

Ärztliche Ersteinschätzung

Arbeitsmedizinisch-internistische Ersteinschätzung nach Aktenlage

Betrifft: Rente wegen voller Erwerbsminderung — Ablehnungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung, Widerspruchsverfahren

I Ausgangslage und Auftrag

Frau K., geboren 1965 (61 Jahre), gelernte Altenpflegerin, zuletzt als Lagerarbeiterin tätig, hat mich über ihre Rentenberaterin mit einer ärztlichen Ersteinschätzung nach Aktenlage beauftragt. Ihren Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 10.11.2025 hat die Deutsche Rentenversicherung mit Bescheid vom 27.02.2026 abgelehnt. Grundlage ist eine sozialmedizinische Stellungnahme nach Aktenlage vom 09.02.2026, die ohne persönliche Untersuchung ein Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, überwiegend im Sitzen, annimmt. Der Widerspruch wurde am 19.03.2026 fristgerecht eingelegt; die Begründung steht aus. Zu beurteilen ist, ob die Annahme dieses Leistungsvermögens aus arbeitsmedizinisch-internistischer Sicht methodisch tragfähig begründet ist und ob eine fachärztliche Stellungnahme im Widerspruchsverfahren Aussicht hat, die Bewertung zu erschüttern.

II Durchgesehene Unterlagen

- Ablehnungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 27.02.2026 mit zusammenfassender Wiedergabe der sozialmedizinischen Stellungnahme nach Aktenlage vom 09.02.2026
- Entlassungsbericht der medizinischen Rehabilitation (pneumologisch-kardiologisch), 18.08.2025: Sechs-Minuten-Gehtest 240 m, Belastungsdyspnoe bereits nach etwa 200 m Gehstrecke mit Pausenbedarf
- Lungenfunktionsbefund, Facharztpraxis für Pneumologie, 15.10.2025: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, FEV1 42 % des Sollwerts (GOLD-Grad 3)
- Echokardiographiebefund, kardiologische Gemeinschaftspraxis, 22.10.2025: linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF) 40 %, Herzinsuffizienz NYHA II–III
- Röntgenbefund beider Kniegelenke, 03.09.2025: Gonarthrose beidseits, Kellgren–Lawrence Grad III
- Hausärztliche Diagnoseliste: Diabetes mellitus Typ 2 mit Polyneuropathie; Adipositas (Body-Mass-Index 36)
- Pneumologischer Verlaufsbefund, 04.05.2026: FEV1 38 % des Sollwerts, zwei Exazerbationen seit Jahresbeginn, Beginn einer Sauerstoff–Langzeittherapie über 16 Stunden täglich
- Kardiologischer Verlaufsbefund, 11.05.2026: NT-proBNP 2.850 pg/ml, Eskalation der diuretischen Therapie
- Schreiben der Rentenberaterin vom 19.03.2026 (Widerspruch) samt Angaben zur letzten Tätigkeit im Lager (Kommissionieren, Heben und Tragen bis 15 kg, überwiegend im Gehen und

Stehen)

III Bewertung

Diagnostisch ist nach der Aktenlage von einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung im GOLD-Grad 3 mit Progredienz innerhalb weniger Monate (FEV1 42 % auf 38 % des Sollwerts), zwei Exazerbationen im laufenden Jahr und inzwischen bestehender Sauerstoffpflichtigkeit auszugehen; dazu eine chronische Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction (LVEF 40 %, NYHA II–III) mit laborchemischen Zeichen einer kardialen Belastung (NT-proBNP 2.850 pg/ml) und Therapieeskalation; ferner ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Polyneuropathie, eine Adipositas und eine beidseitige Gonarthrose Grad III.

Die sozialmedizinische Stellungnahme, auf die sich der Bescheid stützt, ist aus arbeitsmedizinischer Sicht an drei Punkten methodisch angreifbar:

Erstens wird das Leistungsvermögen nicht aus den vorliegenden Funktionsbefunden hergeleitet. Die Rentenversicherung verlangt von ihren Gutachtern, das Stundenmaß „nachvollziehbar“ zu begründen und das Leistungsbild aus den erörterten Gesundheitsstörungen abzuleiten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Die Stellungnahme referiert die Diagnosen, bewertet aber weder die Schwere der Obstruktion (ein FEV1 unter 50 % des Sollwerts kennzeichnet nach der internationalen GOLD-Klassifikation eine schwere Atemflusslimitation; GOLD 2024) noch die eingeschränkte Pumpfunktion des Herzens (eine LVEF von 40 % und darunter definiert nach der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction; McDonagh et al. 2021) — und vor allem nicht deren Zusammenwirken. Eine Belastungsuntersuchung (Ergometrie, Spiroergometrie), aus der sich eine Dauerleistungsgrenze für einen Arbeitstag ableiten ließe (Weidemann et al. 1997; Rüdiger 2010), liegt nicht vor und wurde nicht veranlasst. Der einzige objektive Belastungsbefund der Akte, der Sechs-Minuten-Gehtest der Rehabilitationsklinik mit 240 m, wird nicht erwähnt; er liegt weit unter dem für gesunde Erwachsene dieses Alters zu erwartenden Bereich (Enright und Sherrill 1998) und spricht nach dem Standard der europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften für eine erheblich eingeschränkte Belastbarkeit (Holland et al. 2014). Die Formel „sechs Stunden und mehr für leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen“ steht damit ohne Befundgrundlage.

Zweitens wird die Wegefähigkeit nicht geprüft, obwohl die Akte dazu einen konkreten Befund enthält. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gilt als erwerbsgemindert auch, wer nicht viermal täglich Wegstrecken von mehr als 500 m in jeweils unter 20 Minuten zurücklegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel zur Hauptverkehrszeit benutzen kann; die Rentenversicherung verlangt von ihren Gutachtern deshalb ausdrücklich Angaben zur Gehstrecke und zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Bei einer Gehstrecke von 240 m in sechs Minuten mit Dyspnoe und Pausenbedarf nach etwa 200 m ist die Wegefähigkeit nach Aktenlage ernsthaft in Frage gestellt. Dass diese Frage in der Stellungnahme nicht einmal aufgeworfen wird, ist ein methodischer Mangel — unabhängig davon, wie sie am Ende zu beantworten ist; die rechtliche Bewertung obliegt nicht dem medizinischen Sachverständigen.

Drittens stützt sich die Stellungnahme auf Befunde vom Oktober 2025, während die im Widerspruch nachgereichten Verlaufsbefunde vom Mai 2026 eine deutliche Progredienz belegen: Abfall der Einsekundenkapazität, wiederholte Exazerbationen, Einleitung einer Sauerstoff-Langzeittherapie, kardiale Dekompensationszeichen mit Therapieeskalation. Nach den sozialmedizinischen Leitlinien der Rentenversicherung sind wiederholte Exazerbationen und eine

Sauerstoffpflichtigkeit schwerwiegende Kriterien der Leistungsbeurteilung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010). Die Rentenversicherung verlangt zudem, Diskrepanzen zwischen Aktenlage und vorgelegten Befunden darzustellen und den Zeitpunkt des Leistungsfalls zu begründen. Beides ist auf der Grundlage der aktuellen Befunde neu zu bewerten. Ob die qualitativen Einschränkungen — Atemwegsreize, Kälte und Nässe, Heben und Tragen, überwiegendes Gehen und Stehen bei Gonarthrose, Pausenbedarf unter Sauerstofftherapie — in ihrer Summe den allgemeinen Arbeitsmarkt verschließen, ist eine rechtliche Frage; die medizinische Voraussetzung dafür, nämlich die konkrete Benennung jeder einzelnen Einschränkung, fehlt in der Stellungnahme vollständig.

IV Empfehlung

Die Einholung einer arbeitsmedizinisch-internistischen Stellungnahme nach Aktenlage für das Widerspruchsverfahren halte ich in diesem Fall für sinnvoll. Die Ausgangslage ist überdurchschnittlich günstig, weil objektive Funktionsbefunde (Lungenfunktion, Echokardiographie, Sechs-Minuten-Gehtest, Labor) bereits vorliegen und die Ablehnung gerade an der fehlenden Verwertung dieser Befunde ansetzt — die Angriffspunkte sind dokumentiert und nicht erst zu beschaffen. Die Stellungnahme sollte das Leistungsbild positiv und negativ aus den Befunden herleiten, die Wegefähigkeit ausdrücklich behandeln und die Progredienz seit Oktober 2025 mit den Kriterien der sozialmedizinischen Leitlinien abgleichen.

Zur Ehrlichkeit gehört: Eine Stellungnahme nach Aktenlage kann die Bewertung der Rentenversicherung methodisch erschüttern und den Widerspruchsausschuss zu einer erneuten medizinischen Prüfung, gegebenenfalls mit persönlicher Untersuchung, veranlassen; sie garantiert keine Rente, und über die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die Frage einer Arbeitsmarktrente und die Fristen entscheidet nicht der medizinische Sachverständige. Bleibt der Fall streitig, wäre in einem zweiten Schritt die Objektivierung der kardiopulmonalen Belastbarkeit durch Spiroergometrie und Blutgasanalyse — in meiner Ordination oder nach Protokoll bei einem Facharzt am Wohnort — der methodisch stärkste Weg; im Klageverfahren käme daneben ein Gutachten auf Antrag nach § 109 SGG in Betracht, das das Gericht selbst in Auftrag gibt.

V Fehlende Unterlagen

Für eine belastbare Stellungnahme nach Aktenlage sollten ergänzend vorgelegt werden:

- die sozialmedizinische Stellungnahme vom 09.02.2026 im vollständigen Wortlaut (nicht nur die Zusammenfassung im Bescheid) samt dem der Rentenversicherung vorliegenden Befundverzeichnis
- die Blutgasanalyse, auf die sich die Verordnung der Sauerstoff-Langzeittherapie stützt, sowie eine Bodyplethysmographie mit Diffusionskapazität
- ein aktueller Medikationsplan und die Verlaufswerte des Diabetes (HbA1c) mit dem neurologischen Befund zur Polyneuropathie
- die Selbstauskunft zum Tagesablauf und zur Gehstrecke aus dem Rentenantrag sowie Angaben zur Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel vom Wohnort
- eine detaillierte eigene Beschreibung der letzten Tätigkeit im Lager (Zeitanteile Gehen, Stehen, Heben und Tragen, Schichtzeiten)

VI Methodische Grundlage und Grenzen

Eine eigene Befundaufnahme (Anamnese, Status, EKG, Ergometrie, Lungenfunktion) hat im Rahmen dieser Ersteinschätzung nicht stattgefunden.

Die vorstehende ärztliche Ersteinschätzung beruht ausschließlich auf den mir übermittelten schriftlichen Unterlagen (Aktenlage). Eine persönliche Untersuchung, Exploration oder Befragung der begutachteten Person hat nicht stattgefunden und war nicht Gegenstand des Auftrags. Die Beurteilung ist auf die vorgelegten Befunde beschränkt; später vorgelegte oder bislang nicht erhobene Befunde können zu einer abweichenden Einschätzung führen. Diese Ersteinschätzung ersetzt kein vollständiges Sachverständigengutachten mit eigener Untersuchung und ist keine Rechtsberatung.

Wien, am 03.09.2026

Prim. Priv.-Doz. Dr. Robert Winker

Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger

Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin

(im Original: eigenhändige Unterschrift und Stempel)

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung — Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 21. 2. Aufl. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2010.

Enright PL, Sherrill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. Am J Respir Crit Care Med 1998;158(5):1384–1387. doi:10.1164/ajrccm.158.5.9710086.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2025 Report. GOLD; 2024.

Holland AE, Spruit MA, Troosters T, et al. An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. Eur Respir J 2014;44(6):1428–1446. doi:10.1183/09031936.00150314.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021;42(36):3599–3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368.

Rüdiger HW. Performance level and its maintenance in the elderly. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 2010;45(4):154–158.

Weidemann H, Elsässer D, Theissen P. Die beruflich-soziale Wiedereingliederung des Koronarkranken. Der Medizinische Sachverständige 1997;93(3):81–88.

Dieses Muster zeigt Struktur und Tiefe der Ersteinschätzung anhand eines vollständig fiktiven Falls; es enthält keine echten Patientendaten. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Wegefähigkeit: B 5 RJ 51/04 R und B 13 R 79/11 R.