

auch tatsächlich enthält. Jede einzelne, im ICD-10 verschlüsselte Diagnose ist in allgemeinverständlicher Weise hinsichtlich ihrer funktionellen Relevanz zu erläutern. Schließlich werden auch z. B. funktionell vollkommen bedeutungslose Bildbefunde im ICD-10 verschlüsselt, was sich dem medizinischen Laien allerdings nicht ohne weiteres erschließt. An geeigneter Stelle des Gutachtens, am besten für jede Diagnose im Einzelnen, ist auf Inkonsistenzen hinzuweisen, so dass erneut auch für den medizinischen Laien erkennbar wird, weshalb Funktionseinbußen unter Umständen nicht im selbem Maße auch tatsächlich zu verzeichnen sind, wie sie vom Probanden angegeben werden. In der Begutachtung von Schmerzen sollte die einschlägige Leitlinie aus dem Jahr 2007 zu Grunde gelegt werden. Wie unter anderem dort vorgeschlagen wird, kann die Bestimmung von Medikamentenspiegeln in Serum oder Urin ergänzend hilfreich sein.

Auf diese Weise sollte es gelingen, qualitative Leistungseinschränkungen in einen unmittelbaren und plausiblen Bezug zu Gesundheitsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat zu bringen (z. B. keine Überkopfarbeit bei beiderseits erheblichen Verschleißumformungen der Schultergelenke). Schwieriger gestaltet sich die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens. In der Regel ist dabei zu unterscheiden, ob der/die Betroffene täglich mehr als sechs Stunden, unter drei Stunden bzw. drei bis unter sechs Stunden am Erwerbsleben teilnehmen kann, wobei der (fiktive) allgemeine Arbeitsmarkt zu Grunde gelegt wird. Ein weniger als sechsstündiges Leistungsvermögen, selbst für leichte körperliche Verrichtungen, überwiegend im Sitzen und mit den betriebsüblichen Ruhepausen, wird sich nur in seltenen Fällen begründen lassen. Zu denken ist dabei beispielsweise an entzündlich-rheumatische Krankheitsbilder mit massiver und irreversibler Zerstörung verschiedener Gelenke bzw. Wirbelsäulenabschnitte. Ein mehr als drei aber unter sechsstündiges Leistungsvermögen wird sich im Einzelfall kaum seriös begründen lassen, insbesondere wenn es nur knapp über drei bzw. gering unter sechs Stunden betragen soll. In derar-

tigen Fallgestaltungen ist mit besonderer Sorgfalt an der Begründung zu arbeiten.

Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht kann die Wegefähigkeit zum einen durch Gesundheitsstörungen an den unteren Extremitäten, zum anderen durch eine wirbelsäulen-assoziierte Schaufensterkrankheit reduziert sein. Die jeweilige Gesundheitsstörung ist vom Sachverständigen nicht nur bildgebend zu belegen. Vielmehr sind deren tatsächliche Auswirkungen auf das Gehvermögen möglichst plausibel darzulegen, beispielsweise unter Hinweis auf die muskuläre Trophik der Beine oder Seitendifferenzen in der Fußsohlenbeschwiellung. Auch seitenvergleichende Röntgenaufnahmen mit Nachweis einer „Inaktivitätsosteoporose“ können hilfreich sein. Auf andere Weise wird sich die Wegefähigkeit in aller Regel nicht beurteilen lassen. Selbst eine „Gehprobe“ kann vom Probanden bereits weit vor Erreichen des tatsächlichen Limits und unter Angabe entsprechender Beschwerden abgebrochen werden. Die rentenrechtlich einzufordernden 4 x 500 m täglich, jeweils unter einer Wegedauer von zwanzig Minuten, werden nur bei massiven Gesundheitsstörungen unterschritten. Auf Besserungsmöglichkeiten der Wegefähigkeit durch Hilfsmittel, beispielsweise orthopädisches Schuhwerk, muss aufmerksam gemacht werden, insbesondere wenn sich damit eine rentenmaßgebliche Verbesserung erzielen lässt.

Erst im Antragszeitraum erkannte und damit vorübergehend unbehandelt gebliebene Gesundheitsstörungen, beispielsweise auf rheumatologischem Gebiet oder durch langwierige Unfallfolgen, können – auf Grund der Dauer eines Rentenverfahrens – zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr zu einer maßgeblichen Leistungsminderung oder Beeinträchtigung der Wegefähigkeit führen. Bei rückschauender Betrachtung kann dies jedoch für eine gewisse Zeit vorübergehend bewirkt worden sein. Dieser Zeitraum ist anzugeben. Sofern er sechs Monate übersteigt, wird dadurch in aller Regel eine, ebenfalls vorübergehende, Leistungspflicht ausgelöst. Das gilt im Übrigen auch für alle anderen Gesundheitsstörungen mit zwar nachhaltigen, aber nur vorüberge-

henden Konsequenzen für Leistungsvermögen und Wegefähigkeit, v.a. wenn sie medizinisch behandel- und besserbar sind (z. B. Osteoporose). Falls zum Untersuchungszeitpunkt deshalb rentenmaßgebliche Einschränkungen bestehen, ist eine begründete, zeitliche Prognose zu wagen.

Fallbeispiel:

51 jähriger Proband, Antragstellung am 26.11.2006. Vordergründig Schmerzen am rechten Fuß bei – retrospektiv betrachtet – durchlaufener Sudeckscher Heilentgleisung, mit verbliebener, geringer Bewegungseinschränkung des Sprunggelenkes und Fußes. Angabe zahlreicher anderer Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat, unter anderem wirbelsäulenbezogen, was zur dauerhaften Einnahme von Ibuprofen zwingt. Objektivierbar darüber hinaus: ein konsolidierter Vorderkantenbruch des 12. Brustwirbels bei medikamentös behandelter Osteoporose. Innerhalb der Untersuchungssituation zahlreiche Inkonsistenzen, unter anderem Schmerzangabe an beiden Kniegelenken ohne organisches Korrelat. Labor-diagnostisch ist die tatsächliche Einnahme von Ibuprofen nicht zu bestätigen. Bildgebend im Bereich von Hals-, Brust und Lendenwirbelsäule im wesentlichen altergemäße Bandscheibenzermübrungen. Darüber hinaus die bekanntermaßen vorliegende Formveränderung des 12. Brustwirbelkörpers. Seitengleiche, typisch angelegte Fußsohlenbeschwiellung, keine Unterschiede im Muskelmantel der Beine, keine auffällige Reduktion des Mineralgehaltes am rechten Fuß in einer Röntgenaufnahme vom Untersuchungstag.

Insgesamt sind folgende Diagnosen nach ICD-10 zu verschlüsseln:

- Alterstypische, knöcherne Formveränderung an den Grund- und Deckplatten der unteren Halswirbelsäule (N47.82)
- Konsolidierter Bruch des 12. Brustwirbels bei medikamentös behan-