

MUSTER — FIKTIVER BEISPIELFALL Dieses Dokument zeigt
Kaufinteressenten Struktur, Methodik und Tiefe der ärztlichen Ersteinschätzung.
Sämtliche Personen, Daten, Befunde und Institutionen sind frei erfunden;
Übereinstimmungen mit realen Personen wären zufällig. Es enthält keine echten
Patientendaten.

Ärztliche Ersteinschätzung

Arbeitsmedizinisch-internistische Ersteinschätzung nach Aktenlage

Betrifft: Leistungsfähigkeit im Beruf als Kraftfahrer im Fernverkehr — Ablehnung von Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

I Ausgangslage und Auftrag

Herr M., geboren 1969 (57 Jahre), Berufskraftfahrer im Fernverkehr, hat mich mit einer ärztlichen Ersteinschätzung nach Aktenlage beauftragt. Sein Berufsunfähigkeitsversicherer hat den Leistungsantrag mit Schreiben vom 14.05.2026 unter Verweis auf eine „ausreichende Restleistungsfähigkeit“ abgelehnt; Grundlage ist ein vom Versicherer eingeholtes Gutachten nach Aktenlage. Zu beurteilen ist, ob diese Ablehnung aus arbeitsmedizinisch-internistischer Sicht methodisch tragfähig begründet ist und ob die Einholung eines eigenen Gutachtens Aussicht auf Erfolg hätte.

II Durchgesehene Unterlagen

- Ablehnungsschreiben des Berufsunfähigkeitsversicherers samt zusammenfassender Wiedergabe des Versicherergutachtens nach Aktenlage, 14.05.2026
- Kardiologischer Befundbericht, Facharztpraxis für Kardiologie, 12.08.2025: Fahrradergometrie mit einer Maximalleistung von 100 Watt, Abbruch wegen Angina pectoris; echokardiographisch linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF) 45 %
- Entlassungsbericht Kardiologie (stationär), 15.03.2024: koronare 3-Gefäß-Erkrankung, perkutane Koronarintervention mit Stentimplantation
- Entlassungsbericht Anschlussrehabilitation (kardiologisch), 07.05.2024
- Tätigkeitsbeschreibung des Arbeitgebers, 22.01.2026: Fernverkehr, regelmäßige Ladetätigkeit (Ladungssicherung, Be- und Entladen), Termindruck, wechselnde Schicht- und Nachtfahrten
- Aktueller Medikationsplan, 03.06.2026

III Bewertung

Diagnostisch ist nach der Aktenlage von einer koronaren 3-Gefäß-Erkrankung mit Zustand nach Stentimplantation 03/2024, fortbestehender belastungsabhängiger Angina pectoris und einer leichtgradig eingeschränkten linksventrikulären Pumpfunktion (LVEF 45 %) auszugehen.

Das Versicherergutachten ist aus arbeitsmedizinischer Sicht an drei Punkten methodisch angreifbar:

Erstens fehlt ein nachvollziehbares quantitatives Leistungskalkül. Die Formel „ausreichende Restleistungsfähigkeit“ wird nicht aus einem Belastungsbefund abgeleitet, obwohl ein solcher in der Akte vorliegt. Als Dauerleistungsgrenze bei der Arbeit, bezogen auf einen 8-Stunden-Tag, werden ca. 40 % der maximalen ergometrischen Leistungsfähigkeit als zumutbar angesehen (Weidemann et al. 1997; Rüdiger 2010). Bei der dokumentierten Maximalleistung von 100 Watt entsprechen 40 % einer Dauerleistungsgrenze von rund 40 Watt; das entspricht leichter bis allenfalls mittelschwerer körperlicher Arbeit (Reibis et al. 2017 zur Zuordnung der Arbeitsschwere). Schwere körperliche Arbeit, wie sie beim Be- und Entladen sowie bei der Ladungssicherung phasenweise anfällt, ist damit nicht gedeckt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Ergometrie nicht ausbelastet, sondern symptomlimitiert wegen Angina pectoris abgebrochen wurde — die 100 Watt markieren also keine Ausbelastung, sondern die Ischämieschwelle; das spricht für eine eher konservative Auslegung des Kalküls in Richtung leichter Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen und ohne Belastungsspitzen.

Zweitens fehlt der Abgleich mit dem konkreten Berufsbild. Für die Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht die abstrakte Einsetzbarkeit am Arbeitsmarkt maßgeblich, sondern das tatsächliche Tätigkeitsprofil. Dieses umfasst hier neben dem Fahren regelmäßige Ladetätigkeit, Arbeiten unter Termindruck sowie Schicht- und Nachtfahrten. Qualitative Einschränkungen — Zumutbarkeit von Arbeiten unter besonderem Zeitdruck und von Nacht- und Schichtdiensten bei symptomatischer koronarer Herzkrankheit — werden im Versicherergutachten nicht geprüft. Nicht adressiert ist ferner die Fahreignungsfrage: Das berufliche Führen von Lastkraftwagen fällt in die Gruppe 2 der Fahrerlaubnisklassen, für die nach den Begutachtungsleitlinien zur Krafftfahreignung (Gräcmann und Albrecht 2022) bei koronarer Herzkrankheit mit fortbestehender belastungsabhängiger Symptomatik deutlich strengere Anforderungen gelten als für Privatfahrer. Ein Gutachten, das die Restleistungsfähigkeit eines Berufskraftfahrers bejaht, ohne diese Frage zu behandeln, ist unvollständig.

Drittens werden die kardiologischen Befunde nicht arbeitsmedizinisch übersetzt. Die erneute belastungsabhängige Angina pectoris nach Revaskularisation ist gemäß der ESC-Leitlinie zum chronischen Koronarsyndrom (Vrints et al. 2024) ein abklärungsbedürftiger Befund; das Versicherergutachten übernimmt die kardiologischen Diagnosen lediglich referierend, ohne daraus Konsequenzen für Arbeitsschwere, Belastungsspitzen und Schichttauglichkeit abzuleiten.

IV Empfehlung

Die Einholung eines arbeitsmedizinisch-internistischen Gutachtens nach Aktenlage halte ich in diesem Fall für sinnvoll. Die Ausgangslage ist überdurchschnittlich günstig, weil ein zeitnaher, objektiver Belastungsbefund (symptomlimitierte Ergometrie 08/2025) bereits vorliegt und die Ablehnung des Versicherers gerade an der fehlenden Auswertung dieses Befundes ansetzt — die Angriffspunkte sind also dokumentiert und nicht erst zu beschaffen.

Zur Ehrlichkeit gehört: Ein Gutachten nach Aktenlage kann die Bewertung des Versicherers methodisch erschüttern und eine Neubewertung oder ein Gutachten mit persönlicher Untersuchung erzwingen helfen; es garantiert keinen Leistungsbezug, und über die versicherungsvertraglichen und rechtlichen Fragen (Berufsunfähigkeitsgrad, Verweisklauseln, Fristen) entscheidet nicht der medizinische Sachverständige. Sollte der Fall streitig bleiben, wäre in einem zweiten Schritt ein Vollgutachten mit eigener Untersuchung einschließlich aktueller Fahrradergometrie zur Bestimmung der Dauerleistungsgrenze der methodisch stärkste Weg.

V Fehlende Unterlagen

Für ein belastbares Gutachten nach Aktenlage sollten ergänzend vorgelegt werden:

- das Versicherergutachten im vollständigen Wortlaut (nicht nur die Zusammenfassung im Ablehnungsschreiben)
- der vollständige Herzkatheterbefund 03/2024 (Koronarstatus, Vollständigkeit der Revaskularisation)
- ein aktueller kardiologischer Verlaufsbefund einschließlich Echokardiographie (letzter LVEF-Wert vom 12.08.2025)
- die Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (maßgebliche Berufsunfähigkeitsdefinition, Verweisungsregelung)

- eine detaillierte eigene Tätigkeits- und Stundenaufstellung (Anteile Fahren, Ladetätigkeit, Nachtfahrten)

VI Methodische Grundlage und Grenzen

Eine eigene Befundaufnahme (Anamnese, Status, EKG, Ergometrie) 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.

Wien, am 12.08.2026

Prim. Priv.-Doz. Dr. Robert Winker Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin

(im Original: eigenhändige Unterschrift und Stempel)

Dieses Muster zeigt Struktur und Tiefe der Ersteinschätzung anhand eines vollständig fiktiven Falls; es enthält keine echten Patientendaten.

Literatur

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

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

Reibis R, Salzwedel A, Falk J, Völler H. Return to Work after Acute Myocardial Infarction. Dtsch Med Wochenschr 2017;142(8):617–624.

Gräcmann N, Albrecht M. Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 115. Bergisch Gladbach: BASt; Stand Juni 2022.

Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2024;45(36):3415–3537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177. PMID 39210710.