSGE 51, 89, 92 = SozR 2200 § 381 Nr. 44 S. 119; BSGE 52, 145, 148 = SozR 1200 § 14 Nr. 12 S. 17 f; BSGE 58, 104 = SozR 1500 § 162 Nr. 22; BSGE 58, 104 = SozR 4100 § 103 Nr. 36; BSG SozR 3-2200 § 1259 Nr. 1). Um-

gekehrt bedeutet dies: In Fällen, in denen der durch pflichtwidriges Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil nicht durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden kann, bleibt für die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kein Raum.

Hintergrund dieser von der Rechtsprechung angenommenen Differenzierung zwischen „ersetzbaren“ und „nicht ersetzbaren“ Voraussetzungen (vgl. BSG SozR 3-4100 § 249e Nr. 4) ist das Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung (Art. 20 Abs. 3 des Grundgesetzes <GG>). Dieses lässt es nicht zu, dass die Verwaltung gesetzeswidrig handelt, selbst wenn sie zuvor eine falsche Auskunft oder Beratung erteilt hat. Demgemäß lässt sich mit Hilfe des Herstellungsanspruchs der durch ein Fehlverhalten des Leistungsträgers bewirkte Nachteil nur dann ausgleichen, wenn die Korrektur bzw. Ersetzung der fehlenden Anspruchsvoraussetzung mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang steht (BSGE 76, 84 = SozR 3-8825 § 2 Nr. 3; BSG Urteil vom 17. Juli 1997 - 7 RAr 106/96 -, veröffentlicht in Juris). Das kann u.a. bei verspäteter Antragstellung, verspäteter Beitragsentrichtung oder verspäteter Vorlage von Unterlagen der Fall sein, falls die Verspätung auf einem pflichtwidrigen Verhalten des Leistungsträgers beruht (vgl. z.B. BSGE 59, 60, 64 = SozR 5070 § 10 Nr. 31 S. 71; BSGE 60, 43 = SozR 4100 § 105 Nr. 2; BSG SozR 1200 § 14 Nr. 25; BSGE 62, 179, 182 = SozR 4100 § 125 Nr. 3 S. 12; BSGE 63, 112 = SozR 1200 § 14 Nr. 28).

Anders verhält es sich u.a. bei fehlender Arbeitslosmeldung (BSGE 60, 43, 48 = SozR 4100 § 105 Nr. 2 S. 6 f; BSG Urteile vom 11. Januar 1989 - 7/11b RAr 16/87 - und 8. Juli 1993 - 7 RAr 80/92 = SozR 3-4100 § 134 Nr. 14), fehlender Anwartschaftszeit (BSG SozR 4100 § 102 Nr. 6; BSG Urteile vom 12. Juli 1989 - 7 RAr 62/88 - und 5. Dezember 1989 - 11 RAr 61/88; BSGE 66, 11, 13 = SozR 4100 § 112 Nr. 52 S. 251), fehlender Verfügbarkeit (BSGE 58, 104, 109 = SozR 4100 § 103 Nr. 36 S. 85; BSG Urteil vom 23. Juli 1992 - 7 RAr 38/91), fehlender rechtzeitiger Anzeige des Arbeitsausfalls (BSG SozR 4100 § 66 Nr. 2), fehlenden Eingliederungschancen (BSG SozR 4100 § 56 Nr. 18) sowie beim Ausscheiden aus einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung vor Vollendung des 55. Lebensjahres (BSG SozR 3-4100 § 249e Nr. 4).

Auch die Meldung wegen Arbeitslosigkeit bei einem deutschen ArbA als Arbeitssuchender i.S. des § 58 Abs.

1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI hat - ähnlich wie die Arbeitslosmeldung nach § 117 Abs. 1 Nr. 2, § 122 Abs. 1 Satz 7 des Sozialgesetzbuches Drittes Buch - durch den Arbeitslosen selbst zu erfolgen. Sie ist nicht der Gestaltung durch Verwaltungshandeln zugänglich (so schon BSG SozR 3-2200 § 1259 Nr. 2; vgl. aber auch BSG Urteil vom 6. August 1992 - 8 RKn 9/91; BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2). Dies folgt aus Sinn und Zweck der Vorschrift des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, die einem Rentenversicherten Versicherungsschutz auch für die Zeit erhalten will, in der er aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen - trotz Erwerbsfähigkeit und aktiver Arbeitsplatzsuche - keine Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit ausüben kann. Im Wege des sozialen Ausgleichs, d.h. des solidarischen Einstehens der Rentenversicherten untereinander, soll ihm zur Abmilderung rentenversicherungsrechtlicher Nachteile eine Anrechnungszeit gewährt werden, welche nicht nur für die Höhe einer späteren Rente, sondern auch für die Erfüllung versicherungsrechtlicher Voraussetzungen Bedeutung erlangen kann (BSGE 68, 163 = SozR 3-2200 § 1259 Nr. 4; BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2; BSGE 80, 124 = SozR 3-2200 § 1259 Nr. 18). Diese Vergünstigung soll indes nur solchen Versicherten zukommen, die sich selbst solidarisch verhalten, also vorbehaltlos nach Arbeit suchen, die mithin nicht nur arbeitslos und erwerbsfähig, sondern auch bemüht sind, unter Nutzung der Möglichkeiten der Arbeitsvermittlung eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit wieder zu erlangen (vgl. Niesel in Kasseler Komm, SGB VI, § 58 RdNr. 29; Löns in Kreikebohm, SGB VI, § 58 RdNr. 13; Klattenhoff in Hauck/Noftz, SGB VI, § 58 RdNr. 52 ff). Anders gewendet: Der Versicherte muss sich aktiv um eine Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit bemühen und sich deshalb regelmäßig beim ArbA melden. Denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass er - auch und gerade im Fall seiner Meldung - nicht auf Dauer arbeitslos bleibt und ggf. Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet (vgl. auch BSG SozR 3-2200 § 1259 Nr. 1).

Die Meldung beim ArbA als arbeitssuchend i.S. des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI ist im Übrigen auch deshalb unverzichtbar, weil Zeiten der Arbeitslosigkeit im Zeitpunkt der Rentenberechnung nicht selten weit zurückliegen und eine solche Regelung bei der Vielzahl der zu bearbeitenden Rentenanträge der Verwaltungs-

## Rechtsprechung

ökonomie, d.h. der leichten Handhabung, dient (BVerfG SozR 2200 § 1259 Nr. 11).

Ob hier für die (anschließende) Zeit vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 die Voraussetzungen einer Anrechnungszeit erfüllt sind, lässt sich anhand der Tatsachenfeststellungen des Berufungsgerichts nicht beurteilen. Zwar hat sich die Klägerin am 29. März 1996 i.S. des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI wegen Arbeitslosigkeit beim ArbA als arbeitsuchend gemeldet. Doch hat sie keine Leistungen vom ArbA bezogen. Insoweit ist vom LSG nicht festgestellt worden, ob der fehlende Leistungsbezug allein auf zu berücksichtigendem Einkommen oder Vermögen beruht. Trotz dieser Unklarheit ist der Rechtsstreit nicht an das Berufungsgericht zurückzuverweisen. Denn die Zeit vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 ist bereits deshalb keine Anrechnungszeit, weil sie sich nicht, wie § 58 Abs. 2 SGB VI verlangt, nahtlos an die Zeit vom 8. Februar 1990 bis 8. März 1995 anschließt. Es besteht vielmehr eine Unterbrechung vom 9. März 1995 bis 28. März 1996.

Dieser Lückenzeitraum kann nicht als so genannte Überbrückungszeit qualifiziert werden

Bei dieser von der Rechtsprechung entwickelten Rechtsfigur (vgl. BSG SozR 2200 § 1259 Nr. 94 m.w.N.; BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 7, 18, 20; vgl. auch Niesel in Kasseler Komm, SGB VI, § 58 RdNr. 29, 93, 103 ff; Klattenhoff in Hauck/Noftz, SGB VI, § 58 RdNr. 156; Zweng/Scherer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, § 58 RdNr. 158 ff; Eicher/Haase/Rauschenbach, Die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, § 58 Anm. 12b; Löns in Kreikebohm, SGB VI, § 58 RdNr. 31) handelt es sich um eine Zeit, die den Anschluss gewährleistet, d.h. vorhandene Lücken zwischen dem Ende der versicherten Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit (bzw. einer Anrechnungszeit) und dem Beginn einer (weiteren) Anrechnungszeit ausfüllt. Eine solche Zeit ist selbst keine Anrechnungszeit. Sie „füllt“ lediglich eine Lücke innerhalb einer Kette von Tatbeständen rentenrechtlicher Zeiten mit der Folge, dass der Zurechnungszusammenhang mit nachfolgenden Tatbeständen rentenrechtlicher Zeiten bestehen bleibt (BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 20). Rechtfertigender Grund für die Anerkennung einer Überbrückungszeit ist im Wesentlichen, dass der Versicherte im jeweiligen Zeitraum noch dem Kreis der Arbeitssuchenden i.S. des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI zu-

zuordnen ist. In die entsprechende Wertung haben Gesichtspunkte einzufließen, die den Schutzzweck der Norm berücksichtigen. Vor allem kommt es darauf an, ob der Versicherte nach den Gesamtumständen noch dem aktiven Erwerbsleben zuzurechnen ist, ob also während des Lückenzeitraums ein hinreichender Zusammenhang dazu besteht. Eine entsprechende Annahme liegt nahe, wenn die Lücke unverschuldet, also durch vom Versicherten nicht zu vertretende Umstände, oder durch ein sozialadäquates, insbesondere durch ein von Verfassungen wegen schützenswertes Verhalten entstanden ist (BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 16).

Von einem sozialadäquaten Verhalten im vorerwähnten Sinne kann nicht gesprochen werden, wenn sich ein Versicherter, obwohl objektiv arbeitslos, deshalb nicht beim ArbA als arbeitsuchend meldet und der Vermittlung zur Verfügung steht, weil er auf Grund einer Falschberatung die Ansicht vertritt, die Zeiten der Arbeitslosigkeit könnten trotz Meldung beim ArbA nicht als rentenrechtliche Versicherungszeit Berücksichtigung finden. Eine solche Haltung lässt erkennen, dass ihm an einer weiteren Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit im Grunde nicht gelegen ist und eine Meldung als arbeitsuchend durch ihn allenfalls erfolgt, um sich rentenrechtliche Vorteile zu sichern. Dass ein Versicherter im vorgerückten Alter bei realistischer Betrachtung derzeit nur im Ausnahmefall vom ArbA in eine neue Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit vermittelt werden kann, ändert nichts daran, dass er sich im Fall der Nichtmeldung so behandeln lassen muss, als wäre er aus dem Erwerbsleben endgültig ausgeschieden. Dies hat jedenfalls dann zu gelten, wenn es um einen nicht ganz kurzen Zeitraum geht und der Versicherte auch keine eigenständigen Versuche unternimmt, eine neue Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit zu erlangen.

Vorliegend hat sich die Klägerin auf Grund der falschen Auskunft der Beklagten mehr als ein Jahr lang nicht wegen Arbeitslosigkeit beim ArbA als Arbeitssuchende gemeldet. Dieser Zeitraum ist nicht so kurz, dass er noch als unerhebliche Unterbrechung der Arbeitnehmereneigenschaft bezeichnet werden könnte. Auch liegen nach den Gesamtumständen des Falles keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Klägerin in der Zeit vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 eigenständige Bemühungen unternommen hätte, um eine neue Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit zu finden. Vielmehr

hat sie sich während des gesamten Zeitraums so verhalten, als wäre sie bereits auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden.

Der Lückenzeitraum vom 9. März 1995 bis 28. März 1996 ist auch nicht ohne Verschulden der Klägerin entstanden. Zwar ist der Klägerin nach den Feststellungen des LSG in Bezug auf die rentenrechtlichen Auswirkungen einer Meldung beim ArbA im Oktober 1994 von der Beklagten eine falsche Auskunft erteilt worden. Doch war es ihr, wenn ihr wirklich an einer Vermittlung in eine neue Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit gelegen war, dadurch in keiner Weise verwehrt, sich beim ArbA als arbeitsuchend zu melden. Ebenso wenig war sie gehindert, eigene Anstrengungen zu unternehmen, um in das Erwerbsleben zurückzukehren. Die falsche Auskunft der Beklagten mag für die Klägerin Motiv gewesen sein, sich mit ihrem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben abzufinden. Dass sie sich zum damaligen Zeitpunkt nicht um eine Rückkehr in das Erwerbsleben bemüht, sondern erst wieder im März 1996 beim ArbA gemeldet hat, hat sie jedoch selbst zu vertreten.

Damit hat es dabei zu bleiben, dass auch die Zeit vom 29. März 1996 bis 30. November 1998 mangels Vorliegens eines Überbrückungstatbestandes nicht als Anrechnungszeit anerkannt werden kann mit der weiteren Folge, dass der Klägerin für die Zeit von Januar 1999 bis Dezember 2001 kein Anspruch auf AIr wegen Arbeitslosigkeit zusteht.

Soweit ein Bediensteter der Beklagten die Klägerin tatsächlich falsch beraten hat und die Pflichtverletzung dafür ursächlich wäre, dass die Klägerin sich ab 9. März 1995 nicht als arbeitsuchend gemeldet hat, könnte ggf. ein Amtshaftungsanspruch in Betracht kommen (Art. 34 Satz 1 GG i.V.m. § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches), über den jedoch nicht die Sozialgerichte, sondern die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben (Art. 34 Satz 3 GG).....

#### **Anmerkung:**

Im vorliegenden Fall schied ein (früherer) Anspruch auf Altersrente wegen Arbeitslosigkeit aus, da die Versicherte in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Rente keine acht Jahre Pflichtbeiträge vorweisen kann. Grund hierfür waren fehlende Arbeitslosmeldungen von März 1995 bis März 1996. Diese Lücke kann nach Auffassung des Bundessozialgerichts auch bei Verlet-

zung der Beratungspflicht weder aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs noch durch die Anerkennung eines Überbrückungszeitraumes geschlossen werden. Den überzeugenden Ausführungen des Bundessozialgerichts ist zuzustimmen.

Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch setzt ein rechtswidriges Verhalten des Sozialleistungsträgers voraus. Im Unterschied zum ebenfalls vom Bundessozialgericht im vorliegenden Urteil erwähnten Amtshaftungsanspruch muss das Verhalten der Verwaltung aber nicht schuldhaft gewesen sein. Dies ist sowohl für den Bürger, aber auch für die Verwaltung ein großer Vorteil dieses Rechtsinstituts. Allerdings kann der Herstellungsanspruch nach dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung den Sozialleistungsträger nur zu einem Tun oder Unterlassen verpflichten, das rechtlich zulässig ist. Die Meldung wegen Arbeitslosigkeit bei einem Arbeitsamt als Arbeitsuchender kann aber nur durch den Versicherten selber erfolgen. In den Genuss der rentenrechtlichen Vorteile einer Anrechnungszeit soll nur der Versicherte kommen, der sich aktiv um eine Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit bemüht. Die fehlende Meldung beim Arbeitsamt lässt sich deshalb nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches ersetzen. Kritisch hierzu z. B. Krashey ZAP Fach 18, S. 462 ff m. w. N.

Der Lückenzeitraum lässt sich aber auch nicht als sogenannte Überbrückungszeit qualifizieren, da die Lücke nicht ohne Verschulden der Klägerin entstanden ist. Überbrückungszeiten sind Zeiten, die den Anschluss wahren, d.h. vorhandene Lücken zwischen dem Ende der versicherten Beschäftigung bzw. selbständigen Tätigkeit und dem Beginn der Anrechnungszeit ausfüllen können, weil Pflichtbeiträge aus nicht zu vertretenden Gründen nicht gezahlt werden konnten. Das Bundessozialgericht zeigt in diesem Zusammenhang deutlich auf, dass sich die Klägerin nicht sozialadäquat verhalten hat.

Die Klägerin hat von einer Arbeitslosmeldung abgesehen, da sie davon ausging, dass diese Meldung ihr keinen Vorteil für die Rente bringen würde. Sie war aber nicht gehindert sich arbeitslos zu melden und sich – trotz schlechter Aussichten auf dem Arbeitsmarkt – um eine Vermittlung zu bemühen. Sie hat sich so verhalten, als wäre sie endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Unter diesen Voraussetzungen kann nicht von einer Überbrückungszeit ausgegangen werden.

# Statistiken

## Statistiken der LVA Rheinprovinz im Monat August 2004

### Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation

Versicherung	Rente			Rehabilitation
	a) Rentenanträge	b) Auskunftersuchen Familiengericht / Sonstige	c) Rentenbestand	
Eingänge	37.322	8.458	1.938	6.801
Erledigungen	38.929	9.644	1.902	6.876
Bestand	67.195	28.157	7.523	= 1.398.794

## Rentenzugänge Inland

### aufgeteilt nach Leistungsarten

<b>Rente wegen Berufsunfähigkeit</b> (LEAT 14)	9	<b>Altersrente wegen Arbeitslosigkeit</b> (LEAT 17)	512
<b>Rente wegen teilw. Erwerbsminderung</b> (LEAT 74)	115	<b>Altersrente für Frauen</b> (LEAT 18)	351
<b>Rente wegen Erwerbsunfähigkeit</b> (LEAT 15)	4	<b>Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige, Erwerbsunfähige</b> (LEAT 62)	357
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung</b> (LEAT 75)	1.340	<b>Altersrente für langjährig Versicherte</b> (LEAT 63)	222
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren</b> (LEAT 43)	1	<b>Kleine Witwen-/Witwerrente</b> (LEAT 20)	35
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren</b> (LEAT 76)	112	<b>Große Witwen-/Witwerrente</b> (LEAT 21)	1.370
<b>Erziehungsrente</b> (LEAT 45)	9	<b>Halbwaisenrente</b> (LEAT 25)	391
<b>Regelaltersrente</b> (LEAT 16)	1.730	<b>Vollwaisenrente</b> (LEAT 26)	18

**Statistiken der LVA Rheinprovinz im Monat September 2004****Abteilung Versicherung, Rente und Rehabilitation**

Versicherung	Rente			Rehabilitation
	a) Rentenanträge	b) Auskunftersuchen Familiengericht / Sonstige	c) Rentenbestand	
Eingänge	<b>34.974</b>	<b>8.516</b>	<b>1.825</b>	–
Erledigungen	<b>37.473</b>	<b>8.776</b>	<b>1.763</b>	
Bestand	<b>64.685</b>	<b>27.895</b>	<b>7.758</b>	= 1.398.466

**Rentenzugänge Inland****aufgeteilt nach Leistungsarten**

<b>Rente wegen Berufsunfähigkeit</b> (LEAT 14)	6	<b>Altersrente wegen Arbeitslosigkeit</b> (LEAT 17)	772
<b>Rente wegen teilw. Erwerbsminderung</b> (LEAT 74)	105	<b>Altersrente für Frauen</b> (LEAT 18)	409
<b>Rente wegen Erwerbsunfähigkeit</b> (LEAT 15)	7	<b>Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige, Erwerbsunfähige</b> (LEAT 62)	428
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung</b> (LEAT 75)	1.225	<b>Altersrente für langjährig Versicherte</b> (LEAT 63)	298
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren</b> (LEAT 43)	1	<b>Kleine Witwen-/Witwerrente</b> (LEAT 20)	26
<b>Rente wegen voller Erwerbsminderung und Wartezeit von 20 Jahren</b> (LEAT 76)	103	<b>Große Witwen-/Witwerrente</b> (LEAT 21)	1.315
<b>Erziehungsrente</b> (LEAT 45)	6	<b>Halbwaisenrente</b> (LEAT 25)	389
<b>Regelaltersrente</b> (LEAT 16)	1.887	<b>Vollwaisenrente</b> (LEAT 26)	26

# Beitragseinnahmen

## Beitragseinnahmen (EURO-Beträge) von versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern Ist-Monat Mai 2004

	AOK Rheinland	IKK Nordrhein	Betriebskranken- kassen	Ersatzkassen	Landwirtschaftl. Krankenkasse	Gesamtsumme
Beitragseinnahmen der LVA insgesamt	275.655.777,37	51.544.966,59	173.276.888,92	112.525.645,48	191.970,50	613.195.248,86
<b>darin enthalten:</b>						
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Krankengeld	3.513.585,11	941.764,44	2.186.782,26	1.766.751,54	0,00	8.408.883,35
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Verletztengeld	450.035,32	143.592,94	235.629,41	0,00	0,00	829.257,67
• Zinsauskehrung § 28 I Abs. 2 SGB IV	9.760,40	2.033,07	7.831,50	3.219,84	0,00	22.844,81
• Beiträge für Pflegepersonen	1.834.679,50	276.275,94	854.574,35	980.456,91	55.340,73	4.001.327,43
• Säumniszuschläge	210.395,28	77.660,17	93.365,64	719.603,76	130,28	1.101.155,13
• Beiträge für versicherungspflichtige Arbeitnehmer	269.637.321,76	50.103.640,03	169.898.705,76	109.055.613,43	136.499,49	598.831.780,47
<b>durch Krankenkasse einbehalten:</b>						
• Einzugsvergütung	466.865,79	228.745,02	741.577,84	120.042,73	2.529,77	1.559.761,15
• Überweisungsgebühren	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00
• KV Beiträge für Rehabilitanden	579.684,08	210.026,99	310.372,64	343.748,54	0,00	1.443.832,25
• Pflegeversicherungsbeitrag für Rehabilitanden	70.758,69	24.121,03	37.805,96	38.693,51	0,00	171.379,19
Sonst. Verrechnungen/ Übergangsgelder	0,00	0,00	-500.000,00	0,00	0,00	-500.000,00
Überweisungen an LVA	274.538.468,81	51.082.073,55	172.687.130,48	112.023.160,70	189.440,73	610.520.274,27

544

## Beitragseinnahmen von Handwerkern, antragspflichtig versicherten Selbstständigen – Monat Juli 2004

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Einkommens- gerechter Beitrag	Halber Regelbeitrag	Allein- handwerker	
Handwerker	7.796	3.084	1	2.507	2.184	20	2.403.698,43
Vers.pfl.Selbst.	382	210	1	148	23	nicht möglich	137.253,71
Existenzgründer	2.972	3	0	890	2.079	nicht möglich	460.443,38
Gesamt	11.150	3.297	2	3.545	4.286	20	3.001.395,52

## Beitragseinnahmen von freiwillig Versicherten – Monat August 2004

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Mindest- Beitrag	Halber Regelbeitrag	Vereinbarter Beitrag	
Inland	17.697	129	12	16.554	23	1.189	1.523.784,61
Ausland	538	4	7	427	0	109	29.159,65
Gesamt	18.235	133	19	16.981	23	1.298	1.552.944,26

**Beitragseinnahmen (EURO-Beträge) von versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern Ist-Monat August 2004**

	AOK Rheinland	IKK Nordrhein	Betriebskranken- kassen	Ersatzkassen	Landwirtschaftl. Krankenkasse	Gesamtsumme
Beitragseinnahmen der LVA insgesamt	266.848.156,92	50.356.916,73	164.807.679,19	117.818.912,21	184.689,08	600.016.354,13
<b>darin enthalten:</b>						
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Krankengeld	3.392.747,03	910.670,20	2.003.979,75	1.924.231,69	0,00	8.231.628,67
• Beiträge aus Entgeltersatzleistungen Verletztengeld	398.969,74	135.302,93	233.129,52	0,00	0,00	767.402,19
• Zinsauskehrung § 28 I Abs. 2 SGB IV	11.153,11	2.063,02	8.099,49	3.452,71	0,00	24.768,33
• Beiträge für Pflegepersonen	1.847.178,62	326.356,10	761.729,79	921.021,62	60.593,15	3.916.879,28
• Säumniszuschläge	399.371,52	86.113,30	101.566,34	179.267,71	136,40	766.455,27
• Beiträge für versicherungspflichtige Arbeitnehmer	260.798.736,90	48.896.411,18	161.699.174,30	114.790.938,48	123.959,53	586.309.220,39
<b>durch Krankenkasse einbehalten:</b>						
• Einzugsvergütung	483.303,36	232.867,63	574.912,07	119.686,41	2.395,93	1.413.165,40
• Überweisungsgebühren	0,00	0,00	2,50	0,00	0,00	2,50
• KV Beiträge für Rehabilitanden	578.118,51	225.168,22	220.120,71	351.946,25	0,00	1.375.353,69
• Pflegeversicherungsbeitrag für Rehabilitanden	70.419,83	25.977,54	26.486,81	40.693,71	0,00	163.577,89
Sonst. Verrechnungen/ Übergangsgelder	0,00	0,00	60.919,96	0,00	0,00	60.919,96
Überweisungen an LVA	265.716.315,22	49.872.903,34	163.925.237,14	117.306.585,84	182.293,15	597.003.334,69

**Beitragseinnahmen von Handwerkern, antragspflichtig versicherten Selbstständigen – Monat August 2004**

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Einkommens- gerechter Beitrag	Halber Regelbeitrag	Allein- handwerker	
Handwerker	7.683	2.990	1	2.471	2.202	19	2.392.922,95
Vers.pfl.Selbst.	378	205	1	149	23	nicht möglich	133.646,85
Existenzgründer	5.455	4	0	3.214	2.237	nicht möglich	576.451,60
Gesamt	13.516	3.199	2	5.834	4.462	19	3.103.021,40

**Beitragseinnahmen von freiwillig Versicherten – Monat September 2004**

	Gesamt- anzahl	Anzahl der Versicherten					Beitrags- einnahmen in Euro
		Regel- beitrag	Höchst- beitrag	Mindest- Beitrag	Halber Regelbeitrag	Vereinbarter Beitrag	
Inland	17.616	128	12	16.275	23	1.178	1.534.401,24
Ausland	535	3	7	418	0	107	27.103,79
Gesamt	18.151	131	19	16.693	23	1.285	1.561.505,03

# Literatur

Karl-J. Hußmann, Abteilung Finanzen und Vermögen

## Beitrag/Versicherung

### Neue Rechtsentwicklung in Zusammenhang mit der Beschäftigung von Familienangehörigen

Horst Marburger, Geislingen/Steige

Die Rentenversicherung 8/2004, S. 141 – 144

### Praktikanten

#### – Aktuelles Versicherungsrecht für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – Teil 1

Dietmar Marburger, Geislingen/Steige

Die Beiträge 9/2004, S. 513 – 516

### Praktikanten

#### – Aktuelles Versicherungsrecht für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – Teil 2

Dietmar Marburger, Geislingen/Steige

Die Beiträge 10/2004, S. 577 – 580

## Rehabilitation

### Neuerungen im Reha-Verfahren

Frank Hochrein, Würzburg

Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten 7/2004, S. 274 – 288

### Die Bedeutung der Rehabilitation wächst

Manfred Glombik

Die Rentenversicherung 8/2004, S. 149 – 152

### Ergebnisse aus der Drogenrehabilitation

Dr. Christoph Löschmann, Gabriele Sommer, Jürgen Bengel, Freiburg, u. Wolfgang Indlekofer, Michael Klenert, Reha-Klink Freiolsheim

Spektrum 3-4/2004, S. 114 – 118

### Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

#### – Wie urteilen die Rehabilitanden?

Nicole Thode, Dr. Here Klosterhuis, Dr. Thomas Hansmeier, Berlin

DAngVers 10/2004, S. 462 – 471

### Die Akademie für Sozialmedizin Berlin

#### – Aufgaben, Ziele und Perspektiven

Dr. Susanne Amberger, Berlin

DAngVers 10/2004, S. 471 –

### Recht der Rehabilitation und der Teilhabe

#### Zwischenbilanz zum SGB IX: Kritische Reflexionen und Perspektiven

#### Einführung

#### Das SGB IX und seine Wirkungen auf das System des Sozialrechts

Prof. Dr. Gerhard Igl, Kiel

ZSR 4-5/2004, S. 365 – 383

#### Die Umsetzung des SGB IX – erste Erfahrungen

#### Aus der Sicht der behinderten und chronisch kranken Menschen

Dr. Ulrich Hase, Kiel

ZSR 4-5/2004, S. 385 – 390

#### Aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers

Ingo Koch, Lübeck

ZSR 4-5/2004, S. 391 – 397

#### Aus der Sicht eines Unfallversicherungsträgers

Dr. Stephan Brandenburg, Hamburg

ZSR 4-5/2004, S. 398 – 403

#### Aus der Sicht des Gesetzgebers

Dr. Hartmut Haines, Bonn

ZSR 4-5/2004, S. 404 – 412

#### Aus der Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Bernd Steinke, Frankfurt/M.

ZSR 4-5/2004, S. 413 – 422

**Das Konzept des SGB IX zur Konkretisierung der Leistungen zur Teilhabe: Wege zur subjektiven und objektiven Bedarfsgerechtigkeit**

**Wunsch- und Wahlrechte und individuelle Konkretisierung**

Dr. Felix Welti, Kiel  
ZSR 4-5/2004, S. 423 – 445

**Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation**

Prof. Dr. Heiner Raspe, Lübeck  
ZSR 4-5/2004, S. 446 – 461

**SGB IX und Akutbehandlung**

Dr. Wolfgang Heine, Berlin  
ZSR 4-5/2004, S. 462 – 472

**Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente und Pflege**

**Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente**

**– Rechtlicher Rahmen**

Prof. Dr. Wolfgang Schütte, Hamburg  
ZSR 4-5/2004, S. 473 – 492

**Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente**

**– Konkretisierung**

Andreas Oltzen, Lübeck  
ZSR 4-5/2004, S. 493 – 502

**Der Vorrang von Rehabilitation vor Pflege**

**– Rechtlicher Rahmen**

Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg im Breisgau  
ZSR 4-5/2004, S. 503 – 524

**Der Vorrang von Rehabilitation vor Pflege**

**– Konkretisierung (Kernaussagen)**

Rheinild Waldeyer-Jeebe, Bonn  
ZSR 4-5/2004, S. 525 – 526

**Das SGB IX und der Zugang zu Leistungen zur Teilhabe (Arbeitsgruppenreferate und –berichte)**

**Die gemeinsamen Servicestellen**

Helmut Middendorf, Hamburg  
ZSR 4-5/2004, S. 527 – 528

**Die Kooperation der Rehabilitationsträger mit den Betrieben**

Klaus Rojahn, Hamburg  
ZSR 4-5/2004, S. 529 – 535

**Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX**

Peter Masuch, Kassel  
ZSR 4-5/2004, S. 536 – 543

**Die Kooperation der Rehabilitationsträger mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern**

Dirk Liebold, Hamburg  
ZSR 4-5/2004, S. 544 – 547

**Die Kooperation der Rehabilitationsträger mit den Schulen**

Johannes Reimann, Kiel  
ZSR 4-5/2004, S. 548 – 552

**Forschungsfragen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe**

**Forschungsfragen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe**

Prof. Dr. Gerhard Igl, Dr. Felix Welti, Kiel, u. Prof. Dr. Heiner Raspe, Lübeck  
ZSR 4-5/2004, S. 553 – 558

**Rentenversicherung**

**Wie rechtsverbindlich sind die Hinweise zum maßgeblichen Lebensalter für den frühestmöglichen Anspruch auf Altersrente?**

Christian Raunzer, Bochum  
Kompass 7-8/2004, S. 20 – 24

**Die Auswirkungen des RV-Nachhaltigkeitsgesetzes auf die gesetzliche Rentenversicherung**

Dirk R. Schuchardt, Duisburg  
NWB 33/2004, S. 2603 – 2606

**Zur aktuellen Lage der Rentenversicherung**

Alexander Gunkel, Berlin  
DRV 8/2004, S. 449 – 458

# Literatur

## **Die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Dr. Erich Standfest, Duisburg  
DRV 8/2004, S. 459 – 467

## **Ergebnisse der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Dr. Axel Reimann, Frankfurt/M.  
DRV 8/2004, S. 468 – 471

## **Daten der Rentenversicherung und Bedarf der Wissenschaft – Befunde einer Befragung unter potenziellen Nutzern des Forschungsdatenzentrums der gesetzlichen Rentenversicherung (FDZ-RV)**

Dr. Ralf Himmelreicher, Frankfurt/M.  
DRV 8/2004, S. 472 – 485

## **Das Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz im Überblick**

Spektrum 3-4/2004, S. 96 – 102

## **Die Neuregelung der Rentenbesteuerung**

Rolf-Michael Fuchs, Bayreuth  
Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten  
8/2004, S. 307 – 325

## **Das „Soziale“ in der Alterssicherung**

– Auswirkungen der Reformen  
Dr. Susanne Heidel u. Brigitte Loose, Berlin  
DAngVers 8/2004, S. 341 – 348

## **Halbe Rente für Kinderlose?**

Dr. Tim Köhler-Rama, Berlin  
DAngVers 8/2004, S. 348 – 352

## **Das Gesetz zur Neuordnung der einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen**

Rainer Stosberg, Berlin  
DAngVers 8/2004, S. 353 – 361

## **Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt aus der Sicht der Rentenversicherung**

Dr. Uwe Chojetzki, Frankfurt/M., u. Margit Klönne, Berlin  
DRV 9/2004, S. 513 – 531

## **Zur Anwendbarkeit der Vierjahresfrist des § 44 Abs. 4 SGB X auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch – Eine Bestandsaufnahme der Rechtslage nach derzeitiger höchstrichterlicher Rechtsprechung –**

Jörg Heidemann, Frankfurt/M.  
DRV 9/2004, S. 532 – 546

## **Kinderlust gleich Rentenfrust?**

– Der Zusammenhang zwischen Kindern und dem Übergang in Rente

Christine Hauschild, Hamburg, u. Dr. Michael Stegmann, Frankfurt/M.  
DRV 9/2004, S. 547 – 560

## **Vom Rentnerprivileg und sonstigen Begünstigungen im Rentenrecht**

Bablin Fischer, Bonn  
NZS 10/2004, S. 253 – 525

## **Vom Bundeszuschuss zum Bundesbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, Darmstadt  
DRV 10/2004, S. 586 – 591

## **Die Neuregelung der bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zum 1. Januar 2005**

Sylvia Dünn u. Katrin Rüb, Frankfurt/M.  
DRV 10/2004, S. 614 – 627

## **Sozialgerichtsbarkeit**

### **Besonderer Bestandsschutz für die Sozialgerichtsbarkeit**

Dr. Kurt Wolber, Heidelberg  
WzS 7-8/2004, S. 210 – 214

### **Die Reform der Sozialgerichtsbarkeit**

– Ein (weiterer) Zwischenbericht –  
Michael Mutz, Berlin  
DAngVers 10/2004, S. 445 – 448

## Sozialpolitik

### „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung

Josef Isensee, Bonn  
NZZ 8/2004, S. 395 – 401

### Berechnung von Prämien für Renten wegen Todes

Hellmut D. Scholtz, Bad Dobenheim  
Die Rentenversicherung 8/2004, S. 144 – 149

### Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der nicht beitragsgedeckten Leistungen und der Bundesleistungen an die Rentenversicherung vom 13. August 2004

DRV 10/2004, S. 569 – 585

## Sozialversicherung international

### EU-Erweiterung zum 1. Mai 2004

– **Hinweise zu weitergeltendem Abkommensrecht aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung**  
Reiner Schindler, Herne  
Kompass 7-8/2004, S. 7 – 10

### Ist das europäische Sozialmodell zu retten?

– **Die europäischen Sozialsysteme im Vergleich**  
Hermann Berié, Bonn  
Kompass 7-8/2004, S. 11 – 19

### „De Pensioenpolder“

– **Einführung in die betriebliche Altersvorsorge in den Niederlanden**  
Ulrich Bieber, Bonn, u. Volker Schmitt, Frankfurt/M.  
DRV 8/2004, S. 486 – 511

### Das europäische Beihilferecht und sein Einfluss auf die Sozialversicherung

Dr. Wolfgang Schulz-Weidner, Brüssel  
DRV 10/2004, S. 592 – 613

## Verschiedenes

### Guter Rat ist nicht teuer – kann es aber werden ...

– **Haftungsfragen bei Rat, Auskunft und Gutachten**  
Dieter Gabbert, Bochum  
Kompass 7-8/2004, S. 16 – 19

### Neuregelungen in der betrieblichen Altersversorgung durch das Alterseinkünftegesetz

Frank Baumeister, Berlin  
DAnGVers 8/2004, S. 361 – 368

## Abkürzungen:

<b>DAnGVers</b>	Die Angestelltenversicherung
<b>Die Beiträge</b>	Die Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung
<b>Die Rentenversicherung</b>	Organ für den Bundesverband der Rentenberater e.V.
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>NWB</b>	Neue Wirtschafts Briefe
<b>Spektrum</b>	Spektrum der LVA Baden-Württemberg
<b>WzS</b>	Wege zur Sozialversicherung
<b>ZSR</b>	Zeitschrift für Sozialreform

# Auskunft & Beratung

## Versicherung und Rente

### Aachen

#### LVA Service-Zentrum Aachen,

Benediktinerstr. 39, 52066 Aachen

T (0241) 60 96 02, F (0241) 60 96 61

service-zentrum.aachen@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### 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

#### LVA Service-Zentrum Bonn

Rabinstraße 6, 53111 Bonn

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

service-zentrum.bonn@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Duisburg

#### LVA Service-Zentrum Duisburg

Hohestr. 32, 47051 Duisburg

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

service-zentrum.duisburg@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Düren

#### LVA Service-Zentrum Düren,

Goethestr. 4, 52349 Düren

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

service-zentrum.dueren@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Düsseldorf

#### LVA Hauptverwaltung, Service-Zentrum

Königsallee 71, 40215 Düsseldorf

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

service-zentrum.duesseldorf@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## 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

**LVA Service-Zentrum Essen**

Hindenburgstr. 88, 45127 Essen

T (0201) 18 98 01, F (0201) 18 98-1961

service-zentrum.essen@lva-rheinprovinz.de

**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

**LVA Service-Zentrum Gummersbach**,

Singerbrinkstr. 41, 51643 Gummersbach

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

service-zentrum.gummersbach@lva-rheinprovinz.de

**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

## 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

## Kleve

**LVA Service-Zentrum Kleve**,

Bensdorpstr. 12, 47533 Kleve

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

service-zentrum.kleve@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

# Auskunft & Beratung

## Köln

### LVA Service-Zentrum Köln

Lungengasse 35, 50676 Köln

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

service-zentrum.koeln@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Krefeld

### LVA Service-Zentrum Krefeld

Grenzstr. 140, 47799 Krefeld

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

service-zentrum.krefeld@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Leverkusen

### LVA Service-Zentrum Leverkusen

Heinrich-von-Stephan-Str. 24,

51373 Leverkusen

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

service-zentrum.leverkusen@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Mönchengladbach

### LVA Service-Zentrum Mönchengladbach

Lürriper Str. 52, 41065 Mönchengladbach

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

service-zentrum.moenchengladbach@lva-rheinprovinz.de

**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

## Remscheid

**Stadtverwaltung**, Hindenburgstr. 52-58,

42853 Remscheid

T (02191) 16-26 47

**2. 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

## Solingen

**AOK**, Kölner Str. 49/51, 42651 Solingen

T (0212) 22 01 0

**jeden Dienstag und jeden 2. Montag**

von 8.30 - 12.30 Uhr und 13.30 - 15.30 Uhr

**nachmittags** nach Vereinbarung

## 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

## 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

**LVA Service-Zentrum Wuppertal**

Wupperstr. 14, 42103 Wuppertal

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

service-zentrum.wuppertal@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

# Auskunft & Beratung

## Rehabilitation

### Aachen

#### LVA Service-Zentrum Aachen,

Benediktinerstr. 39, 52066 Aachen

T (0241) 60 96 02, F (0241) 60 96 61

service-zentrum.aachen@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Bergheim

#### AOK-Regionaldirektion Erftkreis

Geschäftsstelle Bergheim, Bahnstraße 1

T (02271) 80 70

**jeden 2. Dienstag** im Monat

von 13.30 - 15.00 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

#### LVA Service-Zentrum Bonn

Rabinstr. 6, 53111 Bonn

T (0228) 28 08 01 und F (0228) 28 08 19 61

service-zentrum.bonn@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Düren

#### LVA Service-Zentrum Düren,

Goethestr. 4, 52349 Düren

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

service-zentrum.dueren@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Duisburg

#### LVA Service-Zentrum Duisburg

Hohe Straße 32, 47051 Duisburg

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

service-zentrum.duisburg@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Düsseldorf

#### LVA Hauptverwaltung, Service-Zentrum

Königsallee 71, 40215 Düsseldorf

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

service-zentrum.duesseldorf@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

### Engelskirchen

#### Aggertalklinik, Am Sondersiefen 18

T (02263) 93 0

**jeden Donnerstag** von 8.30 - 11.30 Uhr

## Essen

### LVA Service-Zentrum Essen

Hindenburgstr. 88, 45127 Essen

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

service-zentrum.essen@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Euskirchen

### Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein

Kölner Str. 73, T (02251) 94410

**Jeden 2. Donnerstag** von 8.30 – 11.30 Uhr

## Gummersbach

### LVA Service-Zentrum Gummersbach,

Singerbrinkstr. 41, 51643 Gummersbach

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

service-zentrum.gummersbach@lva-rheinprovinz.de

**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. und 4. 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

### LVA Service-Zentrum Kleve,

Bensdorpstr. 12, 47533 Kleve

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

service-zentrum.kleve@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Köln

### LVA Service-Zentrum Köln

Lungengasse 35, 50676 Köln

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

service-zentrum.koeln@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Krefeld

### LVA Service-Zentrum Krefeld

Grenzstr. 140, 47799 Krefeld

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

service-zentrum.krefeld@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Leverkusen

### LVA Service-Zentrum Leverkusen

Heinrich-von-Stephan-Str. 24,

51373 Leverkusen

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

service-zentrum.leverkusen@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Mönchengladbach

### LVA Service-Zentrum Mönchengladbach

Lürriper Str. 52, 41065 Mönchengladbach

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

service-zentrum.moenchengladbach@lva-rheinprovinz.de

**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 1. 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 1

**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) 29 20

**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

### LVA Service-Zentrum Wuppertal

Wupperstr. 14, 42103 Wuppertal

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

service-zentrum.wuppertal@lva-rheinprovinz.de

**Mo-Mi:** 7.30 - 15.00 Uhr

**Do:** 7.30 - 18.00 Uhr

**Fr:** 7.30 - 13.00 Uhr

## Kliniken der LVA Rheinprovinz

### **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**

Emser Straße 37, 56377 Nassau/Lahn

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**

Tüschenerweg 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 „LVA Rheinprovinz Mitteilungen“ erscheinen zweimonatlich.**

**Herausgeber** Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz

Referat Öffentlichkeitsarbeit

Königsallee 71

40215 Düsseldorf

**Anschrift** LVA Rheinprovinz

40914 Düsseldorf

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

**Internet** [www.lva-rheinprovinz.de](http://www.lva-rheinprovinz.de)

**E-Mail** [presse@lva-rheinprovinz.de](mailto:presse@lva-rheinprovinz.de)

**Redaktion** Karpeter Arens, Leitung,

Thomas Schulzki

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stellen lediglich die Meinung des Verfassers dar; hierfür übernimmt die LVA nur die allgemeine pressegesetzliche

Verantwortung. Nachdruck mit Genehmigung der LVA Rheinprovinz und Quellenangabe gestattet.

Bezugspreis einschließlich Zustellgeld 9,20 Euro

im Jahr. Einzelheft 2,00 Euro. Der Betrag ist mit dem Vermerk **Für LVA Mitteilungen** auf das Postbankkonto

Köln, BLZ 370 100 50, Kto. Nr. 17860-509 der LVA Rheinprovinz im Voraus zu überweisen.

Bestellungen sind nur über das Referat Öffentlichkeits-

arbeit möglich.

**Herstellung** Werbedruck Schreckhase, [www.schreckhase.de](http://www.schreckhase.de)