

Antrag auf eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente

„Erfahrungsbericht“

Liebe DCCV'ler,

dieser Beitrag ist für CED-Betroffene, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen möchten. Geschildert werden die Erkenntnisse, die ich im Laufe meines Antragsverfahrens gewonnen habe. Der Bericht umfaßt in einer Einleitung grundsätzliche Gedanken und Fakten zur Thematik, dann das Antragsverfahren mit meiner Begründung. Zum Krankheitsverlauf, zu den Symptomen und zur Medikation verweise ich auf die Ausführungen in meinem Beitrag zur Anerkennung auf Schwerbehinderung /1/.

Einleitung

Die Schilderung des Verfahrensablaufes, die Argumentation, die Literaturhinweise sollen anderen helfen, sich gegen die Versicherungsanstalten durchzusetzen. Man kommt ja erst bei Antragstellung zu dieser Thematik. Da sollte man gut vorbereitet sein. Vielleicht wird auch der eine oder andere erst durch den Beitrag ermutigt, weil er sich in vergleichbarer Situation wähnt, wie es meine Gründe zur Antragstellung waren. Ich habe meinen Antrag aus einer Berufstätigkeit heraus gestellt.

Der Antrag ist sicher in vielen Fällen kein Selbstgänger und eine Entscheidung nur auf dem Klagewege zu erreichen. Man bekommt während des Verfahrens leicht den Eindruck, daß es die Rentenversicherung, in meinem Fall die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA, immer auf diesen langen und nervtötenden Weg ankommen läßt. Dafür gibt es einen Grund:

Es geht um viel Geld. Wie der Literatur zu entnehmen ist, sind die Antragsteller bei CED häufig noch weit vom Rentenalter entfernt. So ist die Verrentung wohl nur bei schweren Krankheitsverläufen mit Operationen, weitergehenden Folgeerkrankungen etc. und meist aus langer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit heraus unkompliziert.

Resignation bei den Betroffenen führt zu weniger Verfahren. Es wird durch langwierige Verfahren eine Abschreckung und Hoffnungslosigkeit erzeugt. Dadurch kommt es sicher nicht in jedem Fall über die Ablehnung des Widerspruches hinaus zur Klage.

Betrachtet man die Rentenstatistiken der letzten Jahre, so ist zu bemerken, daß die Anzahl der Bewilligungen nur wenig schwankt. Es sind ca. 650 bis 750 im Jahr. Davon entfallen auf die BfA nur ca. 350, obwohl sie mehr Versicherte als alle anderen Anstalten hat. Bei der BfA sind es ca. 250 Morbus Crohn- und 100 Colitis ulserosa-Betroffene. Davon wiederum ca. $\frac{3}{4}$ Frauen und $\frac{1}{4}$ Männer. Da wird man schnell zum Einzelfall.

Leider ist nicht zu erfahren, in welchem Stadium des Antrages die Bewilligung erfolgt, wie viele Bewilligungen vor Gericht erstritten, wie viele Anträge letztlich abgelehnt wurden oder im Klageverfahren verloren gingen. Alle diese Zahlen werden bei den Rentenversicherungsträgern statistisch erfaßt. Hier wäre die DCCV aufgerufen, durch Lobbyarbeit Transparenz zu schaffen über die Praktiken der BfA.

Die lange Bearbeitungszeit der Bürokratie bei Antragstellung und erst recht im Widerspruchsverfahren (bei mir 4 und 10 Monate), lassen sicher viele verzweifeln und von ihrem Vorhaben Abstand nehmen. Bleibt man dabei, kommt die weitere Hürde der Klage mit noch mehr Zeitverzug (das können schon mal 12 Monate in der 1. Instanz sein). So ist es sehr wahrscheinlich, daß man nach Auslaufen des Krankengeldes zum Arbeitslosengeld I - Bezieher wird. Hinzu kommt das Suchen und Finden eines kompetenten Anwalts, wesentliche zusätzliche Kosten, falls keine Rechtsschutzversicherung besteht, die Unsicherheit des Ausgangs. Das Verfahren bringt über lange Zeit keine Ruhe in das Leben. Diese ist aber gerade für CED-Betroffene wichtig. Der Streß in dieser Situation kann sich nur negativ auf das Krankheitsgeschehen auswirken. Man stellt den Antrag schließlich nicht zum Vergnügen. Bei den meisten Betroffenen geschieht dies sicher aus einer weiteren Arbeitsunfähigkeit oder einer Reha-Maßnahme heraus, die nicht zum Genesungserfolg führte. Dies alles interessiert die BfA überhaupt nicht.

Man muß bei Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente einen Punkt klar erkannt haben. Hat man den Weg einmal beschritten, gibt es nur ein konsequentes Vorgehen. Gibt man auf, so wird die im folgenden vorgebrachte Argumentation ausgehebelt und ein neuer Antrag dürfte nur auf anderer Basis bei einem schlechteren Krankheitsverlauf Aussicht auf Erfolg haben.

Der Arzt muß die Entscheidung mit tragen.

Der Entschluß ist in finanzieller und persönlicher Hinsicht weitreichend. Es geht um die Absicherung der Existenz während des möglicherweise sehr langwierigen Verfahrens bis zur Ren-

tenbewilligung und um das Auskommen mit der Erwerbsminderungsrente. Es geht aber auch um den Zeitpunkt, zu dem man arbeitsunfähig wird. Mir war mit Beginn eines schweren Schubes Anfang März 2004 nur bewußt, daß ich wieder länger arbeitsunfähig sein würde. Während der Zeit zu Hause wurde mir aber klar, daß ich so nicht weitermachen konnte. Der Krankheitsverlauf meiner chronisch aktiven Colitis ulcerosa zeigte mir, daß ich weiterhin nur auf Kosten meiner Gesundheit arbeiten könnte. Hinzu kamen die Krankheitsfolgen, die langjährig in immer gravierenderer Form von imperativem (zwingendem) Stuhldrang mit Diarrhoe zu einer wesentlichen Einschränkung meiner Bewegungsfreiheit führten und mir damit die weitere Arbeit unmöglich machten. So wurde aus dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit plötzlich der letzte Arbeitstag meines Lebens. Damit sind weitreichende Veränderungen verbunden. Altersrentner tun schließlich auch gut daran, sich auf den Ruhestand vorzubereiten. Diese Zeit hatte ich nicht. Hinzu kommt, daß ich vieles nicht mehr machen kann durch den Stuhldrang. Damit ergeben sich die weiteren Probleme der sozialen Isolation.

Der Arzt wird den Betroffenen über einen langen Zeitraum arbeitsunfähig schreiben. Es gibt über maximal 18 Monate Krankengeld. In diese Bezugsdauer werden von der Krankenversicherung vorhergehende Krankheitszeiten und Kuren während eines festen Zeitraumes von drei Jahren eingerechnet. Dieser Zeitraum wird aber erst zum Ende der Bezugsdauer überhaupt bestimmt. Ein merkwürdiges Verfahren, das einen an Willkür denken läßt. Ist man mit der Festlegung nicht einverstanden, kann man Widerspruch einlegen. Teilt die Krankenkasse das Datum mit, zu dem das Krankengeld ausläuft, muß man sich umgehend (innerhalb einer Woche) beim Arbeitsamt melden, auch wenn man in ungekündigter Stellung ist. Nur so ist gewährleistet, daß man nicht plötzlich ganz ohne Einkommen dasteht. Dies ist die sogenannte „Nahtlosigkeitsregelung“ des §125, SGB III /2/. Argumentiert wird, daß man in seinem jetzigen Beruf arbeitsunfähig ist. Da der Rentenversicherungsträger den Antrag aber abgelehnt hat und ein zeitliches Leistungsvermögen über 6 Stunden voraussetzt, ist man bis zu einer anderen Entscheidung im Widerspruchs- oder Klageverfahren generell erwerbsfähig. Man steht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld I. Bei mir findet eine Arbeitsvermittlung nicht statt. Ich kann mich daher auch nicht zu so einer Möglichkeit äußern. Die Bezugsdauer ist zur Zeit maximal 32 Monate, gestaffelt nach Alter und Betriebszugehörigkeit. Änderungen sind seit langer Zeit geplant, aber nicht konkret. Im Gegensatz zur Zeit der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers oder des Krankengeldbezuges interessiert sich plötz-

lich niemand mehr für die Arbeitsunfähigkeit. Nach gelbem Zettel und Auszahlungsschein folgt nichts mehr, kein Formblatt in Deutschland.

Ist einige Zeit seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit verstrichen, wendet sich die Krankenkasse, welche ja zahlt, an den medizinischen Dienst des Kreises, in dem man wohnt. Der kontaktiert den behandelnden Arzt, um seine Einschätzung zum weiteren Krankheitsverlauf der Krankenkasse mitteilen zu können. Er tut dies nach der „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004)“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen MDS /3/.

Antrag auf unbefristete volle Erwerbsminderungsrente

Für die Antragstellung benötigt man Vordrucke, die einem zugeschickt oder aus dem Internet heruntergeladen werden können. Ich fügte eine ausführliche Begründung bei. Sie umfaßte eine Schilderung des Krankheitsverlaufes, der Medikation, der Symptome, die mittlerweile vorhandenen psychischen Probleme beim Aufenthalt in der Öffentlichkeit, die Anforderungen des von mir seit 24 Jahren ausgeübten Berufes als Sachverständiger mit Außendienst und sämtliche ärztliche Unterlagen. Ich verwies auf den chronisch aktiven Verlauf der cu, auf die Schwerbehinderung, stellte dar, daß ich auf Kosten meiner Gesundheit tätig bin und ging kurz auf die beiden im folgenden ausführlich dargestellten Begründungen ein. Der Antrag ging Ende April 2004 bei der BfA ein. Ich wurde im Juli 2004 zu einem Arzt für innere Medizin zur Begutachtung geladen. Es handelt sich um einen Untersuchungsumfang, der dem im Schwerbehindertenverfahren gleicht, nur das dies noch nicht das Klage- sondern das Antragsverfahren war. Dem Gutachter wurden nur die ärztlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt, nicht meine Antragsbegründung. Es gab einen allgemeinen Gutachtensauftrag der BfA, keine spezifische Fragestellung, obgleich es sich bei der folgenden Thematik nicht um eine übliche Begutachtung handeln kann.

Bescheid

Nach vier Monaten kam Ende August die Ablehnung. Nur Gesetzestext und die Begründung, ärztlicherseits wäre festgestellt worden, daß ich noch in der Lage bin, in meinem bisherigen Beruf mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Auf meine Argumente wurde überhaupt nicht eingegangen.

Da war ich doch sehr erstaunt. Liebt man sich einschlägige Veröffentlichungen durch, so wird immer darauf hingewiesen, daß der Versicherte möglichst früh und umfassend mit eigenen Schilderungen in das Antragsverfahren und in den Begutachtungsprozeß eingebunden werden soll. Soweit die Theorie. Interessant sind hierzu die „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR vom 22. März 2004 /4/ und der „Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung“ – SOMEKO- vom März 2004 /5/.

Die besondere Begründung für CED-Betroffene

Ich legte im Oktober Widerspruch ein. Im folgenden wird detailliert auf die Grundlagen eingegangen.

Nach § 43, SGB VI /6/, wird die Erwerbsminderung an einem zeitlichen quantitativen Restleistungsvermögen gemessen, eventuell mit verschiedenen qualitativen Einschränkungen. Dieser Ansatz, täglich nur noch unter 3 Stunden oder unter 6 Stunden arbeiten zu können, ist für CED-Betroffene häufig nicht relevant, da die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

Wichtig ist eine Ausnahmeregelung für Versicherte, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Diese ist durch höchstrichterliche Rechtssprechung gegeben. Mit den Beschlüssen des Großen Senates des Bundessozialgerichtes vom 19.12.1996 wurden für die Begriffe „Summierung ungewöhnlicher Leistungsbeschränkungen“ und „schwere spezifische Leistungsbehinderungen“ Katalog- und Seltenheitsfälle entwickelt /7/ /8/.

Für CED-Betroffene ist daraus interessant, daß „Tätigkeiten, die nur unter nicht betriebsüblichen Arbeitsbedingungen ausgeübt werden können“ und „Arbeitsplätze, die der Versicherte

aus gesundheitlichen Gründen nicht von der Wohnung aus aufsuchen kann“ hierunter aufgeführt sind.

Übersetzt heißt dies:

Kann der Versicherte nach seinem Gesundheitszustand noch Vollzeit verrichten, aber

1. es mangelt ihm an der „**Wegefähigkeit**“ und/oder
2. benötigt er „**betriebsunübliche Pausen**“,

so ist für ihn von der Verschllossenheit des Arbeitsmarktes auszugehen.

Dies ist der Ansatz für CED-Betroffene mit imperativem Stuhldrang und sehr kurzen Vorwarnzeiten sowie mit mehrmals täglichen Durchfällen und eventuell Inkontinenz, um eine Erwerbsminderungsrente beantragen zu können.

Wichtig und informativ ist die gültige 1. überarbeitete Fassung von „**Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung**“, **Hinweise zur Begutachtung** vom September 2001 /9/, die die BfA im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR veröffentlicht hat, zeigt sie doch selbst in einem Schreiben der BfA die argumentativen Möglichkeiten des Antragstellers auf. Die hierin dargestellten Anforderungen an den Begutachtungsprozeß haben Weisungscharakter. Es sind ausführliche Informationen zu den Aufgaben des sozialmedizinischen Gutachters, zum Umfang der ärztlichen Untersuchung im Rentenverfahren, eine Dokumentationsanleitung sowie die Formblätter als Handlungsanweisung für den Arzt enthalten. Man erfährt also auch Näheres zur Begutachtung.

Ich möchte daraus den **Text auf Seite 14** zitieren.

„Bei einem Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich und mehr erhält der Versicherte keine Erwerbsminderungsrente, **es sei denn, es ist eine der folgenden von der Rechtsprechung entwickelten Ausnahmen gegeben:**

Danach kann eine **Erwerbsminderung auch bei bestimmten qualitativen Leistungseinschränkungen** vorliegen, selbst wenn das Leistungsvermögen quantitativ nicht begrenzt ist. Dies kommt z.B. in Betracht bei Einschränkungen der **Wegefähigkeit** sowie bei der Notwendigkeit, zusätzliche „**betriebsunübliche**“ **Arbeitspausen** einlegen zu müssen. Dieser medizinisch zu begründende Pausenbedarf muß den Rahmen bestehender Pausenregelungen ... überschreiten.

Ob besondere zusätzliche Leistungseinschränkungen zu einem Rentenanspruch führen, ist stets vom konkreten Einzelfall abhängig. Dabei erfolgt die Bewertung der ärztlicherseits abgegebenen Leistungseinschätzung verwaltungsseitig mit der Frage, ob überhaupt eine Tätigkeit existiert, die von dem Versicherten ausgeübt werden kann, ob also eine Erwerbstätigkeit „unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ möglich ist. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, daß die angegebenen qualitativen Leistungseinschränkungen sich zwingend aus den bestehenden Krankheiten und Behinderungen ergeben....

...Auf Kosten der Gesundheit wird eine Tätigkeit dann ausgeübt, wenn mit dieser Tätigkeit eine unmittelbare und konkrete Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten verbunden ist....“

In diesem Zusammenhang möchte ich auf einige Urteile hinweisen.

Beim Sozialgericht Gießen Az.: S-16/SB 1200/99 /10/ wurde einem Kläger das Merkzeichen „G“ nach dem Schwerbehindertengesetz zugebilligt aufgrund der Tatsache, daß er die Darmfunktion nicht willentlich steuern konnte und damit der Zeitpunkt der Entleerung nicht vorherbestimmt werden kann. **Anspruchsbegründend war dabei die fehlende Wegefähigkeit**

Durch eine erhöhte Stuhlfrequenz und vermehrte Blähungen bei gleichzeitigem Vorliegen von Flüssigkeit im Darm sind bei mir deutlich häufiger Toilettengänge erforderlich. Da es sich bei den Stuhlentleerungen um meist breiigen Stuhl oder Flüssigkeit handelt, ist eine anschließende Reinigung erforderlich. Diese ist aber durch die Bauart der Toilettenräume, nach denen sich die Handwaschbecken in unmittelbarer Nähe zur Eingangstür befinden, nur umständlich durchzuführen. Dies alles bedingt sowohl **betriebsunübliche Pausen nach der Anzahl und zeitlichen Verteilung**, wie auch einen daraus folgenden **betriebsunüblichen Zeitbedarf**.

In dem sehr wichtigen Urteil des Landessozialgerichtes für das Land Brandenburg Az.: L2 RA 130/01 vom 19.08.2003 /11/ ging es um die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente eben aus diesen Gründen. Danach lag eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz vor, die deutlich die gewöhnliche persönliche Verweilzeit überstieg und damit generell eine wettbewerbsfähige Teilnahme am Erwerbsleben ausschloß. Dies bedeutete ein absolutes Erwerbshindernis, so daß Erwerbsunfähigkeit bestand. Zudem wurde festgestellt, daß **eine Befristung der Rente nicht in Betracht kommt**. Die Befristung kann nur bei begründeter Aussicht erfolgen, daß die

Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit (ein Zeitraum bis zu drei Jahren) behoben sein kann.

Auch die Hinweise zur Begutachtung /9/ erwähnen auf Seite 27, daß die qualitativen Leistungseinschränkungen so gravierend sein können, daß sie das quantitative Leistungsvermögen aufheben.

In Bezug auf die **Verweisungsmöglichkeiten auf andere Tätigkeiten** muß aufgrund der fehlenden Wegefähigkeit und der notwendigen betriebsunüblichen Pausen davon ausgegangen werden, daß es keine Erwerbstätigkeit „unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ gibt.

Hierzu gibt es ein Urteil des Bayer. Landessozialgerichtes Az.: L 16 RJ 303/01 vom 11.09.2002 /12/, nach dem der zeitliche Aufwand für betriebsunübliche Pausen in einem ähnlich gelagerten Fall mit hoher Stuhlgangfrequenz bei erheblichem Stuhldrang und Bauchschmerzen dazu führte, daß bei den in Betrieben üblichen Arbeitsbedingungen von der **Vergeschlossenheit des Arbeitsmarktes** ausgegangen wurde. Näheres zu Definitionen und Begründungen (Verweise auf BSG Urteile und Auskünfte der Landesarbeitsämter Bayern und Hessen zur Einstellungspraxis von Arbeitgebern) ist aus dem Urteil ersichtlich. Auch hier konnte der Kläger keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen.

Aus den Zitaten der Hinweise zur Begutachtung /9/ und den genannten Gerichtsentscheidungen folgt eindeutig, daß die Aufgaben der BfA zur Bearbeitung meines Antrages auf unbefristete volle Erwerbsminderungsrente vielfältiger sind, als sie diese bisher wahrgenommen hatte.

Gutachtliche Aussage

Ich möchte hier auf die gutachtliche Aussage des von der BfA beauftragten sozialmedizinischen Sachverständigen eingehen. Diese war auch vom LSG Schleswig im Schwerbehindertenverfahren angefordert worden.

Danach ist meine körperliche Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Der chronisch aktive Verlauf der Colitis ulcerosa wird bestätigt. Es sind Reisetätigkeiten oder Aufenthalte außerhalb der Arbeitsstelle zu vermeiden. Die unmittelbare und ständige Erreichbarkeit einer Toilette muß gewährleistet sein. Starke psychische Belastungen sollten vermieden werden. Eine Besserung wird als unwahrscheinlich angesehen. Ein Vorschlag zur medizinischen Rehabilitation oder über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird verneint.

Aus dieser Beschreibung des Leistungsbildes sollte man meines Erachtens ableiten können, daß die Wegefähigkeit aufgehoben ist, ich also meine Arbeitsstelle nicht mehr erreichen und auch keine Außendiensttätigkeit durchführen kann, die aber ursächlich zu meiner Arbeit gehört. Die geforderte differenzierte Beschreibung der psychischen Belastung fiel kurz aus.

Der Gutachter stellte durch zwei Kreuze auf dem Vordruck fest, daß ich erstens in meinem Beruf und zweitens in einer anderen Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich arbeiten könne.

Diesem Kreuz folgte die Verwaltung der BfA in ihrem ablehnenden Bescheid. Die BfA hat in ihrem Hause ärztliche Berater. Die sollen eigentlich Stellung zu dem Gutachten nehmen. Als ich Akteneinsicht und explizit diese Stellungnahme für den Widerspruch anforderte, bekam ich lediglich all jene medizinischen Unterlagen, die ich selbst mit dem Antrag hingeschickt hatte.

Widerspruch

Im Widerspruchsverfahren wurden durch mich weitere Fakten eingebracht und es ergaben sich folgende Erkenntnisse:

Ich wies auf den zwischenzeitlich durchgeführten und aus medizinischer Indikation abgebrochenen Therapieversuch mit Immunsuppressiva hin sowie auf einen weiteren Schub.

Ich machte der BfA den Vorschlag, meine Begründung zum Antrag auf Schwerbehinderung vom LSG Schleswig anzufordern, zum Beweis, daß ich bereits vor vier Jahren die Symptome und Beschwerden geschildert hatte.

Die BfA forderte aber einen Befundbericht meines Hausarztes an, bei dem ich wegen der cu gar nicht in Behandlung bin. Nach dieser Klarstellung meinerseits wurde gefragt, wer denn nun mein behandelnder Arzt sei. Gerade die Antwort hierauf ergibt sich explizit aus jedem Schriftstück zu diesem Verfahren. Die Tatsache, daß diese Frage gestellt wurde, soll jedem ermöglichen, sich ein Bild über die Handlungsweise der BfA zu machen.

Die BfA forderte daraufhin einen weiteren Befundbericht meines behandelnden Arztes an, obwohl ich einen aktuellen Bericht drei Monate vorher übersandt hatte aus dem zu dieser Zeit noch laufenden Verfahren auf Anerkennung als Schwerbehinderter. So gab es folgerichtig keine weiteren Erkenntnisse.

Nun forderte mich die BfA auf, bei einem zweiten Gutachter (auch Arzt für innere Medizin) zu erscheinen. Der Termin wurde auf 07:00 Uhr morgens festgelegt. Es handelte sich um eine Klinik in ca. 60 km Entfernung und eine Terminverschiebung war trotz Nachfrage nicht möglich. Ich sagte den Termin ab und verwies auf meine Schilderungen zur Symptomatik und auf die Begründungen im Verfahren. Ich erwähnte die besonders in den Morgenstunden aktive Darmtätigkeit mit den dann vermehrt notwendigen Toilettengängen. Ich wiederholte explizit die Aussagen der sozialmedizinischen Sachverständigen im Schwerbehinderten- und Rentenverfahren sowie meines behandelnden Arztes zu den erheblichen Einschränkungen meiner Bewegungsfreiheit. Ich bat um eine spätere Terminierung bei einem Arzt in Hamburg, also in der Nähe meines Wohnortes. Die Begutachtung sollte im Schwerpunkt die qualitativen Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung des Ansatzes der ICF zur Beurteilung des posi-

tiven und negativen Leistungsbildes im Erwerbsleben und in meinem ausgeübten Beruf umfassen.

Als Antwort gab es einen erneuten Termin in gleicher Klinik. Dies wäre der einzige praktizierende Arzt im Umkreis. Die Fahrzeit dorthin würde mit öffentlichen Verkehrsmitteln 1:17 Stunden betragen. Dies scheint ein Kriterium für die Zumutbarkeit zu sein. Dabei handelte es sich aber um die reine Fahrtzeit zu einem späteren Zeitpunkt. Die gesamte Wegezeit hätte für mich 2:20 Stunden zur Wahrnehmung des frühen Termins betragen. Die Information war wohl rein hypothetisch, denn der BfA ist ja bekannt, daß ich seit Jahren keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benutzen kann. Man sollte nie vergessen, daß eigene Angaben zur Plausibilitätsprüfung herangezogen werden.

Nach anwaltlicher Beratung lehnte ich auch diesen Termin ab. Ich betonte, daß es in diesem Verfahren um mein Befinden und meine verbliebenen Möglichkeiten aufgrund der chronisch aktiven Colitis ulcerosa ginge. Ich hätte meine gesamte Lebensführung darauf einstellen müssen, daß ich Aktivitäten außerhalb meines Hauses nur noch mit Einschränkungen und zum Teil auch gar nicht mehr durchführen könne. Die BfA sollte mir mitteilen, in welcher Richtung sie sich weitere Erkenntnisse erhoffe und welche Fragen konkret an den Gutachtensauftrag geknüpft sind.

Wie sich in einem telefonischen Gespräch mit der Klinik herausstellte, wurde auch hier nur ein allgemeiner Gutachtensauftrag erteilt, keine spezifische Fragestellung. Auch wurden meine Begründungen nicht mitgeschickt.

Nach Zugang des Urteils im Schwerbehindertenverfahren, in dem mir ein Grad der Behinderung GdB von 50 % bescheinigt wurde, übersandte ich die aktuelle Stellungnahme des sozialmedizinischen Sachverständigen des Gerichts an die BfA. Dieser hatte den weiteren Verlauf meiner Erkrankung mit den gehäuften schweren Schüben und dem gescheiterten Therapieversuch mit Immunsuppressiva als schwer eingestuft (siehe Erfahrungsbericht /1/). Diese Einschätzung des Krankheitsverlaufes sollte auch für die BfA interessant sein.

Wenn man den Widerspruch einreicht, so wird der nicht gleich zur Widerspruchsstelle geleitet. Nach einer Information der BfA für Ärzte gibt es folgendes Verfahren:

Liegt nach Antragstellung das sozialmedizinische Fachgutachten vor, welches durch die BfA nur beauftragt wird, wenn keine aussagefähigen medizinischen Vorunterlagen zu erhalten

sind, wird eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung von Beratenden Ärzten der BfA durchgeführt. Sie erstellen das Leistungsbild. Die Entscheidung, ob ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht, trifft die BfA verwaltungsseitig. Im Widerspruchsverfahren entscheiden dann die Beratenden Ärzte anhand der Begründung, ob weitere medizinische Ermittlungen erforderlich sind. Es erfolgt wieder eine sozialmedizinische Beurteilung. Gibt die BfA nun dem Antragsteller Recht, so gibt es einen Abhilfebescheid, der das berücksichtigt, was bemängelt wurde. Bleibt die BfA jedoch bei ihrer ursprünglichen Auffassung, so wird erst jetzt der Widerspruch an die Zentrale Widerspruchsstelle der BfA abgegeben. Diese entscheidet, ob der Widerspruch tatsächlich zurückzuweisen ist.

Merkwürdig, daß im Widerspruch die selben Personen tätig sind, wie im Antragsverfahren und die Widerspruchsstelle offenbar nur nach Aktenlage entscheidet. Wo werden die Begründungen des Antragstellers berücksichtigt? Wieso sind schriftliche Stellungnahmen und Befunde meines behandelnden Arztes, ein Reha-Bericht und die Stellungnahme eines sozialmedizinischen Sachverständigen aus meinem Schwerbehinderungsverfahren nicht aussagefähig, so daß die BfA einen Gutachter beauftragt? Gerade solche Unterlagen werden doch explizit als Grundlage der Begutachtung genannt.

Widerspruchsbescheid

Der kam Anfang Juni 2005. Es war eine Ablehnung.

Noch mehr Gesetzestext. Nach Aktenlage muß von einem vollschichtigen Leistungsvermögen ausgegangen werden. Es wird mein guter Allgemeinzustand hervorgehoben. Eine Bürotätigkeit ist zumutbar. Außendiensttätigkeit kann allerdings nicht mehr ausgeübt werden, da die ständige Erreichbarkeit der Toilette gewährleistet sein muß. Dann noch der Hinweis, daß der festgestellte Grad der Behinderung bei Rentenprüfung nicht entscheidend ist. Auch die Aussage des Sachverständigen im Schwerbehindertenverfahren kann zu keiner anderen Beurteilung der Sach- und Rechtslage führen.

Das zweite internistische Gutachten war anscheinend unwichtig geworden, Beweise aus früherer Zeit uninteressant. Der Hinweis auf meinen guten Allgemeinzustand erinnert stark an das Schwerbehindertenverfahren, bei dem ich in der 1. Instanz unterlag. Dies wertete das Gericht entsprechend des damaligen Sachverständigen als wesentlichen Grund.

Fehler in der Antrags- und Widerspruchsbearbeitung der BfA

Die BfA ist nicht auf den chronisch aktiven Krankheitsverlauf, die Therapieresistenz, den gescheiterten Therapieversuch eingegangen. Sie hat nicht die qualitativen Leistungseinschränkungen berücksichtigt. Die Begriffe Wegefähigkeit und betriebsunüblicher Pausenbedarf sind Fremdwörter geblieben. Sie hat nicht die Krankheitsprognosen ins Kalkül gezogen. Sie hat sich nicht mit den Aufgaben und Tätigkeitsmerkmalen der von mir seit über 24 Jahren bekleideten Arbeitsstelle beschäftigt.

Auf **Seite 17 der Hinweise zur Begutachtung** /9/ wird ausgeführt, daß ein Abgleich zwischen dem Fähigkeitsprofil des Versicherten und dem Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hergestellt werden soll. Er ist die Voraussetzung einer begründeten und nachvollziehbaren Einschätzung darüber, inwieweit der Versicherte diese Tätigkeit noch ausüben kann.

Der sozialmedizinische Sachverständige hat sich die Bearbeitung leicht gemacht. Ohne den Abgleich durchzuführen, hatte er meine Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf trotz des beschriebenen Leistungsbildes mit mindestens sechs Stunden angenommen und angekreuzt. Er hat zwar die Voraussetzung für fehlende Wegefähigkeit benannt, aber nicht gewagt, die Konsequenz für mein qualitatives Leistungsvermögen daraus zu ziehen. Damit brauchte er sich auch nicht näher mit der Leistungsfähigkeit in einer anderen Tätigkeit auseinanderzusetzen. Das Kreuz dort war ein Selbstgänger. Ihm kann also auch keine verfahrenentscheidende Bedeutung zugemessen werden.

Die BfA hat sich der Beurteilung des Sachverständigen angeschlossen, obwohl sie ausführt, daß ich keinen Außendienst mehr machen kann. In Anbetracht meiner schriftlichen Ausführungen wird damit indirekt festgestellt, daß ich meiner bisherigen beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgehen kann. Damit stellt sich die BfA gegen die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Daß die BfA das aufgehobene Leistungsvermögen für meinen bisherigen Beruf tatsächlich bescheinigt, geht eindeutig aus der Formulierung in dem Widerspruchsbescheid hervor, nach der eine „Bürotätigkeit“ zumutbar ist. Damit begeht die BfA einen Verfahrensfehler. Sie müßte bei einem aufgehobene Leistungsvermögen für den ausgeübten Beruf aufgrund meines Alters (vor dem 02.01.1961 geboren) nach § 240 SGB VI /6/ zunächst eine zumutbare Verweisungstätigkeit benennen und nicht, wie geschehen, gleich unspezifisch mit Bürotätig-

keit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisen. Das wäre dann eine Prüfung zum Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gewesen.

Es wurde keine der durchaus berechtigten Fragen beantwortet. Es gab keine Transparenz in der Handlungsweise der BfA.

Leitlinie der BfA

Im Mai stieß ich im Internet auf die Veröffentlichung.

Es handelt sich um die AWMF-Leitlinie 074/004 vom März 2005 /13/:

„Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten (CED)“

-Leitlinien für den beratungsärztlichen Dienst der BfA-

Die Leitlinie enthält u.a. eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung als wichtigstes Kapitel. Es wird in vielfältiger Weise auf das Leistungsvermögen, die Belastbarkeit, Aktivitätseinschränkungen und auf die quantitative Leistungsbeurteilung eingegangen. Es gibt aber auch Ausführungen zur Wegefähigkeit und zu betriebsunüblichem Pausenbedarf.

Die Leitlinie wurde in einer BfA-internen Expertengruppe zusammengestellt.

Um argumentativ sicher vorzugehen zu können und sich in der Leitlinie besser zurechtzufinden, erscheint es mir wichtig, auf einige medizinische Begriffe einzugehen, die die Symptome von Betroffenen beschreiben, aber häufig doch in unterschiedlichen Definitionen benutzt werden.

Die Defäkation ist das Absetzen von Stuhl. Ist dies nicht kontrollierbar, leidet man an Inkontinenz. Diese wird z.B. durch Operation ausgelöst. Folge kann sein, daß gar nicht bemerkt wird, daß Stuhl abgeht. Unter anderem können Fisteln und Fissuren zu imperativem (zwingendem) Stuhldrang mit einer Vorwarnzeit im Sekundenbereich führen. Auch hierbei handelt es sich um Inkontinenz, da der Zeitpunkt nicht vorhersehbar ist und praktisch keine Reaktionszeit bleibt. Imperativer Stuhldrang kann auch durch streßbedingte oder angstbesetzte Situationen ausgelöst werden. Inkontinenz kann auch bei Flatulenz (Abgang von Darmgasen) vorliegen, wenn durch die Entzündung des Darmes Flüssigkeit mit entweicht. Das aufgehobene Unterscheidungsvermögen beim Stuhldrang zwischen Stuhl und Darmgasen mit Flüssig-

keit ist mangelndes Diskriminationsvermögen. Inkontinenz bedeutet aber auch einen Grad der Verschmutzung durch chronische Diarrhoe (Durchfall) und Darmflüssigkeit. Inkontinenz wird in Stufen eingeteilt, aber meist nicht ausführlich definiert. Häufig wird mit Diarrhoe auch das deutlich häufigere Absetzen von Stuhl bezeichnet. Krampfartige Bauch- oder Darmschmerzen vor dem Stuhlgang sind Tenesmen. Bei starker Entzündung kann es auch zu Tenesmen kommen, obwohl nur eine geringe Menge Blut abzusetzen ist. Begleiterscheinung kann Gänsehaut sein. Folgeerscheinungen können Brennen am After über einen längeren Zeitraum und wundete Stellen sein.

Alle Beschwerden gehen regelhaft mit einer Colitis ulcerosa einher.

Als Literatur hierzu gibt es z.B. die „Auswirkungen von Krankheiten der Verdauungsorgane“ von Dr. Eberhard Zillesen /14/ und den Artikel „Anale Inkontinenz“ von Prof. Dr. G. Schürmann /15/.

Interessant an der Leitlinie ist, daß die Ausführungen sämtlich darauf zielen, wenn überhaupt, nur ein eingeschränktes Leistungsvermögen zu testieren. Dabei versteigt sich die BfA sogar soweit, daß bei Diarrhoe nach **rektaler Irrigation** eine ausreichende Stuhlgangsfreiheit erreicht werden kann. Bei der Irrigation handelt es sich nach Fremdwörterbuch um eine Darmspülung, einen Einlauf. **Möchte die BfA Betroffenen täglich diesen unglaublichen Eingriff in die Integrität zumuten, damit diese wieder ein verwertbares Restleistungsvermögen erlangen? Dieses völlig abwegige Ansinnen sollte durch ein Gericht gerügt werden.**

Selbst bei nicht kompensierbarer Wegeunfähigkeit und der Notwendigkeit eines betriebsunüblichen Pausenbedarfs sieht die BfA noch ihre Aufgabe darin, eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen. Nur wenn das nicht möglich ist, resultiert nach ihrem Willen ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Dies entspricht nicht dem Wortlaut des Urteils des Bayer. Landessozialgerichtes /12/. Offengelassen wird auch, unter welchen konkreten Bedingungen, vorliegenden Symptomen, welchem Krankheitsverlauf die Voraussetzungen für eine Rente nach Meinung der BfA zu erreichen sind.

Durch eine einseitige Behandlung der Thematik, durch vereinfachte Darstellung, durch Irreführung in der Auslegung von Urteilen der Sozialgerichtsbarkeit disqualifizieren sich die Autoren.

Die Leitlinie der BfA, aber auch andere Veröffentlichungen zeigen, daß vergleichbar dem Schwerbehindertenverfahren auch im Rentenverfahren der medizinische Aspekt im Vordergrund steht. Nicht die Auswirkungen auf das Arbeitsleben sondern das Ausmaß der Erkrankung möchte die BfA zur Bewertung heranziehen. Sie tut sich nur noch schwerer damit als die Versorgungsämter, weil es in diesem Bereich andere Rechtsprechung gibt. Die BfA bemüht sich, in den Vordergrund zu stellen, daß ihre Aufgabe in der zeitlichen Bewertung des Restleistungsvermögens besteht und sich damit grundsätzlich von der Festlegung des Grades der Behinderung unterscheidet. Damit aber das qualitative oder positive und negative Leistungsprofil erstellt werden kann, sind nach der Leitlinie die Symptome, der Krankheitsverlauf und die Behandlung – unter Berücksichtigung der therapeutischen Möglichkeiten – im Längsschnittverlauf bei der Bewertung einzubeziehen. Warum wurde dann die Aussage des Sachverständigen im Schwerbehindertenverfahren zur Schwere meines Krankheitsverlaufes nicht berücksichtigt, obwohl sie aktuell war?

Dieser Bericht macht deutlich, mit welcher unglaublicher Ignoranz die BfA vorgeht. Sie setzt sich in keiner Weise mit den vorhandenen ärztlichen Unterlagen und den Begründungen des Versicherten auseinander. Sie verschleppt das Verfahren. Sie kommt ihren Aufgaben, die explizit aus eigenen Veröffentlichungen hervorgehen, einfach nicht nach. Sie kümmert sich nicht darum, welche psychischen und somatischen Folgen ihre Handlungsweise bei dem Antragsteller hervorruft.

Zur Zeit läuft meine Klage vor dem Sozialgericht. Sie stützt sich auf sämtliche vorgebrachten Argumente und führt die o.g. Fehler der BfA in der Bearbeitung meines Antrages auf eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente auf.

Mit freundlichen Grüßen

Michael R.

Literaturhinweise

- /1/ Erfahrungsbericht über die Anerkennung auf Schwerbehinderung von Michael Riegel, veröffentlicht im DCCV
- /2/ Sozialgesetzbuch SGB III
www.sozialgesetzbuch.de → Sozialgesetzbuch → Gesetze
- /3/ „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004)“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen MDS
www.mds-ev.de → Downloads → Begutachtungsrichtlinien
- /4/ „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR vom 22. März 2004
www.sgb-ix-umsetzen.de → Rehabilitationsleitlinien
- /5/ „Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung“ – SOMEKO- vom März 2004
www.vdr.de → Sozialmedizin → Sozialmedizinische Begutachtung/Beurteilung
- /6/ Sozialgesetzbuch SGB VI
www.sozialgesetzbuch.de → Sozialgesetzbuch → Gesetze
- /7/ Beschlüsse des Großen Senates des Bundessozialgerichtes vom 19.12.1996 (Az: GS 1-4/95), Katalog- und Seltenheitsfälle für die Begriffe „Summierung ungewöhnlicher Leistungsbeschränkungen“ und „schwere spezifische Leistungsbehinderungen“
- /8/ Ausführungen aufgrund eines Vortrages von Ursula Spiolek, Richterin am Sozialgericht Hamburg zur Frage der Verweisbarkeit Erwerbsgeminderter
- /9/ 1. überarbeitete Fassung von „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung“, Hinweise zur Begutachtung, vom September 2001, veröffentlicht von der BfA im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR
www.vdr.de → Sozialmedizin → Sozialmedizinische Begutachtung/Beurteilung
- /10/ Sozialgericht Gießen Az.: S-16/SB 1200/99
www.anwaltshaus-bad-nauheim.de → Fachgebiet Sozialrecht → SG Gießen, Merkzeichen „G“
- /11/ Urteil des Landessozialgerichtes für das Land Brandenburg Az.: L2 RA 130/01 vom 19.08.2003
www.sozialgerichtsbarkeit.de → Brandenburg → Entscheidungen → 2003 → 19.08.2003
- /12/ Urteil des Bayer. Landessozialgerichtes Az.: L 16 RJ 303/01 vom 11.09.2002
www.sozialgerichtsbarkeit.de → Entscheidungen → Suchmaske → Bayrisches LSG, Suchbegriff: Colitis ulcerosa
- /13/ AWMF-Leitlinie 074/004 vom März 2005
„Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten (CED)“

-Leitlinien für den beratungsärztlichen Dienst der BfA-

www.google.de → (AWMF 074/004)

- /14/** „Auswirkungen von Krankheiten der Verdauungsorgane“ von Dr. Eberhard Zillesen
www.lva-rheinprovinz.de → Broschüren und Zeitschriften Mitteilungen 11-12/2002
- /15/** „Anale Inkontinenz“ von Prof. Dr. G. Schürmann
DCCV, „Kurzfassungen“, Jahrestagung in der Medizinischen Hochschule Hannover