

Heuristik-Projekt (HeP)

Projekt zur Untersuchung ärztlicher Entscheidungsprozesse bei
Erwerbsminderungsrenten

Projekttitle:

***„Untersuchung der Grundlagen von ärztlichen
Entscheidungsprozessen im Rentenantragsverfahren (HeP)“***

(Az.: 1207-10-0040-22)

– Endbericht –

Gefördert durch:

Deutsche Rentenversicherung Bund



**Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät IV
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstr. 36, 10117 Berlin**

Projektleitung

Prof. Dr. Ernst von Kardorff
Dr. Heike Ohlbrecht

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Dorothea Tegethoff
Dipl. Päd. (Rehab.) Susanne Bartel

Studentische Mitarbeiterinnen

Madelaine Brückner
Mandy Seefeldt

Werkauftrag: Sören Carlson, Dipl.-Soz.

Projektlaufzeit: 01.08.2010 –31.12.2011

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| Vorwort..... | 6 |
| 1. Einleitung..... | 13 |
| 1.1 Auftrag | 15 |
| 1.2 Fragestellungen | 17 |
| 1.3 Feldzugang und Datenschutz..... | 19 |
| 2. Sozialmedizinische und prüfärztliche Begutachtung | 20 |
| 2.1 Hintergrund | 20 |
| 2.2 Stand der Forschung zur sozialmedizinischen Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren | 21 |
| 2.3 EM-Renten Begutachtung in der DRV – Kernbereiche und Rahmenbedingungen der Aktenlageentscheidungen | 30 |
| 3. Entscheidungen und Entscheidungen im Blickpunkt der Forschung..... | 40 |
| 3.1 Psychologische Grundlagen von Entscheidungstheorien | 44 |
| 3.1.1 Psychologische Forschung zu Entscheidungen unter Unsicherheit..... | 44 |
| 3.1.2 Heuristiken und systematische Verzerrungsfaktoren (bias) | 47 |
| 3.1.3 Medical Decision Making..... | 51 |
| 3.2 Routineentscheidungen in Organisationen (Soeren Carlsson)..... | 55 |
| 3.2.1 Entscheiden als rationale Wahl | 55 |
| 3.2.2 Entscheiden durch Situationswiedererkennung – „Naturalistic decision making“..... | 56 |
| 3.2.3 Mikropolitische Spiele in Organisationen als Teil von Entscheidungsprozessen..... | 58 |
| 3.2.4 Routinen in Organisationen | 60 |
| 3.2.5 Entscheiden nach Regeln?..... | 62 |
| 3.2.6 Entscheiden als soziale Praxis | 69 |
| 3.2.7 Artefakte als Akteure in Entscheidungsprozessen..... | 70 |
| 3.2.8 Fazit | 75 |
| 3.2.9 Synthese des Forschungsstandes und Perspektiven für das Forschungsprojekt..... | 75 |
| 4. Forschungsdesign | 79 |
| 4.1 Übersicht und Kurzdarstellung der Methoden..... | 79 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.2 | Die Forschungsmethoden im Überblick | 81 |
| 4.2.1 | Experteninterviews mit der Leitungsebene | 81 |
| 4.2.2 | Interne und externe Aktenanalyse | 83 |
| 4.2.3 | Leitfadeninterviews mit Prüfärztinnen und Prüfärzten des sozialmedizinischen Dienstes..... | 86 |
| 4.2.4 | Think-Aloud Methode und retrospektive Befragung | 87 |
| 4.2.5 | Shadowing/Beobachtungen..... | 94 |
| 5. | Ergebnisse..... | 96 |
| 5.1 | Ergebnisse aus den Experteninterviews: Rahmung und Ablauf der Entscheidungsprozesse | 97 |
| 5.1.1 | Rolle des Prüfarztes | 97 |
| 5.1.2 | Der Stellenwert prüfärztlicher Tätigkeit in Organisation | 99 |
| 5.1.3 | Besondere Herausforderungen im Begutachtungsprozess der Entscheidungen nach Aktenlage | 100 |
| 5.1.4 | Externe Gutachten | 101 |
| 5.1.5 | Unsicherheitsfaktoren bei der Entscheidungsfindung – Die Frage der Objektivierbarkeit | 102 |
| 5.1.6 | Zur Berücksichtigung von Kontextfaktoren und Arbeitsmarkt..... | 105 |
| 5.1.7 | Einflussfaktoren auf Entscheidungen nach Aktenlage | 108 |
| 5.2 | Ergebnisse der Aktenanalyse: Dokumente als Grundlage der Entscheidung..... | 110 |
| 5.2.1 | Der Aufbau (Gliederung) der Akte | 110 |
| 5.2.2 | Der Begutachtungsverlauf eines Falles nach Aktenlage..... | 113 |
| 5.3 | Ergebnisse aus Interviews, Think-Aloud und retrospektiven Besprechungen | 116 |
| 5.3.1 | Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen | 116 |
| 5.3.2 | Beurteilung der medizinischen Dokumente | 117 |
| 5.3.3 | Verfahrensarten | 121 |
| 5.3.4 | Der Versicherte und sein Lebenskontext..... | 130 |
| 5.3.5 | Die Erstellung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens..... | 133 |
| 5.3.6 | Differenzierung zwischen orthopädischen und psychiatrisch/neurologisch/psychosomatischen Fällen..... | 140 |
| 5.3.7 | Stile der Aktenbearbeitung | 142 |
| 5.3.8 | Dokumentation der Entscheidung..... | 144 |
| 5.3.9 | Prüfärzte als individuelle Personen | 145 |
| 5.3.10 | Zum Sonderfall der psychiatrischen Referenten..... | 148 |
| 5.3.11 | Organisation und Verwaltung, eigenes Professionsverständnis..... | 148 |
| 5.3.12 | Die „Wenn sie drei Wünsche frei hätten“ Frage | 151 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 5.4 | Ergebnisse der Aktenanalyse durch externe Experten | 152 |
| 6. | Zusammenfassung der Ergebnisse und weiter gehende Perspektiven | 154 |
| 6.1 | Zusammenfassung der Ergebnisse | 157 |
| 6.1.1 | Heuristiken im Entscheidungsprozess | 157 |
| 6.1.2 | Ablehnung und bei Bewilligung | 164 |
| 6.1.3 | Hintergrund und Rahmenbedingungen von Entscheidungsprozessen..... | 164 |
| 6.1.4 | Profession und Organisation | 166 |
| 6.1.5 | Zur Rolle der doppelten Professionalisierung: vom Arzt zum sozialmedizinischen Gutachter, von der Klinik in die Verwaltungsorganisation | 167 |
| 6.1.6 | Ansatzpunkte zur Optimierung | 176 |
| 6.2 | Ausblick..... | 181 |
| 7 | Literatur | 183 |
| 8 | Anhang..... | 192 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Symbolische Darstellung der Entscheidung nach Aktenlage..... | 17 |
| Abbildung 2: Einflussfaktoren der Erwerbsfähigkeit (nach VDR 2001)..... | 35 |
| Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung des Forschungsdesigns | 80 |
| Abbildung 4: Design und Verknüpfung der Daten | 80 |
| Abbildung 5: Verteilung der Leitindikationen bei EM Antragstellung insgesamt (N = 101)..... | 89 |
| Abbildung 6: Leitindikationen Frauen (N = 55)..... | 89 |
| Abbildung 7: Leitindikationen Männer (N = 49) | 90 |
| Abbildung 8: Auswertungsschema..... | 93 |
| Abbildung 9: Differenzierung der Fälle nach Verfahrensarten (N = 101)..... | 122 |
| Abbildung 10: Kodierung eines EM-Rentenantrags im Widerspruchsverfahren | 143 |
| Abbildung 11: Fallbezogene Abwägungen..... | 161 |
| Abbildung 12: Gewichtung einzelner Einflussfaktoren bei der Entscheidung | 163 |
| Abbildung 13: Rahmenmodell prüfärztlicher Tätigkeit | 165 |
| Abbildung 14: Professionsverständnis - Gegenseitige Legitimation | 172 |
| Abbildung 15: Professionsverständnis: Professionelle Blickwinkel..... | 174 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Übersicht der Prüfärzte (N = 19) | 89 |
| Tabelle 2: Übersicht der EM Antragsteller (N = 101)..... | 89 |

Anhangsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Anhang A: Datenschutzkonzept | 192 |
| Anhang B: Überblick Arbeitspakete Heuristik-Projekt | 199 |
| Anhang C: Zeitplan (Stand August 2010) | 201 |
| Anhang D: Interviewleitfaden - Experten..... | 202 |
| Anhang E: Maske für die Auswertung der Akten..... | 204 |
| Anhang F: Interviewleitfaden - Prüfärzte..... | 206 |
| Anhang G: Infoschreiben Prüfärzte..... | 209 |
| Anhang H: Transkriptionsrichtlinien | 211 |
| Anhang I: Fallbeispiel P5/TAM 6 „ein bisschen dick, und dann waren die Knie kaputt“ | 212 |
| Anhang J: Fallbeispiel P11/TAM 3 „friesisch herb“ | 218 |
| Anhang K: Fallbeispiel P1/TAM 1 „Eigentlich ist alles rund“..... | 224 |
| Anhang L: Fallbeispiel P3/TAM 1 „das kommt vielleicht jetzt erstmal etwas überraschend“..... | 231 |

Vorwort

Das Thema „Entscheidung“ hat es aus der Wissenschaft inzwischen in die Öffentlichkeit und ins Feuilleton gebracht: Da ist mit Blick auf aktuelle Studien aus den Neurowissenschaften davon zu lesen, dass das Gehirn sich in alltäglichen, aber auch in kritischen Situationen aufgrund bestimmter Signale aus der Umgebung oder aus dem Gedächtnis schon für eine Handlungsoption entschieden habe, bevor dies der betreffenden Person überhaupt zu Bewusstsein gekommen sei. Oder es ist typisierend die Rede von defensiven, an bürokratischen Routinen orientierten Entscheidungen im Gegensatz zu riskanten, von monologischen im Gegensatz zu partizipativen Entscheidungen oder von intuitiven Entscheidungen, die „aus dem Bauch heraus“ getroffen, den rein rationalen „Kopfentscheidungen“ entgegengesetzt werden. Die Aufmerksamkeit für Prozesse des Entscheidens und für Entscheidungen scheint ebenso wie die gerade erwähnten unterschiedlichen Deutungen auf eine Krise des Entscheidens hinzuweisen, auf die individuelle wie kollektive Akteure jeweils ganz unterschiedlich reagieren. Hier wird in der öffentlichen Debatte verspätet sichtbar, was in der Organisationsforschung spätestens seit Mitte der 50er Jahre diskutiert wurde und heute weitgehender Konsens ist: Die Krise des idealen Modells der rationalen Entscheidung. Ursprünglich mit Blick auf Wirtschaftsunternehmen entwickelt, zeigte sich bald auch für bürokratische Organisationen und die dort handelnden Personen, dass Entscheidungen dem Idealmodell vollständiger Rationalität nur sehr angenähert folgen, vielfältig determiniert sind und Entscheidungsprozesse auch organisationsbedingten, institutionellen, professionsbedingten, politischen und persönlichen Eigenlogiken folgen. Schließlich müssen Entscheider die ja durchaus in Organisationen vorliegenden rational ausgedachten allgemeinen Entscheidungsregeln dem individuellen Fall anpassen, Unsicherheiten abwägen und Konsequenzen ad hoc und oft auch nach Opportunitäten bewerten. Damit wird das Entscheiden ein Prozess der Interpretation einer komplexen Gemengelage, die ihre Qualität auch durch eine gewisse Unschärfe gewinnt und Entscheidungen im Rückblick als Ergebnis auch begründet anders möglicher, komplex determinierter Wahlen erscheinen. Nicht zuletzt werden Entscheidungen auch von Erfahrungen, Gewohnheiten, Vorlieben, emotionalen „Irritationen“, von Interessen und machtgeprägten Abhängigkeiten und Opportunitäten geprägt, die oft latent bleiben (müssen). All dies bedeutet nicht, dass Entscheidungen nun als irrational oder beliebig betrachtet werden könnten; vielmehr geht man heute davon aus, dass sie einer begrenzten Rationalität („bounded rationality“) unterliegen, wie der Nobelpreisträger für Wirtschaft 1978, Herbert Simon, es schon Mitte der 50er Jahre formulierte (vgl. auch: Simon 1959). Seit diesen ersten wissenschaftlichen Studien ist eine unüberschaubare Anzahl von Veröffentlichungen in der Organisationssoziologie, der Betriebswirtschaft, der Organisationspsychologie bis hin zum

sogenannten Medical Decision Making entstanden, die die Mechanismen von Entscheidungsprozessen analysieren und besser verstehen und auf dieser Basis die Ergebnisse von Entscheidungen verbessern (optimieren), effizienter gestalten und transparenter machen möchten. Dies betrifft Entscheidungen in Krisenfällen (wie etwa in der Notfallmedizin, bei Störfällen in technischen Anlagen, bei Katastropheneinsätzen, etc.) nicht zuletzt aber auch die Unzahl täglich anfallender Routineentscheidungen in Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Justiz und Medizin. Der größte Teil von Entscheidungen in Organisationen sind meist unspektakuläre Routineentscheidungen, die gleichwohl für geordnete, akzeptierte und reibungslose Abläufe in einer Vielzahl gesellschaftlicher Funktionsbereiche unverzichtbar, folgenreich für die Organisation wie für die von ihr behandelten Personen und Sachverhalte sind und nicht zuletzt Systemvertrauen garantieren. Damit kommt einer wissenschaftlichen Analyse von Routineentscheidungen eine große Bedeutung zu. Dazu gehören auch die sozialmedizinischen Entscheidungen wie im Fall der vorliegenden Studie Entscheidungen über Anträge zur Gewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Eine Untersuchung der dabei ablaufenden Entscheidungsprozesse und der bei Entscheidern wirksamen Heuristiken, der Entscheidungsregeln und der Regeln im Umgang mit unklaren oder schwierigen Fällen, die Art und Richtung der Nutzung von Entscheidungsspielräumen lag im Interesse des Auftraggebers, der Abteilung Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Ein Anliegen des Auftraggebers bestand darin, auf der Basis einer mikrosozialen Analyse der Entscheidungsprozesse mehr über die tatsächlich bei den Routineentscheidungen ablaufenden Vorgänge zu erfahren und sie besser zu verstehen, um ggf. darauf aufbauend konzeptionelle und praktisch relevante Hinweise für eine Verbesserung von Entscheidungsprozessen zu gewinnen sowie die Komplexität der beteiligten Entscheidungsparameter besser einordnen und bewerten zu können. Bei der Untersuchung der Entscheidungsprozesse und der Beurteilung ihrer Ergebnisse haben wir unterschiedliche Perspektiven einbezogen, die entsprechend des Forschungsstandes aus Psychologie, Medical Decision Making und Soziologie als bedeutsam angesehen werden: der Blick auf die entscheidenden *Personen* - u.a. auf ihre Entscheidungsstile und auf Entscheidungsheuristiken, auf ihre Prägung durch ihre professionelle Ausbildung und ihre berufliche Sozialisation, ihre persönlichen Haltungen, ihre Einbindung in Teams -, auf die Rolle der *Organisation* und ihre Entscheidungsabläufe und -vorgaben, auf den *Entscheidungsgegenstand* selbst und die damit verbundenen Konsequenzen und schließlich auf die *Konstellationen*, unter denen Entscheidungen stattfinden. Entsprechend des Forschungsauftrags lag ein besonderer Schwerpunkt auf der Beantwortung der Frage, welcher Entscheidungsheuristiken sich sozialmedizinische Gutachter bedienen, wenn sie in einer großen Organisation wie der Deutschen Rentenversicherung eine Vielzahl von Routineentscheidungen von Anträgen auf eine Erwerbsminderungsrente aufgrund vorlie-

gender Versicherungsverläufe, Befunde und ärztlicher Gutachten treffen. Insbesondere ging es darum, wie angesichts unvollständiger Informationen individuelle Fallkonstellationen auf der Basis sozialmedizinischer Expertise und sozialrechtlicher und verwaltungsinterner Vorgaben interpretiert und das Anliegen der Antragsteller beschieden wird, welche Überlegungen dabei eine Rolle spielen und welche Einflüsse, etwa der Organisation, dabei wirksam werden.

Untersuchungen in großen Organisationen sind in vielfacher Hinsicht sensibel und durch einen schwierigen Feldzugang gekennzeichnet. Herr Dr. Irle und Herr Gehrke haben uns hierbei intensiv beraten und unterstützt, sie haben uns mit aktuellem Material versorgt und die Zwischenergebnisse mit uns wiederholt kritisch und zugleich wohlwollend diskutiert; hierfür danken wir sehr. Die Gewinnung von Teilnehmern/-innen für die Studie war nicht immer ganz einfach und nicht immer von Erfolg gekrönt, so dass wir auf einige der ursprünglich vorgesehenen Vorhaben (etwa das Shadowing) verzichten mussten, an internen Vorbereitungskursen, die der Einarbeitung neu eingestellter Prüfärzte dienen, nicht teilnehmen und auch unser geplantes Mengengerüst nicht vollständig realisieren konnten. Umso mehr möchten wir uns bei Abteilungsleitern/-innen und Prüfärzten/-innen bei der DRV Bund sowie bei den beteiligten Regionalträgern ganz herzlich bedanken, die sich mit ihrer Zeit, mit ihrer Expertise und mit großer Neugier und wohlwollendem Interesse für Gespräche, für die Think-Aloud Methode, für Interviews und für Nachfragen zur Verfügung gestellt haben. Besonders hervorheben möchten wir das Engagement von Frau Dr. Horn, die uns durch die aufwändige Bereitstellung von Akten (auch unter widrigen Umständen) und zahllose wichtige Hinweise unterstützte und für unsere oft naiven Nachfragen immer ein offenes Ohr hatte.

Abschließend möchten wir uns bei der DRV-Bund für die finanzielle Förderung der Studie bedanken - auch dafür, dass wir erste Ergebnisse auf der Tagung der sozialmedizinischen Dienste der Deutschen Rentenversicherung in Düsseldorf am 10.11.2011 bereits einem kritischen Publikum vorstellen durften.

Prof. Dr. Ernst von Kardorff und Dr. Heike Ohlbrecht

Berlin im Dezember 2011

Leseanleitung

Der vorliegende Forschungsbericht ist recht umfangreich ausgefallen. Daher möchten wir dem Text eine kurze Leseanleitung für Leser mit unterschiedlichen Interessenschwerpunkten und Zeitbudgets voranstellen:

- Der ganz eilige Leser kann sich einen ersten Überblick über die Studie durch die Lektüre des Executive Summary und die die jedem Hauptkapitel und den größeren Unterabschnitten vorangestellten grau unterlegten Zusammenfassungen verschaffen.
- Das Anliegen der Studie, die zentralen Überlegungen und die Hauptergebnisse der Studie finden sich in den Kapiteln 1 und vor allem in den Kapitel 5 und 6. Dort sind die zentralen Fragestellungen (Kapitel 1) und die Auswertung und Interpretation der empirischen Erhebungen (Kapitel 5) sowie die Hauptergebnisse und die darauf basierenden Schlussfolgerungen enthalten (Kapitel 6). Zum vertieften Verständnis der in Kapitel 5 dargestellten Auswertungen sind die aus Umfangsgründen in die Anhänge I - L ausgelagerten vier ausführlich dokumentierten Fallstudien hilfreich.
- Der wissenschaftlich interessierte Leser findet vor allem in Kapitel 3 zum Stand der Entscheidungsforschung in der Psychologie, im Bereich des Medical Decision Making und in der Soziologie zentrale Grundaussagen zu Entscheidungsprozessen, die in der vorliegenden Studie vor allem unter der Perspektive von Routineentscheidungen in Organisationen gebündelt wurden.
- Das vierte Kapitel wendet sich an den methodisch interessierten Leser, der sich über das Forschungsdesign, die methodologische Begründung für die Methodentriangulation sowie für die zentralen Erhebungsverfahren (Aktenanalyse, Think-Aloud, Experteninterviews) und Auswertungsmethoden informieren möchte.
- Das zweite Kapitel ist für diejenigen Leser gedacht, die mit den sozialmedizinischen und juristischen Fragestellungen, Vorgaben und Verfahrensweisen bei der Begutachtung von EU-Renten noch wenig vertraut sind.

Executive Summary – Zusammenfassung

Hintergrund

Gegenstand des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojektes war die Analyse der Heuristiken, die bei prüfärztlichen Entscheidungen nach Aktenlage im Rentenantragsverfahren für Erwerbsminderungsrenten zur Anwendung kommen; in die Studie einbezogen wurden die beiden quantitativ bedeutendsten Diagnosegruppen bei der Erwerbsminderungsrente: Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie. In der Studie wurde danach gefragt, bis zu welchem Grad und in welcher Richtung professions- und organisationspezifische, Umfeld bedingte, subjektive und Habitus bedingte Einflussgrößen Entscheidungen bei sozialmedizinisch und sozialrechtlich eng umschriebener Aufgabenstellung mitbestimmen, wie „Deduktionslücken“ geschlossen und wie Interpretationsspielräume genutzt werden.

Ziele

Der Fokus des Projekts lag auf der Identifikation der Heuristiken, die von Prüfärzten¹ bei ihren Entscheidungen genutzt werden, um trotz meist unvollständiger Informationen und/oder einem begrenzten Zeitbudget zu fachlich begründeten, rechtlich nicht zu beanstandenden, professionell vertretbaren und für die Organisation wie die Antragsteller akzeptablen Ergebnissen zu gelangen. Bei der Suche nach latenten Mustern, Kriterien und Einflussfaktoren von Entscheidungen im Kontext individueller, professionsspezifischer, organisationsbedingter, rechtlicher und arbeitsmarktbezogener Rahmenbedingungen knüpft die Studie an die internationale Forschung zum sogenannten Medical Decision Making und die sozialwissenschaftliche Organisationsforschung an. Spezifisch zielt sie auf Erkenntnisse zu den Prozessen bereichsspezifischer Entscheidungsfindung im Rahmen von Routineentscheidungen in Organisationen. Eine Besonderheit der vorliegenden Studie liegt in den vielfältigen Perspektiven, die bei sozialmedizinischen Entscheidungen zu berücksichtigen sind: z.B. rechtliche Vorgaben, medizinische Befunde und Gutachten, organisationale Rahmenbedingungen, Richtlinien und Abläufe, arbeitsmarktrelevante Informationen sowie Gesichtspunkte der Biografie, der Lebenslage, des Alters, der Ausprägung der Einschränkungen, etc. bei den Antragstellern. Die aus dieser komplexen Konstellation und Informationslage heraus getroffenen Entscheidungen müssen nachvollziehbar, plausibel im sozialmedizinischen Deutungsrahmen und gerichtsfest begründet sein. Um die darauf bezogenen Entscheidungswege und Hintergründe analysieren zu können, standen folgende Zielsetzungen im Vordergrund: (1) Analyse des Entscheidungsprozesses und seiner Bedingungen; (2) Identifikation des Professionsverständnisses und der Haltungen, die bei der Beurteilung von Berentungsanträgen wirksam werden; (3) Identifikation organisations- und ablaufbedingter Einflussgrößen auf Entscheidungen; (4) Identifikation von Widersprüchen und Paradoxien mit Blick auf Eröffnung oder Schließung von Entscheidungsspielräumen.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit werden jeweils die männliche Bezeichnungen verwendet. Die weiblichen Formen sind dabei mitzudenken.

Methoden

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte mit Hilfe unterschiedlicher aufeinander bezogener und sich wechselseitig (triangulativ) prüfender und validierender Methoden der qualitativen Sozialforschung: (Experten-)Interviews, Think-Aloud-Verfahren, Aktenanalyse und externe Aktenkommentierung. Mit Hilfe von zehn Experteninterviews (Leitungsebene und externe Experten) wurden Arbeitskontext, sozialmedizinische Perspektive, Rahmung der Organisationsabläufe, Bedeutung und Stellung der sozialmedizinischen Begutachtung in der Organisation erhoben. 19 Interviews mit Prüfärzten zu Themen wie Berufsbiografie und -identität, zum Aufgabenverständnis, zur Arbeitsperspektive, zur inhaltlichen Problemen der Begutachtung, zu Organisationsabläufen und Kooperationsbeziehungen, zur Beurteilung von Anträgen und Antragstellern, usw. dienten der Analyse von Arbeitsroutinen und der Identifikation fachlich wie organisatorisch sensibler Problemfelder. Im Zentrum der Datenerhebung stand die *Think-Aloud-Methode*, bei der Prüfärzte im Rahmen ihrer täglichen Aktenbearbeitung den Begutachtungsprozess bei 80 Bearbeitungsvorgängen verbalisierten; mit diesem Vorgehen wurden Entscheidungsprozesse in actu dokumentiert und anschließend sequenziell rekonstruiert, um latente Entscheidungsheuristiken und Muster in den Arbeitsabläufen zu identifizieren. Im Rahmen der *Aktenanalyse* wurden 130 Akten gesichtet; zehn kontrastiv ausgewählte Akten wurden durch zwei externe sozialmedizinische Gutachter kommentiert. Hier ging es darum, aus dem Vergleich ähnlich gelagerter sowie besonders kritischer Fälle Gründe für variierende Entscheidungen der Prüfärzte zu dokumentieren.

Ergebnisse

Die Arbeit der Prüfärzte der DRV wird von verschiedenen Herausforderungen und Paradoxien bestimmt, die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind und den Entscheidungsprozess bestimmen. Auf der Ebene des Professionsverständnisses zeigt sich dies im Perspektivenwechsel vom „heilenden Arzt“ zum sozialmedizinischen Gutachter, der Biografie relevante soziale Entscheidungen trifft. Die individualisierte Fallbearbeitung trifft auf Probleme einer variierenden und ambivalenten Berücksichtigung von Kontextfaktoren in der medizinischen Sachaufklärung; die Einordnung und Bewertung ärztlicher Befunde und Gutachten in den Akten lässt unterschiedliche Lesarten zu, die auch von der Erfahrung, vom Alter und der Fachrichtung des Gutachters abhängig sind. Besonders die Transformation eines qualitativen in ein quantitatives Leistungsbild und die Passung der Leistungsbeeinträchtigung zum „allgemeinen Arbeitsmarkt“ erfordert eine „klinische“, d.h. eine den Fallbezug mit allgemeinen Aussagen verknüpfende, Entscheidung und kann nicht als subsumtionslogische Ableitung vollzogen werden. Darüber hinaus konnten wesentliche Gewichtungstendenzen einzelner (Kontext-) Faktoren (z. B. Erkrankung, Alter, Erwerbsbiographie) aufgezeigt sowie Strategien der Aktenarbeit identifiziert werden. Komplexitätsreduktion auf der einen und Überbrückung von Informationslücken auf der anderen Seite, „Heilung“ von Brüchen in der Ableitungskette („Deduktionslücken“) oder von Unstimmigkeiten zwischen den Informationen und Dokumenten in den Akten erfolgen durch eine nachvollziehbare, inhaltlich wie formal akzeptable „Schließung“ mit Hilfe fachlichen Wissens und erfahrungsgesättigter sozialmedizinischer Kompetenz. Entscheidungen werden weiterhin durch organisationsbedingte Aspekte im Verfahrensablauf (Anzahl der Gutachten pro Tag) wie auch im Blick auf ihre Beurteilung innerhalb der Organisation

(Kollegen, andere Abteilungen) oder durch externe Organisationen (etwa Gerichte im Rahmen von Widerspruchsverfahren) mitbestimmt, wobei Opportunitäts Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Studie zeichnet den Prozess und das Ergebnis routineförmiger, sozialrechtlich wie finanziell bedeutsamer und für die Lebensperspektive der Antragsteller folgenreicher Entscheidungen nach. Im Ergebnis zeigen sich Grenzen der Rationalisierbarkeit aktenförmiger Begutachtung, etwa durch immer detailliertere Leitfäden oder Checklisten. Selbst eine oft geforderte Einführung der routinemäßigen Anwendung standardisierter Testverfahren für eine individualisierte und an Kennziffern orientierte Feststellung der individuellen Erwerbsfähigkeit und genauer spezifizierte Formen der Belastungserprobung befreien den sozialmedizinischen Gutachter nicht von der Aufgabe, eine „klinische“, d.h. einzelfallbezogene Entscheidungen unter Abwägung der eingangs genannten Bezugsdimensionen zu treffen und sie mit den rechtlichen Vorgaben in Übereinstimmung zu bringen und begründungs- und rechtfertigungsfest zu machen (Herstellung von „accountability“). Insofern bleibt die sozialmedizinische Entscheidung eine wissenschaftlich begründete (im Paradigma der Sozialmedizin verankerte) und auf aufgeschichteter klinischer Erfahrung basierende Kunstlehre. Ihre Bewährung findet sie nicht in der Summe der „richtigen“, sondern der nachvollziehbaren, akzeptierten und fachlich gut begründeten Entscheidungen, die im Einzelfall durchaus aus guten Gründen auch anders hätten ausfallen können. Variationen in den Entscheidungen sind kein Ausdruck von Willkür oder Beliebigkeit, sondern erweisen sich als sozialmedizinisch begründete Interpretationen im Rahmen erfahrungsgestützter und bewährter Praxis, die unserer Einschätzung vor allem durch eine anhand gemeinsamer Fallkonferenzen entwickelte Diskurskultur verbessert werden kann, wobei vor allem tätigkeitsspezifische Testverfahren im Vorfeld eine zusätzliche Entscheidungshilfe bieten könnten.

1. Einleitung

Die unzähligen Entscheidungen, die jeder von uns im Alltag beständig trifft, laufen mehr oder weniger automatisiert ab und folgen bestimmten Routinen, die uns in der Regel nicht (mehr) zu Bewusstsein kommen. Nur wenn es zu Krisen kommt, sind wir zur Reflexion gezwungen und müssen uns mit dem Prozess des Entscheidens, mit der Richtung einer Entscheidung, mit Entscheidungsalternativen bewusst auseinandersetzen. Entscheidungen, d.h. die Auswahl unter verschiedenen Alternativen mit Blick auf eine ungewisse Zukunft, erfolgen in der Regel ohne vollständige Informationen und bewähren sich im Nachhinein mehr oder weniger gut - nicht zuletzt weil sie auf einer Extrapolation von Wahrscheinlichkeiten durchschnittlicher Alltagserfahrungen beruhen. Vor- und Nachteile sowie Folgen einer Entscheidung wägen wir nach subjektiven Nutzenkalkülen ab - nach jeweils erwartetem subjektiven Nutzen, in den auch der emotionale Nutzen, der Statusnutzen, der materielle Nutzen usw. einfließen; etwa ob wir einen Kredit aufnehmen sollen, welches Auto wir anschaffen, welchen Beruf wir ergreifen sollen usw. Mögliche Risiken schätzen wir dabei unter Zuhilfenahme in der Vergangenheit bewährter individueller wie kollektiver Erfahrungswerte ab (normalistische Wahrscheinlichkeiten), verlassen uns auf Ratschläge aus unserem familiären und freundschaftlichen Umfeld, kurz: wir gewähren der Zukunft bei unseren Entscheidungen einen Vertrauensvorschuss auf der Grundlage der Erwartung des Gewohnten, der eine doppelte Funktion hat: erstens angesichts von Komplexität mit Hilfe einer Entscheidung Handlungsfähigkeit für weiteres Handeln zu gewinnen und zweitens, unsere Entscheidungen vor uns selbst und anderen abzusichern (auch für den Fall späteren Scheiterns, selbst wenn wir das meist nicht im Vorhinein mit bedenken), mindestens zu plausibilisieren. . Entscheidungen unterliegen einer doppelten Kontingenz: sie sind von vorangegangenen Entscheidungen abhängig, die die Rahmenbedingungen für nachfolgende Entscheidungen setzen (dies gilt für Organisationen in besonderer Weise) und sie hätten immer auch anders ausfallen können; die einmal getroffene Entscheidung „vernichtet“ Alternativen, deren Nichtberücksichtigung ggf. Rückwirkungen auf die bereits getroffenen Entscheidungen hat. Die Vielfalt möglicher Alternativen zwingt zur Reduktion von Komplexität: nicht alle Parameter können berücksichtigt werden, viele Alternativen müssen oft unter Zeitdruck schnell ausgeschlossen werden, usw. Dafür greifen wir auf so genannte Entscheidungsheuristiken zurück, die inzwischen von der Psychologie breit untersucht werden (vgl. Kapitel 3.1). Diese z.B. in Experimenten, in Beobachtungsstudien, an retrospektiven Fallstudien und mit Hilfe der Think-Aloud Methode rekonstruierten Entscheidungsheuristiken kennzeichnen individuelle Stile, die auf biografisch aufgeschichtete Erfahrungen und emotionale Haltungen („habits of the heart“) zurückverweisen; nicht zuletzt sprechen viele Menschen, wenn man sie auf die Gründe für ihr Handeln (= die darin zum Ausdruck kommenden Entscheidungen) anspricht, davon, dass

es sich um Entscheidungen „aus dem Bauch“ gehandelt habe, womit sie die Gefühlstönung der Entscheidungen akzentuieren und die notwendige Überbrückung von Informations-, Kenntnis- und Reflexionsdefiziten als spontane Gefühlsentscheidungen attribuieren.

Im Kontext strukturierter Organisationsumwelten und vor dem Hintergrund einer professionellen Sozialisation werden an Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Rationalität sowie die Qualität von Entscheidungen (Kriterien treue, überprüfbare Standards) und ihre Legitimation weitergehende und belastungsfähigere Anforderungen gestellt, als dies im Alltag üblich ist. Da es trotz juristischer und organisationsbezogener Vorgaben oder durch eine wissenschaftliche Ausbildung und einen Berufskodex bestimmter Standards immer Personen sind, die Entscheidungen treffen, begründen und verantworten müssen, ist die psychologische Dimension des Entscheiders im Kontext von Organisation und Profession ebenso zu bedenken wie der Einfluss des gesamten sozialen Kontexts, in dessen Rahmen Entscheidungen neuen und anschlussfähigen Sinn erzeugen.

Als zentrale Kennzeichen der modernen Verwaltung gelten in Anlehnung an Max Weber (1922/1969) die Rechtsförmigkeit zur Legitimation und Sicherung der Akzeptanz von Entscheidungen, die Schriftlichkeit zur Überprüfung von Abläufen, das Absehen von der Person bei der Entscheidungsfindung, um Gleichbehandlung zu sichern, subjektive Willkür auszuschließen und Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, Grundsätze moderner (Zweck-Mittel-) Rationalität um Effizienz zu gewährleisten, sowie die über anerkannte Berechtigungsnachweise gesicherte Professionalität der Organisationsmitarbeiter, um fachgerechte Entscheidungen und Abläufe zu gewährleisten. Damit wird - in moderner Begrifflichkeit gesprochen - Legitimität durch Verfahren erzeugt (Luhmann 2000) und Erwartungssicherheit mit Blick auf die Außenwelt der Organisation - Nutzer/Kunden/Klienten, Öffentlichkeit und Politik - hergestellt. Organisationen sind für die so charakterisierte Erbringung ihrer Dienstleistungen auf festgelegte Wege (Anweisungshierarchien, Ablaufpläne, Dienstvorschriften, Checklisten, Kontrollschleifen etc.) angewiesen und bilden dafür stabile Routinen aus. Damit einher geht eine Entlastung von Reflexion, die - Luhmann spricht vom „Lob der Routine“ - Verlässlichkeit, Effektivität und Effizienz des Organisationshandelns sichert. Dieses idealtypische Modell der Verwaltungsorganisation - wiewohl in zentralen Kernannahmen nicht gänzlich überholt - ist durch die empirische Forschung besonders mit Blick auf Entscheidungsprozesse differenziert und präzisiert worden. Dies betrifft vor allem folgende Bereiche, die auch für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind: Zwar legen formale Organisationsregeln das Entscheidungsprozedere fest, die das Handeln der Mitarbeiter **rahmen**, aber nicht vollständig determinieren. Darüber hinaus finden sich in Organisationen unterschiedliche miteinander konkurrierende oder mehr oder weniger gut kooperierende Abteilungen und nicht zuletzt unterschiedliche Professionskulturen (im vorliegendem Fall Ärzte und Verwaltungsexperten); schließlich

finden sich in allen Organisationen ungeschriebene Gesetze, sog. heimliche Lehrpläne, die latenten Funktionen der Organisation dienen. All dies verweist darauf, dass Entscheidungen in Organisationen nicht nur fehlerhaft sein können (was durch Qualitätsstandards, -kontrollen und -zirkel verbessert werden kann), sondern von verschiedenen Rahmungen bestimmt sind, die sich nicht in einem optimalen vollständig rationalen Entscheidungsmodell abbilden lassen, ohne dabei in irgendeinem Sinne irrational zu sein.

In der Praxis zeigen sich in jeder Organisation Schwachstellen, auf die sie von ihrer Umwelt hingewiesen wird und auf die sie in unterschiedlichem Ausmaß je nach Stellung im gesellschaftlichen Machtgefüge und in ihrer Organisationsumwelt und in Abhängigkeit von ihren intern definierten konzeptionellen und technischen Informationsfiltern reagiert. Wenn etwa, um beim vorliegenden Projekt zu bleiben, Widersprüche gegen Bescheide zu den Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten deutlich zunehmen und bei Gericht auch Erfolg hätten, wäre die Organisation zum Handeln gezwungen. Organisationen reagieren aber nicht nur auf äußeren Druck, sondern auf Ergebnisse laufender interner Selbstbeobachtung wie Controlling und Qualitätszirkel und werden damit selbstverändernd aktiv. Viele auf der Basis solcher Informationen und Daten entwickelten Strategien der Fehlervermeidung und der Qualitätsverbesserung von Entscheidungen etwa durch detaillierte Checklisten, Vereinfachung und Umstellung von Verwaltungsverfahren, verwaltungsinterne Fortbildungen und Schulungen zur Verbesserung der Intergutachterreliabilität scheinen dabei einem unterstellten Modell asymptotischer Annäherung an eine vollständig rationale Entscheidung zu folgen. Die moderne Organisationsforschung geht im Gegensatz dazu, wie in der Übersicht zum Forschungsstand aufgrund vielfältiger empirischer Evidenz gezeigt wird, vom Paradigma einer begrenzten Rationalität („bounded rationality“) aus. Im vorliegenden Projekt wird es dann um einige mit dem Aufgabengebiet der sozialmedizinischen (Akten-)Entscheidung verbundene Besonderheiten gehen: dies kann hier nur mit Blick auf eine fallbezogen erforderliche „klinische“² Entscheidung erfolgen, die in einer Verknüpfung von fachärztlicher Expertise mit sozialrechtlichen und verwaltungsbezogenen Richtlinien zu einer biografisch folgenreichen Entscheidung über die beim Antragsteller noch in bestimmten Graden („vollschichtig“ oder 3 bis unter 6 Std./tägl.) vorhandene oder fehlende (unter 3 Std./tägl.) Fähigkeit zu einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht.

1.1 Auftrag

Gegenstand des von der DRV Bund geförderten Forschungsprojektes war die Untersuchung der Grundlagen sozialmedizinischer Entscheidungsprozesse im Rentenanspruchsverfahren. Ob Versicherte einen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, hängt nach Prüfung der formalen rentenrechtlichen Voraussetzungen entscheidend von der sozialmedizinischen

² Vgl. zur Perspektive einer „klinischen Soziologie“: Hildenbrand 2009; Oevermann 2002.

Begutachtung durch Prüfärzte ab. Hierfür werden auf Basis der Aktenlage (Rentenantrag, Versicherungsverlauf, Krankheitsgeschichte, Befunde, ärztliche Gutachten) u.a. die persönlichen Voraussetzungen für eine mögliche Gewährung einer Erwerbsminderungsrente geprüft; insbesondere wird unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten die Frage der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermittelt. Das Ergebnis der sozialmedizinischen Aufklärung bildet die Grundlage für den sozialrechtlichen Bescheid der dafür zuständigen Abteilung der DRV an die Versicherten.

Im Mittelpunkt der Untersuchung sollten die Entscheidungsprozesse von Prüfärzten im sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung stehen. Hierbei sollten auch die aktuellen Erkenntnisse aus dem Bereich des „Medical Decision Making“ (vgl. Kapitel 3.1.3) auf die sozialmedizinische Sachaufklärung im Rentenverfahren einbezogen werden. Damit lag der Fokus des Projekts auf der Untersuchung so genannter intuitiver Faustregeln (*Heuristiken*), mit deren Hilfe Entscheider angesichts unvollständiger Informationen, einem begrenzten Zeitbudget oder bei uneindeutigen Problemlagen dennoch zu einem tragfähigen Ergebnis kommen, ohne dass die Entscheidungsschritte dabei als vollkommen rationale Ableitung rekonstruierbar sind. Vor diesem Hintergrund ging es darum, latente Muster, Kriterien und Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung zu identifizieren und in einen Kontext individueller, professionsspezifischer, organisationsbedingter und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu stellen.

Das Forschungsprojekt wurde vor dem Hintergrund konzipiert, dass:

- ein Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis möglich ist,
- sich die Untersuchung auf ärztliche Entscheidungen nach Aktenlage begrenzt³, bei denen die zuständigen Ärzte eines Rentenversicherungsträgers den Anspruch des Versicherten aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen beantworten,
- sich die Untersuchung auf die zwei quantitativ bedeutendsten Diagnosegruppen bezieht: Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie
- die Art und Durchführung der Untersuchung auf die Arbeitsabläufe in den ärztlichen Diensten der Rentenversicherungsträger abgestimmt wurde und
- die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt wurden.

³ Die Konzentration auf reine Aktenlageentscheidungen ergibt sich daraus, dass bei der DRV Bund anders als bei vielen Regionalträgern ausschließlich nach Aktenlage entschieden wird; bei den in unsere Studie einbezogenen Regionalträgern kommt es auch zu sozialmedizinischen Begutachtungen vor Ort. Auf damit verbundene Fragen gehen wir im Lauf des Berichts ein (Kapitel 5 und 6). Anders als im PeGL-Projekt war die sozialmedizinische *Untersuchung* kein Gegenstand des vorliegenden Projekts.

1.2 Fragestellungen

Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht die empirische Ermittlung der Heuristiken, die sozialmedizinisch geschulte Fachärzte (sog. Prüfarzte) im Prozess der Entscheidungsfindung bei ihren einzelfallbezogenen Entscheidungen nach Aktenlage von Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten anwenden.



Abbildung 1: Symbolische Darstellung der Entscheidung nach Aktenlage

Die Heuristiken werden dabei von sozialmedizinischen Beurteilungskriterien, von rentenrechtlichen Regelungen und administrativen Vorgaben⁴ geleitet und begrenzt, zugleich spielen aber auch professionsspezifisch erworbene Haltungen, die konkrete Fallkonstellation, die absehbaren Folgen einer biografisch weitreichenden Entscheidung, organisatorische Abläufe und Zeitbudgets, implizite Gruppennormen und nicht zuletzt persönliche Einstellungen eine Rolle bei der Entscheidung.

Vor diesem Hintergrund ergaben sich folgende **Fragestellungen**:

- Können typisierbare Heuristiken im Entscheidungsprozess identifiziert werden?
- Welche praxisbezogenen ‚Daumenregeln‘ werden eingesetzt?
- Welche expliziten und impliziten Bedeutungsgehalte und Bewertungsregeln spielen im Begutachtungsprozess eine Rolle?
- Welche Kriterien werden von Prüfarzten bei der Beurteilung der Anträge auf EM-Renten herangezogen? Auf welche Referenzrahmen beziehen sich diese Kriterien (z.B. ärztlich-fachliche, administrative, ökonomische, ethische, juristische, persönliche)?
- Mit welchem Gewicht werden einzelne Merkmale der Anträge in der Begutachtung bewertet?

⁴ Die zentralen Richtlinien und Checklisten befinden sich in dem sogenannten „Blauen Buch“, das 2011 in einer Neuauflage herausgekommen ist und sowohl Grundlage wie Nachschlagewerk für die sozialmedizinische Begutachtungspraxis in der Rentenversicherung darstellt.

- Welche Strukturen der Entscheidungslogik bzw. Entscheidungsmuster bei Ablehnung und bei Bewilligung können rekonstruiert werden?
- Wie wirken sich der sozialmedizinische und sozialrechtliche Hintergrund und die organisationsbedingten Rahmenbedingungen auf die Entscheidungsfindung und -ergebnisse aus?
- Welche professionsspezifischen und organisationsabhängigen aber auch subjektiven und Habitus bedingten Einflussgrößen beeinflussen den Entscheidungsprozess?
- Welche Umsetzungsprobleme zeigen sich, und wo finden sich Ansatzpunkte zur Optimierung von Entscheidungsprozessen aus Sicht der Beteiligten?

Dementsprechend wurden folgende **Zielsetzungen** definiert:

- (1) Analyse des *Entscheidungsprozesses*;
- (2) Identifikation des *Professionsverständnisses* und der Haltungen zu den Berentungsanträgen und den Antragstellern;
- (3) Identifikation von Widersprüchen mit Blick auf Eröffnung oder Schließung von Ermessensspielräumen;
- (4) Rekonstruktion *der Entscheidungsheuristiken* auf der Grundlage der empirischen Erhebungen, d.h. Rekonstruktion von Entscheidungsheuristiken unter den empirisch aus Literatur und Interviews als relevant identifizierten Gesichtspunkten sozialmedizinischer Fachlichkeit, von Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz („*accountability*“) sowie von Gleichheits- und Gerechtigkeitsaspekten.
- (5) Untersuchung der Rolle der „aufsichtenden“ Erfahrungsbildung beim Umgang mit komplexen Fallkonstellationen und ich Einfluss auf den Entscheidungsprozess, z.B. die Kontextualisierung des Falls vor dem Hintergrund der vielen bereits vorher entschiedenen Fälle;

Eine Untersuchung der dem gutachterlichen Entscheidungsprozess zugrunde liegenden Muster und faktisch wirksamen Entscheidungsheuristiken ist auch unter praxisbezogenen Gesichtspunkten bedeutsam:

- Herstellung größerer interner und externer Transparenz des Entscheidungsverfahrens;
- Identifizierung eines Entscheidungskalküls für Ermessensspielräume unter Einbeziehung etwa von Aspekten des Arbeitsmarktes (bezogen auf Anforderungen, Beschäftigungswahrscheinlichkeiten etwa in regionalen Arbeitsmärkten), der Chancen auf voraussichtlich erfolgreiche oder aber absehbar scheiternde Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung oder mit Blick auf indikationsspezifische Besonderheiten;

- zur Präzisierung der Rolle der sozialmedizinischen Fachlichkeit bei der Beurteilung der Anträge;
- Weiterentwicklung von Fortbildungsmaßnahmen für externe Gutachter.

Perspektivisch ermöglichen die Forschungsergebnisse eine Beurteilung der Transparenz ärztlich-gutachterlicher Entscheidungsprozesse. Sie liefern zudem Hinweise für Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung⁵. Hierbei geht es insbesondere darum, die *begrenzte Rationalität* von Entscheidungen im Spannungsverhältnis von ärztlicher/sozialmedizinischer Fachlichkeit (und der dort etwa zu den externen Gutachern auftretenden Differenzen), rechtlichem Entscheidungsrahmen, organisationsinterner Rationalität, Ökonomie, lebenspraktischen und sozialetischen Gesichtspunkten zu optimieren.

1.3 Feldzugang und Datenschutz

Untersuchungen der Strukturen, Abläufe und Entscheidungsprozesse in großen Organisationen wie Betrieben und insbesondere in Verwaltungen, die unter der Beobachtung von Politik und Öffentlichkeit stehen, sind sensibel und riskant: potentiell können sie als Bedrohung bewährter Routinen, akzeptierter Hierarchien, gesicherter Felder, latenter Selbstverständnisse, gehüteter Nischen usw. wahrgenommen werden, Machtgleichgewichte irritieren und stillschweigende Konsens- und Dissensfiktionen sichtbar machen sowie Motivation, Erwartungen, Hoffnungen und Ängste der Mitarbeiter beeinflussen (vgl. Ortmann 2004). Gleichzeitig eröffnen derartige Studien aber auch Chancen und liefern Argumente für gewünschte Veränderungen, wenn diese rechtzeitig innerhalb der Organisation kommuniziert werden. Diese Hintergründe und die Tatsache, dass Forscher in Organisationen kein neutrales Terrain betreten und Reaktionen (ggf. Reaktanz) erzeugen, tragen dazu bei, dass sich der Feldzugang für die Mitglieder der Organisation - die Auftraggeber wie die Bereiche und Personen, deren Praxis Gegenstand der Untersuchung ist, - wie für die Forscher selbst als schwieriger Prozess des Aushandelns darstellt (vgl. Wolff 2010b). Dies traf auch auf die vorliegende Studie zu: der Feldzugang gestaltete sich schwierig und konnte seitens des Auftraggebers nicht vollständig und nicht zeitgerecht gemäß der vertraglichen Vereinbarung gesichert werden. Die hieraus entstandenen Verzögerungen und Einschränkungen bei der Erhebung des empirischen Materials werden in Kapitel 4 dargestellt. Insbesondere wurde erst im Projektverlauf die Entwicklung eines detaillierten Datenschutzkonzeptes an die Forschungsgruppe in Auftrag gegeben⁶. Das

⁵ Der Aspekt sozialmedizinischer Qualitätssicherung war nicht Bestandteil des Auftrags der vorliegenden Studie.

⁶ Wir waren davon ausgegangen, dass durch unseren Hinweis auf Anonymisierung der Daten im Antrag, die erforderlichen Auflagen intern bereits als erfüllt zu betrachten wären; die Aufforderung, ein explizites

Konzept wurde gemäß der Forderung des Auftraggebers erarbeitet (s. Anhang A), um den Feldzugang anschließend bestmöglich zu realisieren.

2. Sozialmedizinische und prüfärztliche Begutachtung

Erwerbsminderungsrenten und ihre sozialmedizinische und rentenrechtliche Beurteilung

Als Kriterium für die Minderung der Erwerbsfähigkeit gilt die aus sozialmedizinischer Sicht festgestellte noch vorhandene Arbeitsfähigkeit entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in § 43 SGB VI. Demnach sind Versicherte *teilweise erwerbsgemindert*, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein bzw. *voll erwerbsgemindert* bei einem Restleistungsvermögen von unter drei Stunden pro Tag. Voraussetzungen für die Antragstellung einer gesundheitsbedingten Frühberentung sind neben der Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung, die Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (5 Jahre Pflichtversicherung) sowie die Zahlung der Pflichtbeiträge über 3 Jahre in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden seitens der gesetzlichen Rentenversicherung geprüft und unterliegen einem komplexen Begutachtungsverfahren. Eine zentrale Rolle in diesem Verfahren spielt die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (*Leistungsbild*) bei der die individuellen medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Erwerbsminderungsrente ermittelt und geprüft werden. Dies kann anhand einer persönlichen Untersuchung des Antragstellers oder nach Aktenlage ohne persönliche Untersuchung erfolgen. Für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sind deutschlandweit ca. 800 Sozialmediziner hauptamtlich tätig. Die Zahl der zusätzlich auf Honorarbasis tätigen Gutachter variiert zwischen den einzelnen Rentenversicherungsträgern und liegt bei über tausend Ärzten (vgl. Ueberschär 2008).

2.1 Hintergrund

Im Jahr 2010 wurden rd. 1,24 Mio. Renten in Deutschland neu bewilligt, rd. 856 Tsd. Versichertenrenten und rd. 380 Tsd. Renten wegen Todes. Als Versichertenrenten gelten Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit und Renten wegen Alters, wobei letztere mit rd. 674 Tsd. (78,7 %) den größten Anteil dieser Versicherungsart ausmachte; immerhin erfolgte aber fast ein Viertel (rd. 183 Tsd.) der Versichertenrentenzugänge aufgrund von Erwerbsminderung (DRV 2011), wobei die Rentenzugänge in Erwerbsminderungsrenten seit 2007 stetig ansteigen.

Die Diagnosegruppe der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) nahm 2010 mit 39,3 % den größten Anteil der Erwerbsminderungsrenten ein, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 14,7 %. Von den rd. 71

Datenschutzkonzept vorzulegen, wurde erst am 19.11. 2010 übermittelt. Der Feldzugang (hier insbesondere Interviews und Think-Aloud mit den Prüfärzten) konnte erst mit 3-monatiger Verzögerung begonnen werden.

Tsd EM-Rentenzugängen wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Jahr 2010 liegt der größte Anteil mit rd. 55,3 % bei den Frauen und verhält sich umgekehrt bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes – in dieser Diagnosegruppe beträgt der Anteil rd. 53,6 %. Unter einer altersspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass die EM-Häufigkeit mit zunehmendem Alter steigt. Die Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen stellt bezogen auf die zwei quantitativ bedeutendsten Diagnosegruppen die am stärksten vertretene Gruppe dar. Das Durchschnittsalter bei Rentenbeginn liegt bei der Diagnosegruppe der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei 48,55 bei den Frauen und bei den Männern bei 47,95 Jahren. In der Diagnosegruppe der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes liegt das Durchschnittsalter der Frauen bei 53,01 und das der Männer bei 54,31 Jahren.

Bödeker (2006) weist in seiner Untersuchung aus, dass sich die arbeitsbezogenen volkswirtschaftlichen Kosten der Frühinvalidität jährlich auf mindestens 10,3 Mrd. Euro belaufen, wovon 1,2 Mrd. Euro als direkte Kosten anfallen. Die Folgekosten der arbeitsbezogenen Frühinvalidität für die Rentenversicherung sind jährlich mit mindestens 2,8 Mrd. Euro anzusetzen (vgl. Rehfeld 2006). Am Beispiel der Schizophrenie analysierte Clouth (2004) die Kosten der Frühverrentung, die sich unter Berücksichtigung der Einnahmeausfälle der gesamten Sozialversicherung und der Einkommenssteuer auf insgesamt 560.000 Euro für einen durchschnittlichen männlichen Rentenfall belaufen. Basierend auf den Bestandszahlen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von 2000 wird diese mit jährlich 1,3 Milliarden Euro Rentenzahlungen belastet.

2.2 Stand der Forschung zur sozialmedizinischen Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren

Die konkrete Praxis von Zuweisungsentscheidungen und das Feld der sozialmedizinischen Begutachtungen im Rentenantragsverfahren wurden wissenschaftlich bisher nur wenig untersucht. Eine Zusammenschau der unter dem Thema „sozialmedizinische Begutachtung“ veröffentlichten deutschsprachigen und internationalen Publikationen ergab folgende Themenschwerpunkte:

- a) *Inter-Rater-Reliabilität* von Gutachterurteilen
- b) *Verifizierbarkeit* von Diagnosen und der Beurteilung von Arbeitsfähigkeit im Rentenverfahren
- c) *Objektivierbarkeit* im Spannungsverhältnis zwischen dem vom Antragsteller geäußerten *Befinden* und den medizinischen *Befunden*
- d) *Kontextfaktoren* und ihr Einfluss auf die Begutachtung und Entscheidung

zu a) **Inter-Rater-Reliabilität von Gutachterurteilen**

Empirische Studien zur **Inter-Rater-Reliabilität** in der sozialmedizinischen Begutachtung verweisen übergreifend auf eine hohe Variabilität der Gutachterurteile und auf unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Beurteilungen.

In einer niederländischen Studie von Kerstholt et al. 2006 wurden 34 erfahrene (über 3 Jahre Berufserfahrung) und unerfahrene Ärzte (unter 3 Jahre Berufserfahrung) angehalten in einem vorliegenden konstruierten Karzinomfall die Wahrscheinlichkeit einer baldigen Rückkehr ins Erwerbsleben sowie die Sicherheit ihres Urteils abzuschätzen und anzugeben, welche Informationen ihnen für diese Beurteilung am wichtigsten waren. Dabei gab eine Gruppe ihre Bewertung nach Sichtung der Patientenakte und Betrachtung einer videoaufgezeichneten Arzt-Patienten-Interaktion ab (end-of-sequence respond), die andere Gruppe bereits nach der Sichtung der Patientenakte und nochmals nach Ansehen der Videoaufnahme (step-by-step respond). Theoretischer Ausgangspunkt dieser Untersuchung bilden Glaubens- oder Meinungsmodelle („models of belief“), wonach beispielsweise davon ausgegangen wird, dass bereits nach der ersten Sichtung einer Patientenakte eine erste Meinung über den individuellen Fall gebildet wird und sich dieser Eindruck aber durchaus durch zusätzlich Informationen in der persönlichen Untersuchung verändern kann – entweder auf Basis einer linearen Informationsverarbeitung (vgl. Anker- und Anpassungsmodell von Hogarth und Einhorn 1992) oder im Rahmen einer kontextualen Informationsverarbeitung, d.h. neue Informationen werden im Kontext bereits bestehender Wissensstrukturen interpretiert. Die Forschergruppe kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass weder die Abfolge der Informationsermittlung noch die Erfahrung der Ärzte einen Effekt auf die Wahrscheinlichkeitsaussage bzgl. einer baldigen Rückkehr ins Erwerbsleben hatten. Hingegen konnte eine hohe Variabilität der Wahrscheinlichkeitsbeurteilung über alle Gruppen gefunden werden, wobei medizinische Informationen (in Bezug auf Prognose und Beschwerden) am Wichtigsten für die Beurteilung des Falles waren – gefolgt von Einschränkungen der Aktivitäten und Motivation zu arbeiten. Ein Unterschied wurde aber im Hinblick auf den Einfluss der Berufserfahrung deutlich: Zwar wurde auf Grund der Patientenakte ein erstes Bild vom Fall geformt, aber ausschließlich die erfahrenen Ärzte modifizierten ihre erste Meinung über den Fall anhand der Videodaten (hier insbesondere die Aussagen zu Aktivitätseinschränkungen), da sie, so vermuten die Forscher, zusätzliche Fakten in bereits bestehende Wissensstrukturen integrierten. Sie kommen zu dem Schluss, dass die endgültige Beurteilung des Falles stark durch Generalisierungen und individuelle Haltungen der Ärzte getriggert wird, die es gilt im Rahmen von Weit- und Fortbildungen zu reflektieren.

Weitere wichtige Ergebnisse zur Frage nach dem Entscheidungsverhaltens von niederländischen gutachterlich tätigen Ärzten in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von

Patienten liefern Meershoek et al. (2007)⁷ und konzipieren ihre ethnographische Untersuchung vor dem Hintergrund der scheinbar unüberbrückbaren Differenz zwischen der (eingeforderten und suggerierten) Regelmäßigkeit, Objektivierbarkeit und Rationalität ärztlicher Beurteilungen und der „praktischen Rationalität“ der täglichen ärztlichen Praxis, die durch eine starke normative Dimension und Kontextbezogenheit gekennzeichnet sei. Ziel ihrer Studie ist es, diese normative Dimension und inhärente Regelmäßigkeit ärztlicher Entscheidungsprozesse transparent zu machen. Hierfür beobachteten sie 500 Konsultationen zwischen 20 Ärzten und ihren Patienten in unterschiedlichen Situationen (Rentenbegutachtung, Arbeitsunfähigkeit, Wiedereingliederung). Sie kommen zu dem Schluss, dass medizinische Befunde ‚nur‘ Bausteine in einem komplexen Bewertungsprozess sind und Kontextfaktoren (z.B. Alltagsaktivitäten, Lebensgeschichte, soziale Lebenssituation), die Glaubwürdigkeit der Schilderungen, wahrgenommene Beschwerden sowie die Initiative des Patienten, seine Gesundheitsprobleme zu bewältigen eine starke Gewichtung erhalten. Die Ärzte äußerten in diesem Zusammenhang, dass eine sehr komplizierte und unklare Beziehung zwischen vorliegenden Befunden und dem vom Patienten geäußerten Befinden vorherrsche, die häufig durch Widersprüche gekennzeichnet sei. Neben einem sehr komplexen Gefüge relevanter Faktoren ist die Zielgröße „Leistungsfähigkeit“ bereits ein komplexes schwer zu definierendes Konstrukt, insbesondere im Verhältnis zu den ebenfalls schwer abzugrenzenden Erkrankungen und Behinderungen.

zu b) **Verifizierbarkeit**

Overland et al. (2008) konnten in ihrer Studie zur Frage der **Verifizierbarkeit** von Diagnosen und Arbeitsfähigkeit im Rentenverfahren durch Allgemeinmediziner (sogenannte Gatekeeper im Rentenantragsverfahren in Norwegen) aufzeigen, dass insbesondere die Beurteilung von *Arbeitsfähigkeit anhand von Diagnosen die am schwierigsten zu verifizierende Kategorie ist*. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erzielte die Diagnosegruppe der geistigen Behinderungen, angeborenen Missbildungen und psychiatrischen Erkrankungen die höchsten Werte, wohingegen Erkrankungen mit unspezifischen Schmerzen (chronisches Schmerzsyndrom, Dorsopathien) die geringsten Verifizierbarkeitswerte aufweisen. Interessant ist, dass die *am geringsten zu verifizierenden Diagnosegruppen anteilmäßig die größte Gruppe der zu diesem Zeitpunkt bewilligten Renten (disability pension) darstellte* und sich zudem ein Widerspruch zwischen steigenden Rentenanträgen und einem zunehmenden Gesundheitsstatus in Norwegen zeigt. Die Autoren knüpfen in ihren Überlegungen zur Erklärung dieses Phänomens an Modelle rationaler Entscheidungsprozesse an⁸.

⁷ Vgl. auch Kapitel 3.2

⁸ Die Frage nach welchen Gesichtspunkten sich Versicherte zu einer Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente entscheiden spielt in der vorliegenden Untersuchung nur insoweit eine Rolle, insofern die Prüfarzte im Prozess der Entscheidungsfindung Hypothesen über die Motivation der Antragsteller erwägen. Die komplexen Motive der Antragstellung selbst unterliegen einerseits subjektiven Nutzenkalkülen, die mit dem Alter, der Lebensplanung,

Antragsteller entscheiden sich demnach wohl überlegt zwischen Möglichkeiten und sehen eine Rente häufig als beste Alternative unter Berücksichtigung finanzieller Aspekte und zu gewinnender Freizeit („pull Faktoren“). Demgegenüber stehen „push Faktoren“, strukturelle Bedingungen des Arbeitsmarktes, wie Arbeitslosigkeit oder schlechte Arbeitsbedingungen, welche die Betroffenen eher unfreiwillig in die Rente drängt. Auch Tägert (2010) diskutiert in seinem Aufsatz, dass manche Patienten die davon überzeugt sind, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar zu sein, nach einer Ablehnung ihres EM-Antrags versuchen, zusätzlich psychiatrische Leiden geltend zu machen und ggf. vor den Gutachtern falsche Angaben machen, um die EM-Rente doch noch für sich zu erkämpfen.

zu c) **Objektivierbarkeit**

Bei psychischen und psychosomatischen Beeinträchtigungen sowie bei Schmerzerkrankungen stellt sich deren **Objektivierung** als besonders schwierig dar⁹, wie exemplarisch anhand der Studie von Dickmann und Brooks (2007) skizziert werden kann (zur Thematik der Objektivierung psychiatrischer Begutachtung s. auch Merten und Dettenborn 2009; Meins 2010; Stevens 2009), die zahlreiche Reaktionen von Fachkollegen auslöste.

Die Autoren untersuchten in ihrer Studie die Reliabilität psychiatrischer Gutachten anhand der Beurteilung eines konstruierten psychiatrischen Falles mit rezidivierender depressiver Störung im EM-Rentenverfahren durch 22 Gutachter. Im Ergebnis zeigte sich auch hier eine hohe Variabilität in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, die unabhängig vom Alter des Gutachters und der Berufserfahrung waren¹⁰. Erstaunlicherweise hielten nur 4 Gutachter die Versicherte für voll erwerbsgemindert, obwohl die Kasuistik des Falles so konstruiert war, dass die Voraussetzungen für eine dauerhaft aufgehobene Erwerbsunfähigkeit gegeben waren (Dickmann und Brooks 2007: 400). Diese strenge Bewertung könnte, so vermuten die Autoren, in einem Detail der biographischen Anamnese liegen, nämlich der seit mehreren Jahren anhaltende Konflikt zwischen der Versicherten und ihrem Arbeitgeber, der vielfach in der Presse durch gewisse „Frühpensionierungsmaßnahmen“ (Gefälligkeitsgutachten von Medizinern) aufgefallen war, was bereits zu staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren auch gegen Gutachter führte. Grundsätzlich sehen Dickmann und Brooks ein wesentliches Optimierungspotenzial in einer umfassenderen Verankerung von Hinweisen zur Beurteilung

den wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt, der Abwägung der späteren verminderten Rentenzahlung als EM-Rente vs. Rente nach langem ALG-II-Bezug, dem Gesundheitsstatus, insbesondere mit dem Schmerzerleben und der Krankheitsgeschichte und ihrer subjektiven Verarbeitung zu tun haben. Wie diese Gemengelage im Einzelnen aussieht und ob sich generelle Muster identifizieren lassen, wäre Gegenstand einer eigenen Studie.

⁹ Im Bereich chronischer Schmerzerkrankungen zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier lassen sich zahlreiche Beiträge finden, die eine Objektivierungsproblematik subjektiven Schmerzerlebens aufwerfen (Batra 2007; Roller 2007; Schiltenswolf 2011; Widder et al. 2007).

¹⁰ In der vorliegenden Studie wurden Berufserfahrung und Alter der Prüfer ebenfalls als Einflussgrößen berücksichtigt. Zu den Ergebnissen vgl. Kapitel 5.

beispielsweise in Leitlinien zu Diagnostik und Therapie, um dem Odium der Beliebigkeit, das psychiatrischen Gutachten anhaftet, mit gezielten Fortbildungsmaßnahmen für Gutachter zu entgegenen und die Angriffsfläche für juristische Anfechtungen zu minimieren.

Bezugnehmend auf diese Studienergebnisse merkt Linden (2007) an, dass sozialmedizinische Beurteilungen Schlussfolgerungen „under conditions of uncertainty“ (379) sind, deren Variabilität durch die Multivariabilität des Bedingungsraums begründet sei, die demgemäß auch unterschiedliche Entscheidungen und keine eindeutigen Schlüsse zulasse. Dieser Bedingungsraum ist gekennzeichnet durch die Vielfalt der zu berücksichtigen Informationen (Art und Grad der Erkrankung, Verlauf, Kontextfaktoren etc.) und nicht zuletzt durch unterschiedliche bewusst und unbewusst wirkende Faktoren, wie die Kenntnis des Gutachters über die allgemeine sozialpolitische Situation des Landes, ein prinzipieller Optimismus oder Pessimismus des Gutachters und das interaktionale Reagieren auf die Beschwerdeschilderung des Patienten. Als wesentliches Merkmal sozialmedizinischer Beurteilungen sieht Linden die Aufgabe, Prognoseurteile abzugeben, die „nur“ als Wahrscheinlichkeitsaussagen und vor dem Hintergrund nicht vorhersehbarer Ereignisse (Verlust des Arbeitsplatzes, Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen und dessen Wirksamkeit etc.) gelten¹¹.

Angesichts dieser Kontroversen empfiehlt Philipp (2010) die Anwendung theoretisch hergeleiteter Konsistenzkriterien, um subjektiv geäußerte psychische Symptome möglichst zu objektivieren, aber dabei deren Bedeutung in der Diagnosestellung und Schweregradbeurteilung keinesfalls zu reduzieren. Es gilt zu differenzieren zwischen der Diagnose und den konkreten Auswirkungen der Symptome in Alltag und unter beruflicher Belastung – nur letztere sind maßgeblich für die Leistungsbeurteilung. Im Hinblick auf die hohe Urteilervarianz schlussfolgert er, dass bereits in der diagnostischen Einordnung der Symptomatik die Weichen für die Leistungsbeurteilung gestellt werden und zwangsläufig zu einer Varianz in der Beurteilung führten, da in der diagnostischen Einordnung unterschiedliche Gewichtungen der subjektiv geschilderten Beschwerden und des objektiv beobachteten Verhaltens stattgefunden haben. Die Konsistenzprüfung erscheint ihm als geeignete Methode, um die Komplexität der Erkrankung mit Hilfe unterschiedlicher Informationsquellen systematisch zu erfassen, mögliche interne und externe Inkonsistenzen aufzudecken und dabei Befund und Befinden gemeinsam zu ‚verwerten‘ (184).

Zahlreiche weitere Beiträge im neurologisch/psychiatrischen Fachgebiet greifen die Problematik der Begutachtung (extern oder durch den Kostenträger) ebenfalls auf und erweitern sie um folgende Aspekte:

¹¹ Zur (Un)sicherheit der Prognose in der ärztlichen Begutachtung vgl. auch Rompe 2005; Feldmann 2005.

- **Bedeutung psychometrischer Tests in der Begutachtungspraxis:** Beitrag zur Qualitätssicherung durch Objektivierung (Lehrl 2001), Grenzen der Aussagekraft von Testergebnissen für Leistungsbeurteilung auf Grund von Antwortverzerrungen seitens der Patienten und daher begrenzte Möglichkeiten zur Objektivierung von Störungen (Merten 2006b)
- **Anforderungen an psychiatrische Gutachten:** Betonung von Transparenz und kriterienorientierter Gutachten (Foerster 2001), Entwicklung von Prinzipien zur Berücksichtigung von Kontext der Komplexität bei Depressionen (Foerster 2007; Philipp 2010) und psychoreaktiven und neuropsychologischen Störungen (Legner 2006)
- **Anforderungen an die Gutachter:** Sicherung der Kompetenz in Testverfahren (Lehrl 2001; Merten 2006a) und Sozialmedizin (Bahnemann und Böwering 2001), Umgang mit Rollenkonflikten als Gutachter (Herrmann 2001), Sensibilität in psychiatrischer Begutachtung (Legner 2006)
- **Rahmenbedingungen:** begrenzte Interventionsmöglichkeit bei psychosomatischen Erkrankungen (Herrmann 2001), Mitwirkungspflicht der Betroffenen (Wimmer 2001); Zusammenarbeit Träger-Behandler (Bahnemann und Böwering 2001);

Bereits in diesen Ausführungen wurde deutlich, dass eine Leistungsbeurteilung vor dem Hintergrund zahlreicher Variablen stattfinden muss.

zu d) **Kontextfaktoren**

Einige neuere Veröffentlichungen setzen sich mit der Bedeutung ausgewählter personenbezogener Kontextfaktoren bei den Antragstellern in der Begutachtungspraxis sowie deren Wechselwirkung mit dem Krankheitsgeschehen auseinander¹². Im Hinblick auf die Überlegungen zur Rente im Sinne eines ökonomischen Anreizes wurde der Aspekt der *Arbeitslosigkeit* des Patienten in der Begutachtungspraxis bereits identifiziert. Arbeitslosigkeit kann einerseits als wichtiger Einflussfaktor auf die Motivation zur Rentenantragstellung gelten (Overland et al. 2008; Tägert 2010), aber sich gleichzeitig negativ auf die psychosoziale Gesundheit auswirken (Lange und Lampert 2005; Weber et al. 2007; Weber 2007) und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen.

Das *Alter* als Variable wird einerseits in Bezug zur Leistungsfähigkeit im Erwerbs- und Alltagsleben gestellt (abnehmende körperliche und kognitive Fähigkeiten als auch

¹² Die Berücksichtigung personenbezogener Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung unter dem Leitkonzept der ICF gewinnt zunehmend Bedeutung (vgl. Schuntermann 2005). Hierzu entwickelten bspw. Viol et al. (2006; 2007) eine umfangreiche Zusammenstellung von Anhaltspunkten zu den personenbezogenen Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die je nach Fragestellung ausgewählt und zusammengestellt werden können.

gleichbleibende Leistungsvoraussetzungen) (Hager 2009; Ueberschär und Heipertz 2002; Ueberschär 2006) und andererseits unter dem Aspekt altersabhängiger Veränderungen der Kompensationsfähigkeit bestimmter Erkrankungen betrachtet (Lorenz 2005).

Im Hinblick auf Prävalenz und Ätiologie von Krankheiten sowie mit Blick auf Erwerbsverläufe spielt das *Geschlecht* der Versicherten eine große Rolle. Dies zeigt sich insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen (vgl. Rohm und Richter 2006). Auch innerhalb der Prävalenz psychischer Störungen zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Mit Ausnahme von Psychosen und Substanzstörungen sind Frauen etwa doppelt so häufig von Angststörungen und depressiven Störungen betroffen (vgl. Jacobi und Harfst 2007), Erkenntnisse, die sich auch in der Statistik der Erwerbsminderungsrenten widerspiegeln, in der prozentual deutlich mehr Frauen als Männer auf Grund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen berentet werden (s. Kapitel 2.1). Hartmann (2005) führt zur Frage, ob eine geschlechtsspezifische Leistungsbeurteilung aus arbeitsmedizinischer Sicht erforderlich sei, aus, dass Frauen und Männer in der Regel – abgesehen von interindividuellen Unterschieden, unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen (hier insbesondere im Bereich der Muskeln und Herz-Kreislauf), Risiken und Belastungen sowie Bewältigungsstrategien aufweisen. Daraus resultiert für die Begutachtungspraxis, dass medizinisch begründbare Leistungen getrennt nach Männern und Frauen nur im Bezug zu bestimmten Anforderungssituationen (Erwerbsarbeit und Alltagsgestaltung) bewertet werden können. Lorenz (2005) hält diesem Argument aus fachärztlicher-internistischer Sicht entgegen, dass in der körperlichen Belastbarkeit der rein geschlechtsspezifische Unterschied nur bei 20% liegt und damit in der Beurteilung der ergometrischen Leistungsfähigkeit vernachlässigt werden kann. Weitaus stärkeren Einfluss haben bspw. der Fett- und Muskelanteil im Körper, Körpergröße, Alter, Trainingszustand. Die Beurteilung der ergometrischen Leistungsfähigkeit kann damit nicht pauschal erfolgen. An den hier vorgestellten Argumenten wird ein Spannungsverhältnis zwischen einer eher sozialmedizinisch weiten und einer sozialmedizinisch engen Perspektive deutlich. In einer weiteren Perspektive zeigt sich, dass Prävalenz und Ätiologie von Störungen bei Frauen nur begrenzt über biologisch-geschlechtsspezifische Merkmale oder über deren Interaktion mit sozialen Variablen beschreibbar sind. Erwerbsbeteiligung und die von Frauen ausgeübten Berufe und Tätigkeiten werden durch gesellschaftliche Bedingungen eigenständig beeinflusst werden, wie sich an den Erwerbsverläufen von Frauen zeigt. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich im Erwerbsverlauf (reduzierte Stundenzahl, Erziehungszeiten, usw.), in der branchenspezifischen Berufstätigkeit (typischerweise Sozial- oder Gesundheitsberufe mit großem psychischen Belastungspotenzial) als auch in den besonderen Herausforderungen in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Qualitätssicherung

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Strukturen und Prozesse der sozialmedizinischen Sachaufklärung kann in diesem Zusammenhang auf einige Maßnahmen der Qualitätssicherung verwiesen werden, die eine einheitliche Grundlage von Beurteilungskriterien¹³ liefern und eine Gleichbehandlung der Antragsteller sicherstellen sollen, wie z.B. indikationsspezifische Leitlinien für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung oder verbindliche Hinweise für die Erstellung ärztlicher Gutachten für die DRV¹⁴. Daneben hat sich die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) umfassend mit den DRV-internen Qualitätssicherungsmaßnahmen auseinandergesetzt und in einem ausführlichen Bericht veröffentlicht (VDR 2004). Das Ziel zahlreicher aktueller Forschungsaktivitäten und Beiträge richtet sich auf die Entwicklung einer Grundlage, die es ermöglicht, die Qualität sozialmedizinischer Begutachtung und Gutachten (Cibis 2005; 2008; Schmid 2005; Weber 2005; Ueberschär 2008) entsprechend einem einheitlichen Anforderungsprofil und einheitlicher Beurteilungskriterien kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu sichern. In diesem Rahmen wurden Optimierungspotenziale identifiziert und gezielte Handlungsempfehlungen gegeben, für deren praktische Umsetzung die Projektgruppe „*Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung*“ verantwortlich ist (DRV 2007b; DRV 2009a; Legner und Cibis 2007). Ein wesentlicher Schwerpunkt dieser Handlungsempfehlungen liegt in der Forderung, einheitliche Standards für die Begutachtung nach Aktenlage zu entwickeln, die die Transparenz im Entscheidungsprozess sozialmedizinischer Sachaufklärung zu fördern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sozialmedizinische Begutachtungsprozesse einer Unsicherheit unterliegen, nämlich, ob die zu treffende Entscheidung alle relevanten objektiven Daten und subjektiv dargestellten Aspekte in angemessener Weise und umfassend berücksichtigt und schlüssig, transparent und nachvollziehbar für die Betroffenen und je nach Kontext für den Leistungsträger dargestellt wurde. Ein besonderes Spannungsverhältnis besteht dabei zwischen den Befunden und objektivierbaren Daten (z.B.

¹³ An dieser Stelle sollen die in den letzten Jahren entwickelten Assessment- und Dokumentationsverfahren (z.B. EFL; IMBA, ERGOS) und deren Bedeutung für sozialmedizinische Begutachtungen Erwähnung finden (vgl. auch Glatz 2008). Diese sollen den Vergleich zwischen Leistungsprofil und Anforderungsprofil ermöglichen und zielen auf eine verbesserte Einschätzung des persönlichen Leistungsprofils ab bzw. schärfen den Umgang mit dem Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarktes. Beispielsweise werden in medizinisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen gezielt individualisierte Arbeitsplatzprofile in die Behandlung einbezogen. So entwickelten Hesse et al. (2007) eine Indikatorenliste (IREPRO), die als Strukturierungshilfe den gutachterlichen Entscheidungsprozess unterstützt und in der systematischen Beurteilung von Reintegrations-Prognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Begutachtung Anwendung findet.

¹⁴ Als grundlegende Veröffentlichung sei hier auf das Buch zur sozialmedizinischen Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung (VDR 2003) hinzuweisen, dass allerdings den praktisch tätigen Gutachter wenig klare Kriterien für die Bewertung individueller Faktoren in Bezug auf prognostische Entwicklungen noch eindeutige Entscheidungshilfen für die Bewertung des Leistungsvermögens bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gibt (Schian 2009).

Messungen) und häufig nicht zu objektivierenden subjektiven Darstellungen des Schweregrads und der Auswirkungen der entsprechenden Erkrankung (besonders bei Schmerzerkrankungen). Körner (1999) spricht in seinen Ausführungen über die Beurteilung des Leistungsvermögens in der Rentenversicherung über eine ‚gutachterliche Verunsicherung‘ (77) und veranschaulicht in seinem Modell zum Prozess der gutachterlichen Urteilsbildung das Spannungsverhältnis zwischen einer stark regelgeleiteten Sichtweise (Messergebnisse, Funktionsdiagnostik – harte Daten) und einer weniger standardisierten Sichtweise (Gesamteindruck, Alltagsablauf – weiche Daten). Nach dem Prinzip des überlaufenden Fasses prüft der Arzt, ob nach dem ersten Urteilsfindungsschritt, d.h. auf Grundlage der harten Daten bereits eine Entscheidung z.B. nach Aktenlage getroffen werden kann. Läuft sein ‚Entscheidungsfass‘ noch nicht über, werden weiche Daten hinzugezogen, um zur Entscheidung zu gelangen. Wesentliches Merkmal dieses Prozesses ist – neben fachspezifischem Wissen - das Erfahrungswissen des Arztes, das es ihm ermöglicht die Komplexität eines Falles durch ‚qualitative Sprünge‘ (78) in ein quantitatives Leistungsbild zu fassen. Die Hinzuziehung weicher Daten ist nach Körner unvermeidlich und sollte nicht geleugnet werden. Vielmehr geht es darum, sie transparent zu machen und sie nachvollziehbar darzustellen, so dass deutlich wird, welche Befunde und Indizien der Schlussfolgerung zu Grunde liegen und auf welcher Grundlage der Schwellenwert für die Entscheidung für oder gegen eine EM-Rente festgelegt wurde.

Entscheidungen in diesem Feld zeichnen sich durch eine hohe Komplexität aus, d.h. die Gutachter müssen mit der nötigen Sorgfalt und nach bestem Wissen und Gewissen ein Gutachten erstellen und dabei einerseits Leitlinien und Regelungen beachten und andererseits fallbezogen und anforderungsbezogen, im Sinne der Arbeits- und Alltagswelt gewichten und bewerten. Die sozialmedizinische Einzelfallbetrachtung findet im Rahmen des ärztlichen Ermessens- und Beurteilungsspielraumes statt, der kein Willkürraum, sondern notwendig für die Gesamtschau der Befunde ist (Cibis 2002). Grundsätze, Verfahrensrichtlinien und Leitlinien sowie Standards fungieren dabei als Leitplanken und Grenzmarkierungen, können aber den fallspezifischen Ermessens- und Beurteilungsspielraum nicht aufheben. So ist es nicht verwunderlich, wenn ein und derselbe Versicherte von unterschiedlichen Gutachtern ggf. unterschiedlich beurteilt wird, wie dies im Gerichtswesen durchaus der Fall ist, ohne dass von Fehlurteilen gesprochen wird. Ganz allgemein muss man hier zwischen unterschiedlichen, aber fachlich und juristisch gedeckten Interpretationen und Lesarten ausgehen, die sich in den jeweiligen sozialmedizinischen Entscheidungen oder in juristischen Kommentaren zu Gerichtsurteilen niederschlagen. Davon zu unterscheiden sind Fehlurteile, die nachweislich auf mangelnde Sorgfalt, fachlich fehlerhafte Bewertungen oder auf Ungleichbehandlung, Diskriminierung usw. beruhen.

„Die Interpretation von fachgerecht erhobenen Befunden sind allerdings schon eher der sog. Ärztlichen Kunst zuzuordnen. Richtlinien können auf dieser Ebene bei der „Wahrheitsfindung“ oder der Erkenntnisgewinnung nicht weiter helfen, sie sind ein relativ starres, aber i. d. R. sehr weites Korsett für die Begutachtung.“ (Cibis 2002: 52)

Auch Mutschler (2002) räumt aus der Sicht eines Juristen ein, dass sich die spezifischen Probleme in der Begutachtung sich nicht durch zusätzliche Normen oder Verwaltungsvorschriften verbessern lassen und diese keine zusätzliche Rechtssicherheit vermitteln können. Die Bewertung des Einzelfalles ist daher immer erforderlich¹⁵. Richtlinien bieten eine gute Orientierungshilfe für typische Fallgruppen; eine abschließende Klärung von Zweifelsfragen ist dadurch allerdings nicht möglich. Letztendlich unterliegen sozialmedizinische Gutachten einer abschließenden juristischen Prüfung - in gerichtlichen Verfahren als auch im Rahmen prüfärztlicher Begutachtungen – d.h. unter der juristischen Perspektive (etwa im Widerspruchsverfahren vor Sozialgerichten) und im Kontext der organisationsbezogenen Verortung der Sozialmedizin behält der Prüfarzt die Rolle des *Sachverständigen* der in seiner Beurteilung des Einzelfalles nicht vollkommen frei ist (44), weil seine fachliche Einschätzung mit der juristischen kompatibel gemacht werden muss.

Von besonderem Interesse für das vorliegende Projekt sind demnach die Fragen, inwiefern die ermittelten Leistungseinschätzungen in ein Verhältnis zu bestimmten Anforderungen in Erwerbsarbeit und Alltag gestellt und wie differenziert und kontextbezogen Leistungsmessungen bewertet (als Ressourcen und Barriere der Teilhabe oder in Bezug zur Rentenantragstragstellung/Motivation) werden. Lassen sich bestimmte Konstellationen und Anhaltspunkte identifizieren, die fallübergreifend ähnlich bewertet werden? Wie bewusst reflektieren die Prüfarzte die individuellen Fallkonstellationen und Beziehungsgeflechte vor dem Hintergrund von Leitlinien und Verwaltungsanweisungen?

2.3 EM-Renten Begutachtung in der DRV – Kernbereiche und Rahmenbedingungen der Aktenlageentscheidungen

Die sozialrechtliche Rahmung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im SGB VI und im SGB II

Eine wesentliche Herausforderung der medizinischen Sachaufklärung bildet die Feststellung des quantitativen Leistungsbildes hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Der allgemeine Arbeitsmarkt bzw. Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sind die zentrale Bezugsgröße, auf die hin das quantitative Leistungsbild erstellt wird. Für

¹⁵ Vgl. für eine ähnlich gelagerte Diskussion zu evidenzbasierten Leitlinien in der Akutmedizin: Vogd (2004b).

alle Versicherten, die nach 1960 geboren wurden, ist allein diese Bezugnahme relevant, die letzte vorherige Tätigkeit dagegen ist nicht mehr bedeutsam.

In der Aktenlage ist das Leistungsbild sowohl auf die letzte ausgeübte Tätigkeit als auch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu beziehen. Bei Antragsstellern, die vor 1961 geboren sind, gibt es noch einen Berufsschutz¹⁶, d. h. die Rente wird bewilligt, wenn der Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, auch wenn andere Tätigkeiten denkbar wären. Jüngere Antragssteller haben keinen Berufsschutz mehr. Bei ihnen wird ebenfalls die letzte ausgeübte Tätigkeit bei der sozialmedizinischen Beurteilung berücksichtigt, entscheidend ist aber das Leistungsbild bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit war unter dem Begriff „allgemeiner Arbeitsmarkt“ der Arbeitsmarkt für ungelernte oder einfache angelernte Tätigkeiten mit einer Einarbeitungsdauer unter 3 Monaten zu verstehen. Diese Einschränkung gilt seit Inkrafttreten der Neufassung des § 43 SGB VI am 01.01.2001 nicht mehr. Durch die Neuregelung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in § 43 Abs. 1 und 2 SGB VI ab 01.01.2001 wird das zeitliche Leistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes maßgebliches Entscheidungskriterium.

Der Begriff des allgemeinen Arbeitsmarktes ist gesetzlich nicht definiert und findet sich in unterschiedlichen rechtlichen Zusammenhängen. Im Bereich der Arbeitsverwaltung wird der Begriff des Arbeitsmarktes in den Zusammenhang der geforderten Verfügbarkeit des Arbeitssuchenden für zumutbare Beschäftigungen gestellt, die von der Arbeitsagentur im Rahmen der „üblichen Bedingungen“ vermittelt werden:

„Den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit steht zur Verfügung, wer eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf (§ 119 Abs. 5 Zif 1 SGB III)“

Der in Betracht kommende Arbeitsmarkt erstreckt sich dabei räumlich und fachlich grundsätzlich auf das gesamte Bundesgebiet.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ist der allgemeine Arbeitsmarkt Maßstab für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Hier ist das zeitliche Leistungsvermögen des Versicherten (quantitatives Leistungsbild) „unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ festzustellen (§ 43 Abs 1 und 2 SGB VI). Im Bereich der gesetzlichen

¹⁶ „Berufsschutz wird aus dem qualitativen Wert des bisherigen Berufes abgeleitet, der sich nach Art und Umfang der vor Eintritt der Erwerbsminderung nicht nur vorübergehend versicherungspflichtigen ausgeübten Tätigkeit und der dafür erforderlichen Qualifikation bemisst. Danach hat Berufsschutz, wer eine mindestens zweijährige Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen hat, diesen Beruf auch ausgeübt hat oder tarifrechtlich dem gleichgestellt war. Zur Einordnung beruflicher Tätigkeiten hat das Bundessozialgericht (BSG) ein Mehrstufenschema entwickelt. Bei der Prüfung, ob ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit besteht, bildet der Berufsschutz die Grundlage für die Bestimmung der sozialen Zumutbarkeit alternativer Verweisungstätigkeiten und schränkt ggf. die Verweisungsbreite ein.“ (DRV 2009b)

Rentenversicherung ist „allgemeiner Arbeitsmarkt“ nun so zu verstehen, dass er jede nur denkbare Erwerbstätigkeit außerhalb einer beschützenden Einrichtung umfasst, für die auf dem Arbeitsmarkt (in einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten) Angebot und Nachfrage bestehen, unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung. Allerdings sind nur solche Tätigkeiten in Betracht zu ziehen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind. Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst sowohl alle abhängigen Beschäftigungen als auch „selbständigen“ Tätigkeiten. Der Begriff „allgemein“ soll von Sonderbereichen – wie z. B. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – abgrenzen (s. SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)“ (DRV 2009b).

In der Sozialmedizin wird der allgemeine Arbeitsmarkt entsprechend dem Sozialmedizinischen Glossar der DRV (DRV 2009b), das den Prüfärzten bekannt ist, wie folgt definiert: Allgemeiner Arbeitsmarkt ist so zu verstehen, „dass er jede nur denkbare Erwerbstätigkeit außerhalb einer beschützenden Einrichtung umfasst, für die auf dem Arbeitsmarkt (in einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten) Angebot und Nachfrage bestehen, unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung. Allerdings sind nur solche Tätigkeiten in Betracht zu ziehen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind.“ (24f.). Der Einschub, der sich auf alle Erwerbstätigkeiten „unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung“ bezieht, ist bedeutsam im Hinblick auf die oben bereits angesprochene Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Rechtslagen für die Jahrgänge vor bzw. nach 1961. Während die älteren Jahrgänge Berufsschutz genießen und Verweisungstätigkeiten im qualitativen Zusammenhang mit dem erlernten oder zuletzt ausgeübten Beruf stehen müssen, wird die Beurteilung der jüngeren Versicherten ohne Rücksicht auf eine „qualitative Einordnung“ auf den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt bezogen. Damit ist „jede nur denkbare Tätigkeit“ ein möglicher Verweisungsberuf.

Der allgemeine Arbeitsmarkt nach dieser Definition umfasst also „jede nur denkbare Tätigkeit“ mit der Einschränkung, dass sie „üblich“ ist. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt können also keine nur theoretisch denkbaren Arbeitsplätze herangezogen werden, sondern nur solche, die es tatsächlich gibt und zwar in einer relevanten Anzahl. Mit der Formulierung „Angebot und Nachfrage“ wird die Fragestellung des Angebotes an Arbeitsplätzen dann aber doch in die Definition aufgenommen. Dabei geht es für die Rentenversicherungsträger nicht darum, ob diese Arbeitsplätze für den Versicherten tatsächlich konkret in Frage kommen, d.h. ob sie zu besetzen sind. Die Frage des tatsächlichen Vorhandenseins freier Arbeitsplätze gehört in den Arbeitsbereich der Arbeitsagentur. Die Definition bleibt hier in der Systematik der Zumutbarkeitsregeln im SGB II.

Ausdrücklich erwähnt die Definition des allgemeinen Arbeitsmarktes die „Vielzahl von Teilarbeitsmärkten“. Wie diese jeweils zugeschnitten sein könnten, bleibt offen. Eine allgemeine Regelung der zumutbaren Arbeitswege gibt es nicht. Ob mit der „Vielzahl von Teilarbeitsmärkten“ auch inhaltliche Abgrenzungen gedacht sind, ist nicht ganz klar. Es würde sich allerdings um einen Widerspruch innerhalb der Definition handeln, da sie Tätigkeiten ausdrücklich „unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung“ bestimmt. Teilarbeitsmärkte können sich schließlich, unabhängig von der qualitativen Einordnung einer Tätigkeit, auch auf Branchen beziehen.

Welche Bedeutung der Einschub „in einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten“ für die praktische Arbeit der Sozialmediziner hat, ist eine weitere Frage. Gilt es bei der Entscheidung über das Leistungsbild den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt als Ganzes zu berücksichtigen oder bedeutet der Einschub, dass nur ein jeweils zu bestimmender Teilarbeitsmarkt relevant ist? Naheliegender erscheint es, dass die Bezugnahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in einer strukturstarken Region anders ausfallen kann (wird) als in einer strukturschwachen Region. Eine solche Differenzierung ist allerdings problematisch, da ja das Arbeitsplatzrisiko, wie gesagt, von der Agentur für Arbeit versichert ist, nicht aber von der Rentenversicherung. Auch bestimmte Berufsbilder mögen nicht in jedem regionalen Arbeitsmarkt vorkommen (Bergführer in Norddeutschland, Heringsfischer im Süde etc.). Die Beschränkung auf bestimmte Branchen scheint ebenso wie die ausdrücklich ausgeschlossene qualitative Einordnung in der Praxis nicht vorgesehen zu sein.

Unter die üblichen Bedingungen des Allgemeinen Arbeitsmarktes fallen darüber hinaus folgende Aspekte, die mit Blick auf die Antragsteller/-innen zu berücksichtigen sind:

- einzuhaltende **Rechtsnormen**, wie individuell– oder kollektivvertragliche Vereinbarungen,
- der **Zeitfaktor**, der angibt, dass der Versicherte an jedem Tag der Woche Arbeitsleistungen einbringen können muss,
- **Regelmäßigkeit**, d.h. wenn bereits eine hohe Anzahl von AU-Tagen vorliegt oder viele Arbeitspausen nötig sind, ist diese Bedingung nicht mehr erfüllt,
- **vorhandene Arbeitsplätze**, z.B. müssen Arbeitsplätze in nennenswertem Umfang in Wohnortnähe vorhanden sein (vgl. VDR 2003).

Die bestehende Arbeitsmarktsituation zum Zeitpunkt der EM-Rentenstellung kann die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers auch direkt beeinflussen.

Außerdem werden nach dem EM-REformG wegen der derzeit noch bestehenden ungünstigen Arbeitsmarktsituation die konkrete Betrachtungsweise und damit die arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten bis auf weiteres beibehalten. Versicherte mit einem Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich, die damit teilweise erwerbsgemindert sind und daher an sich nur einen Anspruch auf eine halbe

Erwerbsminderungsrente haben, erhalten dennoch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie keinen Teilzeitarbeitsplatz finden können. Die Beibehaltung der konkreten Betrachtungsweise hat zur Folge, dass die Risikoverteilung zwischen Arbeitslosen- und Rentenversicherung weiterhin zuungunsten der Rentenversicherung verschoben bleibt.“ (VDR 2003: 22)

Die leitende Fragestellung für den beratenden Arzt „Kann der Versicherte noch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden täglich verrichten erfordert neben der medizinischen Fachkompetenz das Wissen um Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und einen ständigen Vergleich zwischen dem Anforderungsprofil und dem persönlichen Leistungsprofil unter verwaltungsrechtlich-administrativen Vorgaben auf der einen und der arbeitsmarktpolitischen Realität auf der anderen Seite. Im Kontext der gutachterlichen Tätigkeit für Sozialgerichtsverfahren wird diese Problematik aktuell ebenfalls aufgegriffen und zugespitzt durch Gagel (2009) formuliert, indem er die Kompetenz des Gutachters in Frage anzweifelt, die Frage nach der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beantworten zu können, da er weder die Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kennt, noch über Verfahren verfügt, die zeitliche Belastung zu messen. Er bewegt sich damit auf einer Ebene außerhalb seiner Sachkunde. Inwieweit dieser Vorbehalt auf Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin tatsächlich zutrifft, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Mit Blick auf die für Antragsteller folgenreiche Entscheidung ist Gagel aber insoweit zuzustimmen, als die sozialmedizinische Sachkunde hier über die rein medizinische Feststellung etwa der Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparats hinausgehen müsste.

Die sozialmedizinische Bestimmung des Leistungsvermögens und seine Schwierigkeiten

Der Maßstab für die Feststellung des **Leistungsvermögens** des Versicherten ist die ihm verbliebene Erwerbsfähigkeit in jeder denkbaren Tätigkeit, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Erwerbsfähigkeit bezeichnet damit die Fähigkeit eines Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen (DRV 2009b: 39). Zentrale Einflussfaktoren auf die individuelle Erwerbsfähigkeit sind neben der Qualifikation des Versicherten, die körperliche, geistige und seelische Leistungsfähigkeit sowie, als objektives Merkmal, die Verwertbarkeit der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Abbildung 2).

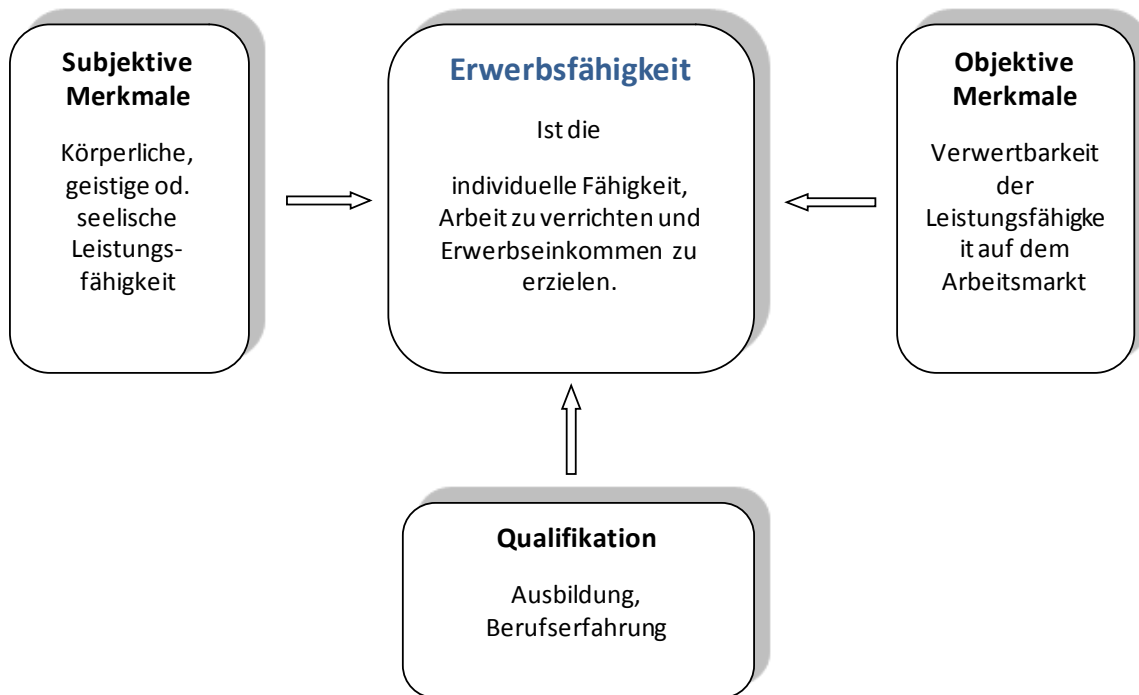


Abbildung 2: Einflussfaktoren der Erwerbsfähigkeit (nach VDR 2001)

Dem Prüfarzt stehen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten ausschließlich Dokumente zur Verfügung, die ihm gesammelt in der Akte vorgelegt werden (vgl. Kapitel 5). Dies sind im Einzelnen z. B. Versicherungsverlauf mit Hinweisen zu Zeiten der Erwerbstätigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) sowie Kindererziehungszeiten, Erwerbsminderungsantragsdokumente mit Angaben zum Grund der Antragstellung (Gesundheitsstörungen), Befundberichte niedergelassener (Fach-)Ärzte, ggf. bereits in Auftrag gegebene externe fachärztliche Gutachten, je nach Verfahren frühere Voten zum Rentenantrag, Reha-Entlassungsberichte, Atteste und weitere persönliche Dokumente (Foto, Anschreiben etc.).

Die Prüfarzte müssen im Verlauf des Begutachtungsprozesses den Antrag, die Befunde und Gutachten, den Erwerbsverlauf etc. gewichten und dabei eine Vielzahl von Übersetzungsleistungen erbringen. Zum einen gilt es, medizinisches Regelwissen auf den Einzelfall anzuwenden und im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Kontextes zu bewerten. Dieser Transfer wird von Bochnik (1987) als 3-schrittiger Prozess beschrieben: von der Regelanalyse (Diagnostik) und Strukturanalyse (Individuum) zur Behinderungsanalyse. Zum anderen muss der Prüfarzt die von ihm bewerteten und gewichteten und ggf. neu ermittelten Informationen zusammentragen und in ein vom Gesetzgeber vorgegebenes Kategoriensystem der quantitativen Leistungsfähigkeit einordnen und die individuellen Funktionseinschränkungen in ein *zeitliches Leistungskontinuum* transferieren (Hesse und

Gebauer 2011). An dieser Stelle muss er direkt einen Bezug zum (nicht ganz eindeutigen) Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarkts herstellen.

Zimmermann (1994) stellte bereits in den 90er Jahren die Problematik der Feststellung des Versicherungsfalls durch die Sozialmediziner dar und resümiert zugespitzt, dass es sich letztlich oft um ein Glücksspiel handelt, ob jemand eine Rente bekommt oder nicht. Der Autor hält es für unmöglich, das Restleistungsvermögen in ein zeitliches Schema zu pressen. Die Suche nach allgemeingültigen Maßstäben und wissenschaftlich gesicherten Methoden führt nach Zimmermann ins Leere.

„Da objektive Krankheitsbefunde keine exakten Aussagen über biologisch funktionale Auswirkungen zulassen, organisch-metrische Interpretationen komplexeren Krankheitsgeschehnissen nicht gerecht werden und die zu begutachtenden Persönlichkeiten vor allem im Hinblick auf ihre geistig-seelischen Bereiche zu vielschichtig sind, ist daher die Annahme einer exakten metrischen Begutachtbarkeit illusionär.“ (Zimmermann 1994: 234)

Cibis (2004) resümiert vor dem Hintergrund des neuen Rechts wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 43 SGB VI, 01.01. 2001), dass wissenschaftlich ausreichend fundierte und evaluierte Methoden zur Beurteilung der zeitlichen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben noch nicht existieren und die fachliche Qualifikation des Gutachters, seine persönlichen Fähigkeiten und seine Erfahrung für jede sozialmedizinische Begutachtung weiterhin von grundlegender Bedeutung sind (ebd. 63).

Begutachtung im Kontext uneindeutiger Konstellationen

In der Regel liegt keine eindeutige Konstellation von Befunden vor, so dass ein eindeutiges Leistungsbild nicht ohne weiteres ableitbar ist. Im Kontext der Fragestellung dieser Studie soll untersucht werden, nach welchen Kriterien der Prüfarzt Informationen auswählt und in seine Bewertung einfließen lässt, welche Informationen ihm an welcher Stelle warum fehlen und er entweder in der Akte gezielt danach sucht oder neu beschaffen muss (vgl. auch Blindow 2004 und Schmidt 2004).

„Der Gutachter muss in diesen Fällen nach Hinweisen suchen, die ihm helfen, den Unsicherheitskorridor zu überbrücken.“ (Hesse und Gebauer 2011: 19)

Die damit verbundenen Entscheidungen muss der Arzt unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Zeitressourcen treffen, wobei der Versicherte grundsätzlich so gering wie möglich belastet werden soll, d.h. eine persönliche Untersuchung und Befragung ist, wenn sie vermeidbar ist, als nicht zumutbare Belastung des Antragstellers zu sehen (DRV 2007b: 150). Die sich vor diesem Hintergrund abzeichnende subjektive Ebene des Begutachtungsprozesses wird deutlich, wenn es im SOMEKO-Bericht heißt, dass für jede

Form der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung für den Gutachter wichtig ist, seine eigene emotionale Beteiligung am Begutachtungsprozess zu reflektieren, um das Ergebnis nicht zu verzerren.

Die Besonderheit des Arbeitskontextes der sozialmedizinischen Begutachtung und prüfärztlichen Beurteilungen besteht darin, dass Prüfärzte nur eine *beratende Funktion* als Sachverständige im Erwerbsminderungsrentenantragsverfahren besitzen. Die endgültige sozialrechtliche und leistungsrechtliche Würdigung obliegt der Verwaltung, bei Widerspruchsverfahren den Widerspruchsausschüssen und schließlich der Sozialgerichtsbarkeit. An dieser Stelle kann die Darstellung eines Prüfarztes angeführt werden, der erläuterte, anhand welcher Kriterien „die Verwaltung“ (Juristen, Verwaltungsangestellte, berufskundlicher Dienst) über ein quantitatives Leistungsbild entscheiden:

- **Minimale Voraussetzungen des Arbeitnehmers** um auf dem Arbeitsmarkt tätig zu sein: 2 Augen, 2 Ohren, 2 Hände, die Fähigkeit zu gehen und zu sitzen
- **Voraussetzungen des Arbeitsmarktes** wird bestimmt durch Angebot und Nachfrage und
- **Arbeitsanforderungen** - hier der niedrigsten Berufsgruppe 0, der Pförtnertätigkeit (3 Monate Anlernzeit). Gemäß dem Mehrstufenschema ist es juristisch zumutbar, eine Stufe niedriger als die ursprüngliche Qualifizierung zu arbeiten, d.h. ein Ingenieur wird zum Facharbeiter. Allerdings kann auch eine Pförtnertätigkeit wiederum variieren, da z.B. ein Paraplegiker durchaus in einer Behinderteneinrichtung Pförtner sein kann, aber z.B. nicht bei der DRV, da hier die Einstellungsbedingungen z.B. körperlich anspruchsvoller sind (Löscharbeiten muss er/sie durchführen können).

Sozialmedizinisch tätige Ärzte bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen ärztlicher und juristischer Perspektive (Francke und Gagel 2009)¹⁷. Francke (ebd.) stellt einleitend fest, dass Mediziner und Juristen sich durch Denkweise und Sprachgebrauch unterscheiden: „Fragen und Antworten des einen sind für den Anderen oft nicht nachvollziehbar“ (23). Damit stehen Juristen vor der Herausforderung, die unterschiedlich zu bewertenden und widerlegbaren Aussagen des Gutachtens zu überprüfen und mit den Darstellungen ihres Mandanten abzugleichen.

Kritisch setzte sich Zimmermann (1994) bereits früher mit der Rolle des Mediziners in diesem juristisch geprägten Arbeitskontext auseinander. Er thematisiert die ‚Verständigungs- und Verständnisproblematik‘ zwischen Ärzten und Juristen und sieht grundsätzlich

¹⁷ Im Vordergrund stehen medizinische Gutachten, die durch die Juristen im Rahmen sozialgerichtlicher Verfahren eingeholt werden. Die Frage nach Kriterien der Leistungsbeurteilung, Qualitätssicherung aus unterschiedlichen Perspektiven ist für unsere Fragestellung aber durchaus relevant.

unterschiedliche Denkansätze: Mediziner orientieren sich an naturwissenschaftlichen Methoden, sowie an erlebter Erfahrung und Intuition, was zu Entscheidungen führen kann, die ein „mehr oder weniger“ oder ein „sowohl als auch“ enthalten können. Pathogenetische Mechanismen haben das Gewicht einer mehr oder weniger großen Wahrscheinlichkeit. Juristen denken dagegen deduktiv von den abstrakten Rechtsnormen ausgehend, zu denen ein Einzelfall mit so hoher Wahrscheinlichkeit zuzuordnen ist, dass berechnete Zweifel auszuschließen sind. Hier gilt die Regel des „entweder-oder“.

Ein als sozialmedizinischer Sachverständiger tätiger Arzt muss daher einen wesentlichen Rollenwechsel vornehmen. Zimmermann geht davon aus, dass die fachfremden Aspekte der jeweiligen Tätigkeit kaum sinnvoll integriert werden (können). Er warnt davor, dass der juristische Entscheidungszwang auf die medizinischen Sachverständigen abgewälzt wird, dass außermedizinische Fragen beantwortet werden, dass Gutachtenergebnisse als sicherer hingestellt werden, als sie es sind. Insbesondere auch die berufskundlichen Kenntnisse glaubt Zimmermann bei den Medizinern nicht systematisch voraussetzen zu können.

Als Ausweichstrategie unter den damaligen juristischen Bedingungen sieht er bei den Ärzten Entscheidungen, die Erwerbsunfähigkeit im alten Beruf bescheinigen, aber „vollsichtige“ Erwerbsfähigkeit am Arbeitsmarkt. Damit werde der „schwarze Peter“ an die Juristen gegeben.

Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass sozialmedizinische Entscheidungen durch einen juristisch geprägten Arbeits- und Entscheidungskontext auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst sein können. Hier könnte zum einen vermutet werden, dass die Begründungen entsprechender Entscheidung nach Aktenlage indirekt und direkt durch den Prüfarzt strategisch formuliert und verständlich gemacht werden, so dass „die Verwaltung“ die Entscheidung als plausibel wahrnimmt und dem Gutachterurteil folgt. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass sich Prüfarzte in ihren Entscheidungen durch persönlich erfahrene ‚Niederlagen‘ vor dem Sozialgericht oder öffentlich einsichtige richterliche Urteile beeinflussen lassen und ähnlich gelagerte Fallkonstellationen bereits während der Beurteilung eine entsprechende Entscheidungstendenz haben.

„Dass die Erwartungshaltung des jeweiligen Auftraggebers zwar nicht für den Ausgang des Gutachtens maßgeblich sein sollte, in der Praxis aber oft ist, ist eine berufliche Erfahrung aller Beteiligten an Verfahren, in denen sozialmedizinische Beurteilungen entscheidungserheblich sind.“ (Gagel 2009:36)

Ob sich das angesprochene Spannungsverhältnis tatsächlich in dieser Schärfe wieder findet und welchen Einfluss der juristisch geprägte Arbeits- und Entscheidungskontext im Rahmen der Aktenlagebeurteilung hat, wurde in der empirischen Erhebung der vorliegenden Studie thematisiert. Dabei ist zwischen der Unterschiedlichkeit fachwissenschaftlicher Kulturen und Standards auf der einen und Status- und Anerkennungsproblemen zwischen

Sozialmediziner und Juristen bzw. Verwaltungsmitarbeitern auf der anderen Seite zu unterscheiden (vgl. 6.1.4).

Zur Besonderheit von Aktenlageentscheidungen

Die spezifischen Herausforderungen von reinen Aktenlageentscheidungen bei der DRV-Bund werden in der Gegenüberstellung zur Praxis der persönlichen Begutachtung wie sie teilweise bei den Regionalträgern praktiziert wird, besonders deutlich. Zunächst ist festzuhalten, dass Aktenlageentscheidungen ohne eine durch den Prüfarzt vorgenommene persönliche Untersuchung getroffen werden. Über die im Einzelfall erforderliche Vorgehensweise der Begutachtung - persönliche externe Untersuchung oder nach Aktenlage - muss der beauftragte Sachverständige in eigener Verantwortung und unter Beachtung der Qualitätsstandards (DRV 2007a) entscheiden. Im Begutachtungsprozess muss der Prüfarzt damit konstant Entscheidungen treffen, die möglichst transparent, nachvollziehbar, sachlich korrekt und rechtsfest begründet werden müssen. Unter anderem ergeben sich im Prozess der Begutachtung folgende offensichtliche Fragen:

- Reichen die Informationen in der Akte aus, um eine Entscheidung nach Aktenlage zu treffen?
- Müssen externe Gutachten, weitere Befunde und Informationen angefordert werden?
- Wie können diese Unterlagen oder Informationen beschafft werden (schriftlich, telefonisch etc.)?
- Reicht die eigene Fachkompetenz aus, diese Fragestellungen zu beantworten oder muss ein Kollege konsultiert werden?

Die Bewertung der Informationen ist damit eine *Bewertung über Bewertungen*, die Entscheidung wird über bereits Entschiedenenes getroffen. Aus einer soziologischen Außenperspektive wird hier das Paradox sichtbar, dass die Sozialmediziner mindestens ebenso sehr wie über die Berechtigung des Wunsches der Antragsteller auf eine Erwerbsminderungsrente über die Qualität der Arbeit von Kollegen entscheiden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Qualität von Gutachten, Befunden und Berichten über den Versicherten eine besondere Bedeutung und ist abhängig von der Beurteilungskompetenz der jeweiligen Ärzte. Dabei steht die Akte selbst im Mittelpunkt der Beurteilung und steuert durch die in ihr dokumentierten Informationen (und das Fehlen von Informationen) den Prozess der Entscheidungsfindung und Informationsverarbeitung. Damit bilden die Akte und das jeweilige Vorgehen bei der Aktenbearbeitung durch den Prüfarzt auch einen strategischen Ansatzpunkt zur Analyse von Entscheidungsprozessen in der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kapitel 4.2.2).

3. Entscheidungen und Entscheidungen im Blickpunkt der Forschung

Entscheidungsprozesse: Heuristiken und Determinanten

Von Entscheidungen im Berufsleben, in der Wissenschaft in der Wirtschaft und in Organisationen wird in modernen, von der Aufklärung und den Wissenschaften geprägten Gesellschaften angenommen, dass sie auf der Basis von ausreichender Information, wissenschaftlicher Expertise und beruflicher Erfahrung, regelgeleitet und nach rationalen Gesichtspunkten unter Abwägung der verschiedenen Alternativen und der Folgen der jeweiligen Entscheidung für den Patienten, für die Organisation, für den Standort, etc. durch wissenschaftlich ausgebildete Fachkräfte getroffen werden. Da es ein Charakteristikum von Entscheidungen ist, dass sie riskant sind und, die getroffene Wahl sich im Nachhinein als falsch erweisen kann, müssen sie vor anderen Personen, der Geschäftsleitung bis ggf. vor Gerichten etc. als verantwortungsvoll, d.h. rational begründbar erscheinen und belegbar regelhaft durchgeführt worden sein und nicht den Eindruck von Beliebigkeit, Willkür, Opportunismus, einseitiger Parteinahme aufgrund von Bestechlichkeit, Ausweichen vor der Entscheidungsverantwortung etc.. zustande gekommen erscheinen. Schon aus der Aufzählung dieser unterschiedlichen Aspekte wird deutlich, dass Entscheidungen besonders in der modernen Welt der Wissens- und Wissenschaftsgesellschaft, großer bürokratischer Organisationen zwar rationalen Programmen folgen (z.B. Zweck- oder Konditionalprogrammen: vgl. Luhmann 1968), ihr Zustandekommen aber keineswegs *allein* nach rationalen Gesichtspunkten erfolgt. Dies bedeutet jedoch nicht im Umkehrschluss, dass Entscheidungen damit etwa irrational wären; so kann sich unter Systemgesichtspunkten eine enggeführte rationale Entscheidung als irrational erweisen, eine kreative, aber abweichende Entscheidung als vernünftiger oder als funktionaler. Im Kontext der sozialwissenschaftlichen Lokalisierung der Entscheidungsthematik werden im Folgenden zunächst die einschlägigen psychologischen und soziologischen Ansätze zur Entscheidungsforschung referiert, bevor dann auf einige Besonderheiten bei der Entscheidungsthematik des vorliegenden Projekts eingegangen wird.

Aus dem umfangreichen Forschungsstand zu Entscheidungsprozessen sind für die Fragestellungen des vorliegenden Projekts vor allem Ergebnisse aus der psychologischen Entscheidungsforschung und hier vor allem zum *Medical Decision Making* und aus der soziologischen und betriebswirtschaftlichen Organisationsforschung zu *Routineentscheidungen in Organisationen* bedeutsam. Eine besondere Herausforderung bestand darin, die Spezifik der sozialmedizinischen Begutachtungsentscheidungen im Unterschied zu klinischen Behandlungsentscheidungen (*Medical Decision Making*) einerseits und juristisch-administrativer subsumtiver Entscheidungspraxis (Konditionalprogrammen) andererseits herauszuarbeiten und sie im Kontext der Routineentscheidungen einer großen Verwaltung zu analysieren. Nachdem die wissenschaftliche Kritik an Modellen vollkommen rationaler Entscheidungen verdeutlicht hat, dass Variationen bei Entscheidungen nicht zureichend als „Abweichung“ oder „Fehler“ betrachtet werden können, konzentriert sich die Grundlagenforschung *erstens* auf die Analyse und Rekonstruktion der Abläufe von Entscheidungsprozessen und dabei wirksame Heuristiken, mit deren Hilfe Informationsdefizite („Deduktionslücken“) überbrückt, Risiken minimiert, Komplexität reduziert, Ambivalenz bearbeitet und Zeitdruck kompensiert werden; *zweitens fragt sie* nach organisations- und sozialstrukturellen, personenspezifischen und situativen Determinanten, die Entscheidungsprozesse und ihre Resultate systematisch beeinflussen. In unserer

Untersuchung haben wir uns vor allem auf folgende strukturelle Determinanten konzentriert:

- Einfluss der beruflichen Sozialisation (*Professionalisierungsprozess*) als Arzt, Wechsel im Aufgabenbereich und Selbstverständnis vom behandelnden zum begutachtenden Mediziner, professionelles Selbstverständnis als *Sozialmediziner*; hierzu gehört auch die Verschränkung von professionellem Habitus und persönlichen Einstellungen und individuellem Stil;

- Einfluss der *Organisation* (Vorgaben, Organisationsabläufe, -hierarchien, Organisationsklima, betriebsinterne Sozialisation, Verhältnis der Abteilungen zueinander, usw.)

- Einfluss der Aufgabe (*Entscheidungskonstellation*): Herstellung der Passung einer klinischen, also fallspezifischen, sozialmedizinisch fachlichen Entscheidung nach Aktenlage mit sozialrechtlichen Vorgaben und Kontextvariablen (wie etwa dem Arbeitsmarkt oder dem Alter, Geschlecht und der Lebenslage der Antragsteller).

In der angewandten Forschung stehen für die Praxis zentrale Fragestellungen im Vordergrund, wie z.B. Fehlervermeidung, Optimierung von Entscheidungsergebnissen, Transparenz, Begründungsfähigkeit (Legitimation nach außen und innen), Standardisierbarkeit etwa durch Leitlinien sowie Qualitätssicherung. Die hierzu vorliegenden Forschungsergebnisse wurden unter der Frage ihrer Bearbeitung im Entscheidungsalltag fokussiert.

Entscheidungen als Thema gesellschaftlicher Diskurse in Alltag und in Organisationen: Zur Rahmung der wissenschaftlichen Fragestellungen

Das Interesse an Entscheidungsprozessen durchzieht die gesamte Gesellschaft: angefangen bei erstaunten alltagsweltlichen Fragen danach, warum Max sich für diese Frau, für jenen Beruf, eine bestimmte Geldanlage oder ein grünes Auto entschieden hat, über Fragen danach, warum ein Unternehmen eine bestimmte Expansionsstrategie verfolgt, die Übernahme eines Konkurrenten anstrebt, für eine Produktdiversifizierung votiert oder für eine Verschlinkung des Unternehmens plädiert, weshalb bestimmte politische Entscheidungen von der Bevölkerung akzeptiert oder zurückgewiesen werden, usw. Bei Unfällen wird im Nachhinein gefragt, warum Piloten die Warnmeldungen ignorierten, ein Techniker genau das Falsche getan und damit eine Kette nachfolgender Katastrophen eingeleitet hat (vgl. Perrow 1992), warum Organisationen, Verbände, Parteien und Schulen oftmals Entscheidungen treffen, die von ihren jeweiligen Umwelten absehen und nur unter selbstreferentieller Perspektive (Systemerhalt, Konfliktvermeidung, Abschottung gegenüber Informationen aus der Umwelt, Festhalten am Bewährten, etc.) einen Sinn ergeben. Angesichts einer unsicheren biografischen sowie gesellschaftlichen Zukunft fragen sich Einzelpersonen, Organisationen und die Politik, was denn eine richtige (akzeptable, tragfähige, risikoarme, gewinnbringende etc.) Entscheidung sei - diese Situation scheint für moderne Gesellschaften typisch zu sein.

Die Aufzählung verweist auf einige mit Entscheidungen zusammenhängende Probleme, die hier summarisch wie folgt zusammengefasst werden sollen:

- Entscheidungen finden in einem zukunfts-offenen Raum statt: sie sind also riskant;
- Entscheidungen setzen die Wahl zwischen mindestens zwei Alternativen voraus: sie sind also auch anders möglich;
- Entscheidungen legen bestimmte zukünftige Entwicklungen fest und schließen andere aus oder schränken sie zumindest ein: sie sind also (in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Dramatik) folgenreich, indem sie potentiell unendliche Zukünfte zu endlichen und erwartbaren transformieren;
- Entscheidungen (und Nicht-Entscheidungen) haben eine eigene Zeitstruktur: in Krisenzeiten müssen sie unter Bedingungen großer Unsicherheit, großer systemischer oder psychischer Be- und Überlastung getroffen werden: Entscheidungen sind also nur begrenzt rational und unterliegen der Vordringlichkeit des Befristeten mit ungewissem Ausgang.
- Entscheidungen können in Phasen verlaufen, sie können einstufig oder mehrstufig verlaufen. Routineentscheidungen müssen für die nachfolgenden Handlungen erwartbar und anschlussfähig, d.h. unter anderem zeit- und formgerecht sein und sollen den Ablauf nicht irritieren.
- Entscheidungen müssen nachträglich gerechtfertigt, zumindest aber für Entscheidungsbetroffene verständlich gemacht werden: sie sind also angreifbar, im Hinblick darauf was ihre Voraussetzungen, ihre Abläufe, ihre innere Logik und ihre Resultate angeht.

Mit dem Interesse an der Entscheidung geht das an den Entscheidern einher: Unter welchen Bedingungen und auf welche Weise entscheiden Entscheider? Welcher Heuristiken bedienen sie sich bei der Entscheidungsfindung? Wie sehr folgen sie wissenschaftlichen, erfahrungsbedingten, persönlichen, sozialen Aspekten? Welche Rolle spielt das Bewusstsein, welche vor- oder unbewusste Prozesse im Gehirn? Wie können Entscheidungen von Entscheidern verbessert werden?

Schließlich sind Entscheidungen gerahmt: inhaltlich sind sie an Paradigmen (wissenschaftliche, organisatorische, mentalitätsgeschichtliche) gebunden, strategisch von durchsetzungsfähigen Interessen, Zielvorstellungen und etwa organisationsbezogenen Vorgaben gesteuert. In ihren Abläufen sind sie von Institutionen (Politik, Recht, usw.) und Organisationen bestimmt. Im Einzelnen hängen sie von Kontexten ab.

Innerhalb unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen sind diese Fragen mit unterschiedlichen Akzenten aufgegriffen worden. In den mit Entscheidungen befassten Disziplinen, wie der Politikwissenschaft, der Psychologie, der Ökonomie (vor allem der Betriebswirtschaftslehre) und der Soziologie, war das zentrale Paradigma lange Zeit das der vollkommen rationalen Entscheidung; demnach verfolgte die empirische Forschung das Ziel, die Gründe und Bedingungen für irrationale Entscheidungen zu identifizieren und Praxisempfehlungen für optimale Entscheidungen zu entwickeln. Die empirischen Ergebnisse dieser Bemühungen haben die voraussetzungsvollen Annahmen des Modells der rein rationalen Entscheidung in Frage gestellt. An dessen Stelle sind etwa in der Psychologie Modelle intuitiven Entscheidens, in der Ökonomie im Rahmen der neuen Institutionenökonomik organisationsbezogene Einflussgrößen, in der Soziologie und der Ökonomie Konzepte der begrenzten Rationalität usw. entstanden. Bessere Entscheidungen sind in dieser Perspektive dann nicht immer idealtypisch rationale, sondern begrenzt rational, akzeptierte, solche, die wenige negative Folgen nach sich ziehen, Nachhaltigkeit garantieren, die die unterschiedlichen Entscheidungsdeterminanten sachlich angemessen und politisch verantwortbar gewichten, Unsicherheiten und unvollständige Informationen gut begründet einordnen, usw. Diese Entwicklungen tragen der Tatsache Rechnung, dass die für Entscheidungen herangezogenen Informationen von der jeweils untersuchten Organisation oder von einzelnen Akteuren unterschiedlich gelesen werden können, Informationslücken durch jeweils unterschiedliche Mischungen aus Tradition, Erfahrungsaufschichtung und Fachlichkeit überbrückt und damit komplexe Entscheidungen auch zeitgerecht getroffen werden können.

Unsere Studie knüpft an der Abkehr von normativen und rationalistischen Entscheidungstheorien an und widmet sich der empirischen Untersuchung realer Entscheidungsprozesse. Dabei legt sie schon mit Blick auf das konkrete Untersuchungsthema den Schwerpunkt auf Routineentscheidungen in Organisationen.

In den einzelnen Disziplinen wird das Thema des Entscheidens unterschiedlich aufgegriffen

- in der Psychologie vor allem unter der Frage nach den Entscheidern und den innerpsychologischen oder gehirnphysiologischen Aspekten, die Entscheidungen beeinflussen, sowie mit Blick auf Entscheidungsheuristiken.
- in der Soziologie, insbesondere der soziologischen Organisationsforschung spielt die Frage nach den Kontextfaktoren bei Entscheidungen eine wichtige Rolle.

Die wichtigsten Argumente und Forschungsergebnisse aus der psychologischen und der soziologischen Forschung werden im Folgenden mit Blick auf das Untersuchungsthema kurz referiert.

3.1 Psychologische Grundlagen von Entscheidungstheorien

3.1.1 Psychologische Forschung zu Entscheidungen unter Unsicherheit

Die Psychologie untersucht Entscheidungen, wie die, die hier in Rede stehen, unter dem Aspekt der Unsicherheit. Entscheidung unter Unsicherheit bedeutet, dass für den Entscheider die möglichen Konsequenzen der Entscheidung ungewiss und/oder unkontrollierbar sind.

Unsicherheit kann intern oder extern begründet sein. Extern vorfindliche Ursachen für Unsicherheit sind der Zufallscharakter bestimmter Ereignisse (Ziehung der Lottozahlen) und die fehlende Möglichkeit sie zu beeinflussen (Wetter im Urlaub). Unsicherheit kann aber auch intern begründet sein und auf fehlendem Wissen (Ist Paris größer als London?) oder Gefühlen und Überzeugungen (Benötige ich nach einer Operation Schmerzmittel?) beruhen.

→ Für die Unsicherheit der von uns untersuchten Entscheidungen treffen beide Ursachenkomplexe zu. Der tatsächliche Verlauf einer Erkrankung und ihre Auswirkungen auf Funktionen sind durch den Prüfarzt in Einzelnen weder vorhersehbar noch beeinflussbar. In vielen Fällen ist aber auch die Information lückenhaft und die Entscheidung daher unsicher. Schließlich wirken auch bestimmte Einschätzungen und Ungewissheiten des einzelnen Prüfarztes als Unsicherheitsfaktor.

Tversky und Kahnemann unterscheiden daher zwischen „der“ Wahrscheinlichkeit und „meiner“ Wahrscheinlichkeit, also einer externen und einer internen Wahrscheinlichkeit. Letztlich beruht Unsicherheit immer auf dem Mangel an Wissen, wird aber im oben geschilderten Sinne unterschiedlich wahrgenommen¹⁸.

Unsicherheit kann frequentistisch gefasst werden. In einer Klasse ähnlicher Ereignisse gibt es eine bestimmte numerische Wahrscheinlichkeit für ein bestimmtes Ereignis. Eine andere Art der Unsicherheit beruht auf Eigenschaften oder Tendenzen spezieller Fälle: diese Tendenzen können geschätzt werden, wie etwa die Wahrscheinlichkeit, dass Bayern München Deutscher Fußballmeister wird. Intern wahrgenommene Unsicherheit beruht auf

¹⁸ Der Umgang mit Unsicherheit wird in der Psychologie zumeist im Begriff der Wahrscheinlichkeit gefasst. Wahrscheinlichkeiten werden rechnerisch bestimmt. Ereignisse sind Teilmengen eines Ereignisraums und können in einigen Fällen mathematisch exakt bestimmt werden. Wahrscheinlichkeit kann in verschiedenen Formen interpretiert werden: **Objektiv**: ein Ereignis hat eine objektive Wahrscheinlichkeit, die als Zahl zwischen 0 und 1 ausgedrückt werden kann. In den meisten Fällen kann diese objektive Wahrscheinlichkeit nur geschätzt werden. **Frequentistisch**: Aus einer bekannten Zahl von Fällen wird auf die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses in der Grundgesamtheit hochgerechnet. **Subjektivistisch**: Damit wird die subjektive Überzeugung zu einer Wahrscheinlichkeit ausgedrückt. Schließlich ist die Repräsentation bedeutsam: numerisch wird Wahrscheinlichkeit stets als Zahl zwischen 0 und 1 ausgedrückt, oder aber als Prozentangabe oder in Form von odds, also relativen Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten von Chancen oder Risiken. Alle drei numerischen Größen sind ineinander umrechenbar. Verbale Angaben über Unsicherheiten dagegen sind nicht in analoger Weise umsetzbar; sie hängen stark von den jeweiligen semantischen Konnotationen und vom Kontext ab.

dem Gefühl der Stärke der assoziativer Verknüpfungen oder aus kognitiv argumentativer Ableitung von Argumenten.

Unsicherheit kann sich daneben auf die vermutete Kontrollierbarkeit von Ereignissen beziehen und zwar weniger in dem Sinne, dass man etwas darüber weiß, sondern unter dem Aspekt, dass sie durch das eigene Handeln beeinflusst werden.

Schließlich wird als Unsicherheit auch die Plausibilität einer Behauptung oder Geschichte beschrieben. So können die geschilderten Beschwerden und Einschränkungen eines Patienten wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher sein. Das wiederum hängt von der Vollständigkeit, der Konsistenz, der logischen Verbindung der Elemente, aber auch von der Lebhaftigkeit, Konkretion und Geläufigkeit der Erzählung ab.

→ Diese Überlegungen sind für die Bewertung von Gutachten von Bedeutung, die Plausibilität der Darstellung in einem Gutachten kann die Unsicherheit der Entscheidung begrenzen.

SEU-Modell

Ein prominentes Modell der Entscheidung unter Unsicherheit ist das SEU-Modell (subjective expected utility). Jeder Entscheidungskonsequenz wird dabei ein Nutzenwert zugeordnet, der mit der Wahrscheinlichkeit des Eintretens gewichtet wird. Anhand dieses Modells werden Entscheidungen sowohl vorhergesagt als auch nachträglich erklärt. Das SEU-Modell beruht auf Voraussetzungen: Die Optionen müssen vergleichbar sein, die Präferenzen müssen transitiv sein, die Präferenzen müssen von identischen Nebenbedingungen der Optionen unabhängig sein und Indifferenzen zwischen Optionen sind ermittelbar. Diese Voraussetzungen sind empirisch nicht unproblematisch, weshalb die Vorhersage- und Erklärungskraft des SEU-Modells begrenzt ist.

Als weiteres Problem des SEU-Modells identifizieren Tversky und Kahneman (1981) das sogenannte „framing“. Sie stellten fest, dass Menschen äquivalente Optionen, die unterschiedlich beschrieben sind, nicht als äquivalent verarbeiten. Ein weiterer Einflussfaktor ist die Einstellung des Entscheiders zum Risiko. Es gibt risiko-adversive und risiko-geneigte Entscheider, was die Entscheidung insgesamt beeinflusst. Gegenüber Gewinnen zeigen sich die meisten Entscheider eher risiko-adversiv, gegenüber Verlusten eher risiko-geneigt.

Jou, Shanteau und Harris (1996) kritisieren am „framing“-Konzept, dass die von Tversky und Kahneman den Probanden vorgelegten Entscheidungsszenarien keine kausalen Erklärungen für die bestehenden Optionen enthielten. In eigenen Untersuchungen fügten sie diese Erklärungen ein und stellten fest, dass unter diesen Bedingungen der „framing“ Effekt verschwindet.¹⁹ Auch die Risiko-Neigung von Entscheidern untersuchten Jou, Shanteau und

¹⁹ Tversky und Kahnemann befragten z. B. Probanden, ob sie beim Ausbruch einer Krankheit lieber 200 von 600 Patienten sicher retten würden oder die Möglichkeit bevorzugen, dass mit 1/3 Wahrscheinlichkeit alle Patienten

Harris erneut und zeigten, dass die Risiko-Neigung nicht nur im Entscheider begründet ist, sondern auch im Szenario. So entschieden die Probanden unterschiedlich, wenn es um Menschenleben ging oder wenn es um materielle Güter (Besitz) ging.

Auch Reyna (2008a) beschäftigt sich mit Entscheidungen und der individuellen Wahrnehmung der möglichen Optionen anhand der Problemdarstellung. Sie verweist vor allem darauf, dass menschliche Entscheidungen kaum „rechnerisch“ gefasst sind, dass die Entscheider sich eher auf einen „verbalen“ Hauptinhalt (gist) beziehen.

Prospect-Theorie

Tversky und Kahneman erweiterten die SEU-Theorie 1979 um die Prospect-Theorie. Die Grundannahmen der Prospect-Theorie entsprechen der SEU-Theorie: die Entscheidung wird bestimmt durch den subjektiv erwarteten Nutzen und die Wahrscheinlichkeiten. Allerdings macht die PT auch Aussagen über die Transformation von Konsequenzen und Wahrscheinlichkeiten in subjektive Größen, um die empirischen Ergebnisse, die der SEU-Theorie nicht entsprechen, besser erklären zu können.

So werden die Konsequenzen in ihrem Wert oder Nutzen anhand von persönlichen Referenzpunkten bewertet (z. B. die Leiden des Versicherten anhand der Erfahrung als Arzt). Auch subjektive Wahrscheinlichkeiten im Sinne der PT stehen in keinem linearen Zusammenhang zu den rechnerischen Größen.

In diesem Zusammenhang zeigen Tversky und Kahneman auch, dass Entscheidungen, die in mehrere Einzelentscheidungen gegliedert sind, offenbar eine andere mentale Repräsentation bei den Entscheidern hervorrufen als solche, die logisch identisch sind, aber als eine Gesamtentscheidung formuliert sind. Dieses Ergebnis hat für Entscheidungen in Organisationen, in denen arbeitsteilig gearbeitet wird, weit reichende Implikationen. So kann es bedeutsam sein, die Einzelentscheidungen explizit auch in den Zusammenhang möglicher Gesamtentscheidungen zu stellen.

→ Für unsere Untersuchung zeigt sich hier, dass die Arbeitsteilung in medizinische Entscheidung und Verwaltungsentscheidung das Gesamtergebnis beeinflusst. Auch empirisch gezeigte unterschiedliche Auffassungen der Prüfärzte bezüglich dieser Arbeitsteilung erweisen sich vor diesem Hintergrund als nicht trivial.²⁰

gerettet würden, mit 2/3 Wahrscheinlichkeit keiner. Jou, Shanteau und Harris ergänzten zu diesem Szenario die kausale Erläuterung, dass nur 200 Impfdosen vorhanden sind, die entweder 200 Patienten sicher retten oder aber, wenn man sie auf alle Patienten verteilt, mit den genannten Wahrscheinlichkeiten trotz niedrigerer Dosierung für die Rettung aller Patienten ausreichen oder eben nicht. Unter diesen Versuchsbedingungen waren die Probanden in der Lage, auch die in der Beschreibung nicht ausdrücklich genannten Fakten (200 Patienten überleben, das bedeutet, dass 400 Patienten sterben) zu verarbeiten, der „framing“ Effekt ist also aufgehoben. Die uneinheitliche Datenlage zum „framing“ Effekt wird unter anderem auch dadurch erklärt, dass die klassischen Versuchsanlagen sehr alltagsfern sind.

²⁰ Einige Prüfärzte beschränken sich ausdrücklich auf die medizinische Sachaufklärung, andere beziehen sich bei ihren Überlegungen explizit auch auf die Bedeutung der medizinischen Fakten für die Verwaltungsentscheidung.

Shanteau (1992) fasst den Forschungsstand zu Expertenentscheidungen im Vergleich zu naiven Entscheidungen zusammen. Die Studienlage zeige, dass Experten nicht *mehr* Informationen verwenden als naive Entscheider, obwohl vom common sense her eine breitere Informationsbasis zu erwarten wäre. Eine Erklärung hierfür ist, dass Experten die Korrelationen zwischen verschiedenen Informationen kennen und deshalb die verwendeten Informationen in ihrer Vielfalt und Komplexität auf wichtige Kernelemente reduzieren können. Experten können außerdem besser zwischen relevanten und irrelevanten Informationen unterscheiden. Anders als Anfänger beschränken sie sich auf die für den aktuellen Kontext wesentlichen Hinweise und arbeiten auf diese Weise effizienter. Es ist also weniger die Anzahl der Informationen als vielmehr die Auswahl der verwendeten Informationen, die das Vorgehen eines erfahrenen Entscheiders ausmacht.

Der Bezug zum jeweiligen Kontext ist nach Shanteau eine wesentliche Grundlage für die Untersuchung von Entscheidungen. Themenübergreifende Theorien zu Expertenentscheidungen sind aus seiner Sicht wenig aussagekräftig.

3.1.2 Heuristiken und systematische Verzerrungsfaktoren (bias)

Auch Expertenentscheidungen erweisen sich in Untersuchungen als fehleranfällig etwa durch die inadäquate Anwendung von Heuristiken (Tversky und Kahneman 1972). Zahlreiche Verzerrungsfaktoren (bias) konnten in diesem Kontext, d.h. Entscheidungen unter Unsicherheiten zu treffen, generiert (Arkes et al. 2000; Tversky und Kahneman 1973, 1986, 1992) und auf den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung übertragen werden (Arkes et al 1981; Elstein 1976; 1999; Elstein et al. 1986; Redelmeier und Shafir 1995). Dawson und Arkes (1987) arbeiteten beispielsweise in ihrer Übersichtsarbeit insgesamt acht Faktoren²¹ heraus, sogenannte kognitive Verzerrungseffekte (cognitive bias), die einen negativen Einfluss auf die diagnostische Wahrscheinlichkeitsabschätzung und Informationssynthese haben. Dazu gehören folgende systematische Verzerrungsfaktoren:

- **Verfügbarkeitsheuristik:** Die aktuell im Kurzzeitgedächtnis verfügbaren Hinweise beeinflussen die Entscheidung überproportional.
- **Repräsentativitätsheuristik:** Auch bei kleinen Stichproben wird fälschlicherweise Repräsentativität angenommen. Die a priori bestehende Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses wird zu wenig berücksichtigt.
- **Selbsteinschätzungsbias:** Wahrscheinlichkeitseinschätzungen werden so getroffen, dass sie für den Entscheider günstig sind.

²¹ Chapman und Elstein (2000) erweitern diese Darstellung und differenzieren insgesamt zwölf Faktoren, die eine Abweichung ärztlicher Entscheidungsprozesse von Bezugsnormen begünstigen. In unserer Untersuchung geht es allerdings weniger um Abweichungen von einer Bezugsnorm als vielmehr um die Konstitution und Fortentwicklung von Bezugsnormen im organisatorischen Prozess.

- **Rückschaufehler:** In der Rückschau und in Kenntnis der „richtigen“ Wahrscheinlichkeit wird systematisch überschätzt, was man zuvor gewusst hat.
- **Wertinduzierung:** Die Wahrscheinlichkeit von Ereignissen, die nicht übersehen werden dürfen (z. B. bösartige Tumore) wird höher eingeschätzt (sogenannte „falsch positive“ Diagnosen).

Als weitere Faktoren, die sich negativ auf eine optimale Informationssynthese auswirken benennen die Autoren:

- **Bestätigungsbias:** Bei der Informationssuche wird vor allem nach bestätigenden Hinweisen gesucht.
- **fehlende Berücksichtigung negativer Evidenzen:** Das Vorhandensein bestimmter Symptome wird stärker berücksichtigt als das Fehlen bestimmter Symptome, obwohl dies ebenso beweiskräftig sein kann.
- **Rahmung/„framing“:** Gleiche Situationen werden anhand unterschiedlicher Darstellungen unterschiedlich bewertet (s. o.).²²

Ein wesentliches Ergebnis dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzungen war die Rekonstruktion bzw. Identifizierung typisierbarer Entscheidungsregeln oder Heuristiken, die intuitiv eingesetzt werden, um Entscheidungen auf Grundlage unvollständiger Informationen und unter Unsicherheit, d. h. ohne eine eindeutige Vorhersage z.B. von therapeutischen Effekten treffen zu können. Inzwischen klassisch zu nennende Heuristiken, die bereits 1974 von Tversky und Kahneman ausführlich beschrieben wurden, sind die *Ankerheuristik* (Entscheidungen werden an einem Ausgangswert (Anker) orientiert und in Richtung dieses Ausgangswertes verändert), die *Repräsentativitätsheuristik* (Entscheidung werden auf Grundlage der Wahrscheinlichkeit gefällt, dass ein Ereignis zu einem vorgegebenen Stereotyp bzw. Schema gehört) und die *Verfügbarkeitsheuristik* (Abruf von Informationen aus dem Gedächtnis, indem Entscheidungen über die Wahrscheinlichkeit von Ereignissen danach getroffen werden, wie schnell diese kognitiv verfügbar gemacht werden können).

Neben den aufgeführten Erkenntnissen, dass Entscheidungen, die auf Grundlagen von Heuristiken getroffen werden, systematische Fehler (bias) begünstigen können (Elstein 1999; Grove et al. 2000; Payne et al. 2008), wird zugleich hervorgehoben, dass Heuristiken in Abhängigkeit des jeweiligen Kontextes betrachtet werden und nicht grundsätzlich als Fehlerquelle gelten müssen (Schwab 2008; Schwartz und Griffin 1986; Wegwarth et al. 2009).

²² Framing ließe sich allerdings auch im Sinne einer besonderen Sensibilität für unterschiedliche Perspektiven verstehen, um Kontexten einen angemessenen Rahmen zu geben. Dies setzt allerdings einen bewussten Umgang mit dem „framing“ voraus, was auf die Notwendigkeit gezielter Einübung eines derartigen Framing verweist.

Schnelle und einfache Heuristiken (fast and frugal heuristics)

In diese Richtung gehen die Arbeiten der Forschungsgruppe um Gigerenzer und Todd (1999). Sie untersucht menschliche Entscheidungen aus der Perspektive ihrer ökologischen Anpassung. Dabei ist eine wichtige Annahme, dass, entgegen der allgemeinen Vorstellung, Entscheidungsstrategien, die nur wenige der verfügbaren Informationen verwenden, ebenso erfolgreich oder sogar erfolgreicher sein können als solche, die möglichst alle verfügbaren Informationen verarbeiten. Gigerenzer et al. (1999) verabschieden sich von einigen der traditionellen Kriterien für „rationale“ Entscheidungen: sie gehen davon aus, dass grundsätzlich nie alle nötigen Informationen zur Verfügung stehen und ein Festhalten an dieser Vorstellung nicht sinnvoll ist. Sie nehmen „*begrenzte Rationalität*“ (bounded rationality, vgl. Simon 1959) als den Normalfall an und sind bei der Entwicklung schneller und einfacher Heuristiken um die konsequente Anwendung dieser Annahme bemüht. Den Begriff „bounded rationality“ grenzen sie ausdrücklich von einer Optimierung der Entscheidung unter einschränkenden Nebenbedingungen (optimization under constraint) ab, da diese im Grundsatz ebenfalls der Vorstellung einer unbegrenzt möglichen Rationalität verpflichtet ist. Theoretische Kriterien wie innere Kohärenz einer Entscheidung geben sie zugunsten einer „ökologischen Rationalität“ auf,²³ eine Entscheidung ist dann rational, wenn sie der Umgebung angepasst ist und dort funktioniert oder von den Beteiligten als „bewährt“ eingestuft wird. Eine Entscheidung muss nicht optimal, sondern befriedigend/ausreichend sein (*satisficing*). Die Struktur der Information in einer Umgebung wird dabei nach Möglichkeit ausgenutzt, um die Entscheidung zu vereinfachen. D. h., dass es sinnvoll ist, diese Struktur (z. B. Normalverteilung, exponentielle Verteilung usw.) festzustellen.

→ Die ausschließliche Aktenlageentscheidung impliziert eine besondere Struktur der Information. Die prüfärztliche Entscheidung ist stets auf Aussagen Dritter, nie auf eigenen Augenschein gestützt.

Untersucht werden von Gigerenzer, Todd et al. Suchstrategien, Stoppkriterien (Wann wird die Suche nach Information abgebrochen?) und die eigentliche Entscheidung. Die von ihnen entwickelten Heuristiken beziehen sich auf Entscheidungen, bei denen aus Hinweisen Schlüsse auf unbekannte Ereignisse oder Eigenschaften gezogen werden. Typischerweise wird möglichst kurz gesucht, möglichst früh abgebrochen und nur ein Hinweis zur Entscheidung verwendet. Hinweise, die zur Entscheidung führen werden als nicht-kompensatorisch angesehen, d. h. wenn der entscheidende Hinweis gefunden ist, wird die Suche abgebrochen und nicht mehr durch evtl. in die andere Richtung weisende Hinweise verändert. Diese aus Beobachtungen und Experimenten gewonnenen empirischen

²³ Diese Vorannahme ist für die in dieser Untersuchung in Rede stehenden Entscheidungen problematisch, da sie ausdrücklich auch nachvollziehbar und gerichtsfest sein müssen.

Ergebnisse verweisen mit Blick auf das „Funktionieren“ von Entscheidungen auf theoretisch folgenreiche Voraussetzungen.

Erfolgreiche Heuristiken bei Gigerenzer/Todd et al sind:

Wiedererkennungsheuristik (Recognition-Heuristic)

Die Wiedererkennungsheuristik nutzt Korrelationen zwischen der Bekanntheit eines Gegenstandes und bestimmten Eigenschaften (z. B. eine große Stadt ist in der Regel bekannter als eine kleine Stadt). Das bloße Wiedererkennen oder eben nicht Wiedererkennen wird zum Entscheidungskriterium für die Auswahl. Somit wird hier gerade Ignoranz zum Erfolgsrezept. Ignoranz kann bei kognitivem overload geradezu notwendig werden, um überhaupt eine begründete Entscheidung, nämlich durch absichtliches oder systematisches Übersehen oder „Absehen von ...“ zu schaffen. Man sollte allerdings nicht vergessen, dass systematische Ignoranz auch hochriskant ist, wenn ignorierte Entwicklungen systemrelevant werden, etwa weil sich die Umwelt geändert hat und veränderte Erwartungen an Entscheidungen gestellt werden oder wenn, wie in der in der Medizin evidenzbasierte Leitlinien neben oder an Stelle des klinischen Urteils treten.

Take the best/Entscheidung nach dem besten Hinweis

Hier geht es um eine Entscheidung auf Grundlage eines themenspezifischen Rankings, beispielsweise werden bei der Entscheidung über die Größe einer Stadt die relevanten Eigenschaften der Stadt gelistet und die in Frage stehenden Eigenschaften korreliert: (z. B. Welche Stadt ist größer? Handelt es sich um eine Landeshauptstadt? Hat sie eine Universität?) Wenn alle Hinweise abgefragt sind und immer noch keine Entscheidung getroffen werden konnte, erfolgt eine Zufallsentscheidung.

Quick Estimation/Schnelles Schätzen

Hierbei geht es nicht um Vergleichsentscheidungen, sondern um Schätzungen. Anhand von bekannten Informationen werden Hinweise für die Schätzung verwendet und wie bei Take the best in eine Reihenfolge gebracht. Abgefragt wird dann in der Reihenfolge von klein nach groß (z. B. zuerst Universität, dann Messegelände, zuletzt Landeshauptstadt). Abgebrochen wird die Suche beim ersten Hinweis, der nicht vorliegt, dann wird anhand von bekannten Daten ein Wert zugeordnet.

Categorization by Elimination/ Kategorisierung durch Ausschluss

Bei CBE werden Hinweise, hier auf die Zugehörigkeit zu einer Kategorie nach der Wahrscheinlichkeit ihres Erfolges geordnet. Diese wird ermittelt, indem geprüft wird, wie erfolgreich ein Hinweis bei der Kategorisierung ist, wenn er allein verwendet wird. Entsprechend der abgefragten Hinweise wird der Gegenstand einem „Gefäß“ (bin) zugeordnet, das mehrere Kategorien umfassen kann. Es werden Hinweise abgefragt, bis nur noch eine Kategorie verbleibt.

Entgegen der intuitiven Annahme, dass die auf äußerst wenigen Hinweisen beruhenden Entscheidungen anhand dieser Heuristiken schlechtere Ergebnisse erbringen als aufwändige Regressionsrechnungen, Entscheidungsbäume usw., zeigen Gigerenzer, Todd et al. empirisch, dass gerade in informationsarmen Umgebungen die schnellen und schlichten Heuristiken ebenso gut oder besser funktionieren. Sie belegen dies mit zahlreichen experimentellen Entscheidungen in unterschiedlichsten, der Wirklichkeit entnommenen Fragestellungen (Demographie, Verhaltensforschung, Gesundheit usw.) Damit wird die klassische Entscheidungstheorie, die stets möglichst detaillierte Informationen auch im kompensatorischen Sinne zu verarbeiten sucht, herausgefordert.

→ Im Hinblick auf die vorliegende Untersuchung muss dahingehend eingeschränkt werden, dass die Informationsstruktur eines Rentenantrages mit der bei der Schätzung der Größe einer Stadt oder des Erfolgs eines Unternehmens nur begrenzt vergleichbar ist. Auch ist problematisch, dass die Entscheidungen der Prüfärzte vor dritten begründet werden müssen, was aus legitimatorischen Gründen eine umfassende Informationsbearbeitung voraussetzt.

Die im Kontext der psychologischen Gedächtnis- und Wahrnehmungsforschung schon lange bekannten Effekte von „Recency“ und „Primacy“ (Hogarth und Einhorn 1992) können für die Analyse von Entscheidungsprozessen fruchtbar gemacht werden, besonders wenn man das unterschiedliche Bearbeitungsverhalten der Prüfärzte zugrunde legt: was bleibt als Erstes nach dem ersten Ansehen der Akte im Gedächtnis, bzw. welcher Aspekt wird herausgegriffen und auf welche Weise wird dadurch schon die Richtung der Entscheidung vorgebahnt (sei es durch eine bestimmte Haltung: „Frau M. „ verdient eine EM-Rente“ oder durch eine Information, die den weiteren auf Bestätigung gerichteten Suchprozess strukturiert). Bezogen auf den Recency Effekt würde sich herausstellen, was beim Durchlesen der Akte noch am Frischesten im Gedächtnis geblieben ist und von daher das weitere Vorgehen bestimmt.

3.1.3 Medical Decision Making

Ein fachspezifischer Zugang zu den verschiedenen Aspekten der Entscheidungsforschung ist das „Medical Decision Making (MDM)“, eine Forschungsrichtung, die aus der kognitiven Psychologie stammt. MDM wird in diesem Zusammenhang als ein Entscheidungsprozess definiert, der basierend auf einer komplexen medizinischen Sachlage und einer Vielzahl von unterschiedlichen Informationen erfolgt, unterschiedliche Akteure involviert, in unterschiedlichen Settings stattfindet und bestimmt ist durch Faktoren wie personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie rechtliche Rahmenbedingungen. MDM ist damit

nicht nur ein auf objektiven Daten begründeter Prozess, sondern unterliegt subjektiven Einflussgrößen. Dabei ist zu unterscheiden, ob untersucht wird,

- wie eine Entscheidung sinnvollerweise zu treffen ist (normativ)

oder ob es darum geht,

- wie in der sozialen Wirklichkeit Entscheidungen getroffen werden (deskriptiv).
(Schwartz und Griffin 1986)

Bestimmt werden Entscheidungen im medizinischen Bereich einerseits durch eine Vielzahl von Informationen (Symptome, Befunde, Vorgeschichte) und andererseits durch Einflussfaktoren wie die persönlichen Erfahrungen und Einstellungen des Entscheiders und das Verhalten des Patienten bzw. der Verlauf der Untersuchungssituation und dergleichen.

Eine Grundannahme der *normativ orientierten Forschung im MDM* ist, dass es „richtige“ Entscheidungen und „gute“ Entscheider gibt, an denen es sich zu orientieren gilt, während Abweichungen davon als „bias“ problematisiert werden. Traditionell baut MDM damit auf wahrscheinlichkeitstheoretische Modelle auf, deren Ziel es ist, Entscheidungen möglichst detailliert zu quantifizieren und auf diese Weise objektiv und transparent zu machen.

Neuere Forschung greift gerade diese Annahme an und verweist darauf, dass Entscheidungen in aller Regel unter der Voraussetzung begrenzter Information und ebenso begrenzter zeitlicher (und gegebenenfalls technischer) Ressourcen gefällt werden. Entscheidungen können dementsprechend kaum verbindlich „richtig“ sein, sondern nur akzeptabel (*satisficing*) bezüglich der Transparenz des Entscheidungsprozesses und des Ergebnisses sowie des hierzu betriebenen Aufwandes. MDM beschäftigt sich empirisch und theoretisch mit Entscheidungen von Ärzten oder Angehörigen anderer medizinischer Berufe, aber auch mit den Entscheidungen von Patienten, bzw. von Menschen bei gesundheitlich relevanten Themen.

Die ersten wissenschaftstheoretischen Überlegungen und erste Studien zu dem breiten Themenspektrum des MDM (vgl. die Zeitschrift *Medical Decision Making*) erschienen bereits in den 50er Jahren im angloamerikanischen Sprachraum. Meehl (1954) untersuchte aus psychologischer Sicht systematisch Entscheidungsprozesse im klinischen Alltag und prägte bereits zu diesem Zeitpunkt die Unterscheidung zwischen einem *quantitativen, statistisch-wissenschaftlichen* und einem *intuitiv-klinischen Ansatz*. Auch Ledley und Lusted (1959) analysierten den komplexen Prozess der medizinischen Diagnosestellung und arbeiteten heraus, dass dieser Prozess zum einen auf einer objektiven medizinischen Datengrundlage basiert und zum anderen einer gewissen Vagheit unterliegt, d.h. vom Gefühl der Ärztin bzw. des Arztes für diesen Fall abhängt. Sie waren der Meinung, dass eine logische Beweisführung in der Differenzialdiagnostik unabdingbar für eine gezielte und optimale

Behandlung ist. Anhand mathematischer Wahrscheinlichkeitsberechnungen zeigten sie auf, wie Ärzte durch darauf basierende Kennwerte bei der Diagnosestellung unterstützt werden könnten (vgl. Beck und Pauker 1983).²⁴ Ergänzend zu diesen quantitativen Modellen stellten Schwartz et al. (1973) heraus, dass insbesondere die Fähigkeiten, diese unterschiedlichen Daten und Informationen zu kombinieren und zu gültigen Schlüssen zu kommen, bei angehenden Ärzten gezielt gefördert werden müssen. Die hier stattfindenden inhärenten Prozesse werden in ihrer Untersuchung durch einen Entscheidungsanalysebaum expliziert und unter qualitativen Gesichtspunkten diskutiert (siehe auch Sisson et al 1976). Schwerpunkt dieser Forschungsbeiträge war die Optimierung der Entscheidungsprozesse auf Basis objektivierter Daten und die Reduzierung diagnostischer Unsicherheiten und Fehlerquellen. Zudem wurde gezeigt, dass solch eine analytische Herangehensweise an Entscheidungsprozesse insbesondere bei schwierigen, nicht typischen Fällen hilfreich ist, transparente Entscheidungsprozesse zuzulassen, begründet weitere Informationen hinzuzuziehen (Sisson et al. 1976) und so den Ärzten hilft, ihre Entscheidungsfindung zu reflektieren. Gleichzeitig eröffneten diese Untersuchungen die Frage nach den erforderlichen subjektiven Fähigkeiten, die es Ärzten ermöglichen „good decision makers“ und „most effective clinicians“ (Schwartz et al. 1973: 471) zu sein.

Diese Erkenntnisse vermitteln deutlich, dass die klinisch-intuitive Methode dem quantitativen, statistisch-wissenschaftlichen Ansatz als unterlegen gilt und mit einem zunehmend evidenzbasierten medizinischen Fortschritt nicht vereinbar sei (vgl. Grove et al. 2000). Dieser Ansicht widersprechen zahlreiche Kliniker, die eine individuelle Diagnosestellung für besser geeignet halten, als die statistische Kombination aller Daten und Informationen, da diese sich primär auf eine Gesamtpopulation bezieht und häufig nicht mit ihren ärztlichen Erfahrungen übereinstimmen (Schwartz und Griffin 1986: 9).

Vor diesem Hintergrund widmeten sich in den 80er Jahren zahlreiche Forscher aus dem Feld der kognitiven Psychologie dem Themenfeld des MDM und trugen zur Etablierung des MDM als eigenständiger Forschungsrichtung bei. Die zentralen Fragestellungen, die in diesem Rahmen untersucht wurden, umfassten die Analyse kognitiver Prozesse der medizinischen Entscheidungsfindung und deren Einflussfaktoren (Schwartz und Griffin 1986), Untersuchungen zur praxisorientierten Anwendung der bisher entwickelten Modelle (Dolan 1989, Dolan et al. 1989, Elstein et al. 1986) und legten einen speziellen Fokus auf Herausforderungen, die sich im ärztlichen Alltag hinsichtlich der subjektiven Beurteilung unterschiedlicher Informationen ergeben. Die in der Entscheidungspsychologie identifizierten Verzerrungsfaktoren wurden auf den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung übertragen. (Arkes und Hammond 1986; Tversky und Kahneman 1973, 1986, 1992; Arkes et al 1981; Elstein 1976; 1999; Elstein et al. 1986; Redelmeier und Shafir 1995)

²⁴ Dieser Ansatz wurde auch in den folgenden Jahren unter dem Aspekt ökonomischer Effekte der medizinisch-diagnostischen Entscheidungsfindung weiterverfolgt (Barnoon und Wolfe 1972; Pauker und Kassirer 1975).

Theorien des MDM

Entscheidungsanalyse/Bayessches Theorem:

Diese Theorietradition ist normativ orientiert und strebt eine Optimierung der Entscheidungen an. Dabei werden mittels Entscheidungsbäumen oder Mehrfeldertafeln die Wahrscheinlichkeiten der jeweiligen Ereignisse und Zustände bestimmt. A-priori Wahrscheinlichkeit sowie Spezifität und Sensitivität von Testergebnissen bestimmen die tatsächliche Wahrscheinlichkeit im Einzelfall. Grundlage ist in der Regel das Bayessche Theorem (Schwartz und Griffin 1986). Die medizinische Entscheidung wird dann anhand des erwarteten Nutzen (expected utility) für den Patienten getroffen, der wiederum nach Möglichkeit quantifiziert wird, z. B. anhand des QALY-Konzeptes (Quality adjusted life years).

Heuristiken sind in diesem Theoriezusammenhang Entscheidungsstrategien, die im „common sense“ angewendet werden. Sie sind einerseits nützliche „Abkürzungen“, andererseits anfällig für Verzerrungen (bias) und damit mögliche Fehlerquellen (Tversky und Kahnemann 1974). Die Informationssuche für die Entscheidung wird in den Veröffentlichungen zur wahrscheinlichkeitstheoretisch fundierten Entscheidung in der Regel nicht betrachtet, möglichst vollständige Information gilt als hilfreich. Zusätzliche Informationen gelten nur dann als problematisch, wenn ihre Gewinnung (z. B. durch invasive Methoden) ein schlechteres Outcome wahrscheinlich macht. Grundsätzlich besteht die Vorstellung, dass mit ausreichender Verarbeitungskapazität viele Variablen sinnvoll verarbeitet werden können und zu besseren Ergebnissen führen (Sisson et al. 1976).

In die wahrscheinlichkeitstheoretisch begründeten Entscheidungsprozesse gehört auch der Markov Decision Process, der die Hypothese aufstellt, dass eine Entscheidung die nachfolgende Entscheidung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit beeinflusst als die Reihe der vorangegangenen Entscheidungen, ein Aspekt, der hier nicht im Detail dargestellt werden kann.

Fuzzy trace theory (FTT):

Von Valerie Reyna, Professorin für „Human Development“ wurde die Fuzzy Trace Theory (FTT) entwickelt, ein Modell, das die Beziehung zwischen mentaler Repräsentation und Entscheidungsprozessen aufgreift und in Rechtswissenschaften, MDM und Public Health einflussreich ist. Zu Reynas (2008b) wesentlichen theoretischen Annahmen gehört es, dass Intuition nicht ein ontogenetisch oder phylogenetisch primitiver Vorgang der Entscheidung ist, den es zu überwinden gilt bzw. der überwunden ist, sondern ganz im Gegenteil menschliche Entscheidungen wesentlich bestimmt. Auf dieser Grundlage untersucht Reyna Risikowahrnehmung, Rechenfähigkeiten als Grundlage (bzw. nicht vorhandene Grundlage)

menschlicher Entscheidungen und Entscheidungsprozesse sowohl von Ärzten als auch von Patienten.

FTT greift auf Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie zurück. Menschliche Entscheidungen werden grundsätzlich nicht als rechnerisch (sprich: zahlenmäßig genau) verstanden. Menschen neigen stattdessen dazu, Information unscharf zu verarbeiten (fuzzy processing), um mit weniger Informationen bessere Entscheidungen zu treffen. Es ist dabei typisch, dass den vorhandenen Informationen ein Hauptinhalt (gist) entnommen wird, auf dessen Grundlage und keineswegs auf der Grundlage der wörtlichen oder zahlenmäßigen Information dann entschieden wird. FTT kommt unter anderem im Zusammenhang mit Patienteninformationen zum Tragen, da die Darstellung eines medizinischen Zusammenhangs den vom Patienten verstandenen Hauptinhalt (gist) bestimmt (Reyna 2008a,b).

FTT differenziert für das Medical Decision Making auf Seiten der Ärzte zwischen erfahrenen und unerfahrenen Entscheidern. Erfahrene Entscheider orientieren sich vor allem am Hauptinhalt einer Regel und weniger als am Wortlaut. Je erfahrener der Entscheider ist, desto mehr werden die Regeln sinngemäß angewendet und weniger in ihrem wörtlichen Sinne. Abgrenzungen und Kategorisierungen werden deutlicher. Entscheider mit größerem Wissen verarbeiten bei Entscheidungen weniger Wissen! Erfahrene Entscheider treffen mehr „alles oder nichts“ Entscheidungen. Sie haben gewissermaßen mehr Mut zum Risiko. Unerfahrene Entscheider neigen dagegen zur Absicherung bei Entscheidungen, was eine Tendenz zur Mitte bedeutet (Reyna 2008a).

→ Diese Hypothesen sind an den empirischen Daten unserer Untersuchung zu prüfen.

Reynas Ergebnisse zu tatsächlichen ärztlichen Entscheidungen zeigen, dass erfahrene Entscheider gerade nicht aufgrund möglichst vollständiger und quantifizierter Informationen entscheiden.

FTT untersucht medizinische Entscheidungen in erster Linie deskriptiv. Normative Aspekte werden vor allem bezogen auf Patientenentscheidungen bzw. Patienteninformationen aufgegriffen (Wie muss ich eine medizinische Information aufbereiten und darstellen, damit sich der Patient/die Patientin „richtig“ entscheiden kann?)

3.2 Routineentscheidungen in Organisationen (Soeren Carlsson)

3.2.1 Entscheiden als rationale Wahl

Da die im Folgenden präsentierten Studien und Konzepte in meist kritischer Weise auf die Vorstellung rekurrieren, bei (ärztlichen) Entscheidungen handele es sich um das Ergebnis eines rationalen Abwägungsprozesses, werden an dieser Stelle die wesentlichen Merkmale

dieser Konzeptualisierung von Entscheidungen zusammengefasst. So wird laut Wilz (2009; 2010) im Rahmen des methodologischen Individualismus, von Rational-Choice-Theorien, aber auch der Phänomenologie davon ausgegangen, dass Entscheidungen

- zielgerichtet und intentional, also eine Wahl zwischen Alternativen und
- rational (zumindest im Rückblick) sowie
- (selbst-)reflexiv, das heißt unter Bedenkung der möglichen Folgen, sein müssen.

In dieser Perspektive sind Entscheidungen (zumeist) an einen individuellen Akteur gebunden, der aufgrund seiner eigenen Bedürfnisse und Interessen motiviert ist, in bestimmter Weise zu handeln, und versucht, den dadurch zu erzielenden Nutzen zu maximieren. Generell wird der kognitive Aspekt des Entscheidens betont, und zeitlich gesehen wird davon ausgegangen, dass auf die Entscheidung eine Handlung als Umsetzung folgt (Wilz 2009: 110-111; 2010: 81-83).

Ohne den Rationalitätsanspruch von Entscheidungen völlig aufzugeben, lassen sich aber gegenüber dieser Vorstellung vollständiger Rationalität drei wichtige theoretische Differenzierungen anführen, die diesen Anspruch abmildern (vgl. Wilz 2009: 111-112). So weist March (1994) erstens darauf hin, dass Entscheidungen dadurch beeinflusst werden, dass Individuen in ihrem Erinnerungs- und Begriffsvermögen sowie in ihrer Aufmerksamkeit und Kommunikationsfähigkeit beschränkt sind, weshalb von der begrenzten Rationalität („bounded rationality“) von Entscheidungsprozessen auszugehen sei: „[...] not all alternatives are known, [...] not all consequences are considered, and [...] not all preferences are evoked at the same time“ (March 1994: 8). Daher, so March weiter, werde oft nicht nach der optimalen Lösung in Entscheidungsprozessen gesucht – das heißt nach derjenigen, die den größtmöglich erwartbaren Ertrag bringt –, sondern nach einer zufriedenstellenden Lösung; es gehe um „satisficing“ statt „maximizing“ (March 1994: 18). Mit Essers Werterwartungstheorie (1999) liegt drittens ein Ansatz vor, der davon ausgeht, dass Entscheidungen nicht auf die Maximierung eines objektiven Nutzens abzielen, sondern nur der Realisierung des subjektiven, angesichts der gegebenen Ressourcen und Restriktionen erwartbaren Nutzens dienen.

3.2.2 Entscheiden durch Situationswiedererkennung – „Naturalistic decision making“

Der Theorieansatz des „Naturalistic decision making“ (NDM) grenzt sich von der Vorstellung ab, dass es sich bei Entscheidungsprozessen um eine wohlüberlegte Wahl zwischen Alternativen handele (dessen Ausgang sich gegebenenfalls aufgrund der Akteurspräferenzen sogar vorhersagen ließe). Da NDM besonders die Rolle von

Erfahrungen für Entscheidungen betont, soll im Folgenden auf diesen Ansatz eingegangen werden – auch wenn dieser nicht aus der Soziologie, sondern der Psychologie stammt –, da vorstellbar ist, dass Berufs- und/oder organisationale Erfahrungen in spezifischer Weise auf die Entscheidungen der Prüfer in der DRV einwirken.

Zsombok (1997: 4) definiert NDM kurz gefasst als „the way people use their experience to make decisions in field settings“; eine etwas ausführlichere Definition lautet:

„The study of NDM asks how experienced people, working as individuals or groups in dynamic, uncertain, and often fast-paced environments, identify and assess their situation, make decisions and take actions whose consequences are meaningful to them and to the larger organization in which they operate.“ (Zsombok 1997: 5)

Lipshitz et al. (2001: 332-335) greifen einzelne Aspekte dieser Definitionen in ihrer Auflistung von fünf generellen Charakteristika der unter der Rubrik NDM versammelten Erklärungsansätze auf:

- Erstens geht es bei NDM um sachkundige, *erfahrene* Entscheider (proficient decision makers), die im Sinne von March nur über eine begrenzte Rationalität verfügen – in Fallstudien wurden Feuerwehrmänner, Piloten, Manager, militärische Befehlshaber und Ärzte untersucht.
- Das Treffen von Entscheidungen wird zweitens eher auf einen Abgleich zwischen Situation und Handeln („matching“) denn auf eine wohlüberlegte Wahl zwischen Alternativen zurückgeführt (situation-action matching decision rules). Wie Lipshitz et al. schreiben, gibt es vielmehr einen generellen Abgleich der Situation mit einem „Handlungsstandard“, worauf dann auf eine, (maximal zwei) Handlungsoption(en) fokussiert wird unter Vernachlässigung aller anderen. Kurz gesagt gilt: „Select A because it is appropriate given situation S or values V“ (Lipshitz 1994: 52).
- Drittens werden bei NDM formal-abstrakte Modelle als wenig nützlich angesehen, da angenommen wird, dass Entscheiden durch kontextspezifisches Erfahrungswissen vorangetrieben wird (daher: context-bound informal modeling).
- Mit der Zielsetzung der Beschreibung kognitiver Entscheidungsprozesse – im Gegensatz zur präskriptiven Festlegung dessen, was laut formalem Modell als „gutes“ Entscheiden anzusehen ist – geht viertens auch eine Prozessorientierung von NDM einher: Anstatt „rückwärts“ von bestimmten Zielen her zu denken, analysiert NDM den Entscheidungsprozess ausgehend von den bestehenden Bedingungen.
- Schließlich sind zwar auch Simulationen und Laborexperimente bei NDM möglich, aber methodisch gesehen spielt v.a. ein ethnographischer Zugang eine große Rolle

(Beobachtung von „Entscheidungspraktikern“, Interviews, Think-aloud-Protokolle), was mit dem Interesse an empiriebasierten Beschreibungen von Entscheidungsprozessen anstelle von abstrakt-formalen Modellen zusammenhängt.

Als prototypisches Modell von NDM gilt das „Recognition-primed decision“-Modell (RPD) von Klein (1997; Lipshitz et al 2001), das anhand der Analyse von Entscheidungsprozessen bei Feuerwehrmännern entwickelt wurde, die unter Unsicherheit und Zeitdruck Entscheidungen treffen müssen. Dabei zeigte sich empirisch, dass diese nicht erst zwischen verschiedenen Optionen verglichen, sondern dass diejenige Handlungsoption ausgeführt wurde, die als Erstes identifiziert wurde. In seiner einfachsten Variante geht das RPD-Modell davon aus, dass der Moment der Typisierung einer Situation darüber bestimmt, wie entschieden und gehandelt wird: „Skilled decision makers perceive situations as typical cases where certain types of actions are typically appropriate, and are usually successful“ (Lipshitz et al. 2001: 336). Weitere psychologische Studien zur Entscheidungsfindung, die sich sowohl auf NDM als auch auf Routinen beziehen, finden sich in dem Sammelband von Betsch und Haberstroh (2005).

3.2.3 Mikropolitische Spiele in Organisationen als Teil von Entscheidungsprozessen

Denkbar ist, dass die Prüfärzte der DRV ihre Entscheidungen bezüglich der Erwerbsminderungsanträge nicht nur im Hinblick auf die Antragsteller, sondern auch mit Blick auf Akteure innerhalb der Organisation treffen. Daher soll an dieser Stelle kurz auf den mikropolitischen Ansatz innerhalb der Organisationsforschung eingegangen werden, wie er v.a. von Crozier und Friedberg (1993) entwickelt wurde. Wie Wilz (2010: 99) ausführt, erweitert der mikropolitische Ansatz im Vergleich zu den Theorien rationaler Wahl die Perspektive auf das Handeln und Entscheiden in Organisationen dadurch, dass *Akteurskonstellationen* und *-interaktionen* betrachtet werden (sei es als Aushandlungs-, Kompromissbildungs- oder Entscheidungsprozesse). Zwar wird auch hier angenommen, dass es innerhalb der Organisation Akteure mit unterschiedlichen Interessen gibt, diese müssen aber letztendlich kooperieren, da sie eingebunden sind in den strukturellen Rahmen der Organisation, der das Handeln der Akteure ermöglicht, aber auch begrenzt. Außerdem nimmt der mikropolitische Ansatz im Gegensatz zu Rational-Choice-Theorien, so Wilz, die innerhalb der Organisation existierenden Machtbeziehungen in den Blick.

Crozier und Friedberg (1993) nennen dabei vier unterschiedliche Quellen von Macht:

- Expertenwissen (Verfügung über Spezialwissen, auf das Andere angewiesen sind),

- Beziehungen zur Umwelt (ist jemand z.B. auf eine bestimmte Person angewiesen oder gibt es auch andere, unter Umständen organisationsexterne Möglichkeiten, um das eigene Ziel zu erreichen?),
- Kontrolle von Informations- und Kommunikationskanälen,
- Nutzung organisatorischer Regeln.

Macht wird von Crozier/Friedberg (1993) als Kontrolle über die Unsicherheitszonen von Anderen definiert, weshalb die Akteure einer Organisation miteinander in Aushandlungsprozesse treten, die sich mit der Metapher des Spiels fassen lassen. Die Organisation ist dabei diejenige Instanz, die die Spielregeln dafür bereitstellt, wie Ortmann et al. (1990: 55) betonen: „Auf eine Kurzformel gebracht, wird hier eine Organisation betrachtet

- als eine Gesamtheit miteinander verzahnter Spiele, die kontingente, d.h. relativ autonome menschliche Konstrukte darstellen und
- durch ihre formalen und informellen Spielregeln eine indirekte Integration der
- konfligierenden Machtstrategien der Organisationsmitglieder bewirken.“

Eine Studie, die mikropolitische Aspekte in Zusammenhang mit ärztlichen Entscheidungsprozessen analysiert, ist die Untersuchung von Vogd (2004) zu Entscheidungen von Krankenhausärzten über Eingriffe bei komplexen medizinischen Fällen.²⁵ In seiner Analyse der sozialen Produktionsprozesse von solchen Entscheidungen deckt Vogd drei unterschiedliche Dimensionen auf: Zum einen spielen unterschiedliche Diskurskulturen in den jeweiligen medizinischen Fachrichtungen und bestimmte habituelle Dispositionen als Teil des professionellen Selbstverständnisses eine wichtige Rolle – während bei den untersuchten Internisten eine Kultur des Meinungs austauschs besteht und die sorgfältige Reflektion des Falles als wichtig angesehen wird, besteht bei den Chirurgen ein stärker personalisierter, hierarchisierter Austausch und eine Tendenz zur eher „heroischen“ Herangehensweise. Zum anderen deutet Vogd das beobachtete Geschehen aber in einer mikropolitischen Perspektive, wodurch die Spiele der Ärzte untereinander um den Erhalt bzw. die Erweiterung der eingenommenen Hierarchieposition sichtbar werden; der Entscheidungsprozess über das Behandlungsvorgehen wird somit nicht zuletzt durch „Kämpfe“ zur Abwehr von Entscheidungsverantwortlichkeit beeinflusst – Chefärzte entwickeln Abwehrstrategien und inszenieren sich als Metaentscheider, die entscheiden, wann sie entscheiden; untergeordnete Ärzte wiederum versuchen, Lasten nach „oben“

²⁵ Vogds Aufsätzen (2004, 2006 – siehe auch S. 13) liegt eine empirische Untersuchung einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung in zwei städtischen Krankenhäusern zugrunde, bei der während vier Feldforschungsaufenthalte zwischen Januar 2000 und Januar 2002 Ärzte, auch bei Krankenvisiten, begleitet („Shadowing“) und interviewt sowie Gespräche protokolliert wurden. Die Analyse der Daten erfolgte im Rückgriff auf Bohnsacks Dokumentarische Methode und Goffmans Rahmenanalyse.

abzuweisen. Auch die von Vogd beobachteten Störungen im Informationsfluss in der chirurgischen Abteilung erscheinen aus mikropolitische Perspektive nicht dysfunktional, sondern erhalten vor dem Hintergrund der „fehlenden Diskurskultur“ einen Sinn. Als Letztes bezieht Vogd die makrosoziologische bzw. Systemebene in seine Analyse mit ein, um den Entscheidungsprozess zu deuten: Da die Organisation Krankenhaus in verschiedene Logiken eingebettet ist (so gibt es medizinische, ökonomische und juristische Funktionsbezüge, wobei insbesondere der ökonomische Kostenaspekt in Widerspruch zum ärztlichen Anspruch steht), die vor Ort nicht einfach im rationalen Modus bearbeitbar sind, ihnen aber irgendwie begegnet werden muss, reagieren die am Entscheidungsprozess Beteiligten mit unterschiedlichen Strategien: Formale Konsense werden angestrebt, möglichst Viele am Prozess beteiligt, externe fachliche Berater hinzugezogen oder die Entscheidungsverantwortung an die Patienten übergeben.

Mit Blick auf den Untersuchungsgegenstand wäre also zu fragen, in welche organisationalen „Spiele“ und Machtbeziehungen die Ärzte der DRV eingebettet sind: Können sie ihr medizinisches Fachwissen einsetzen, um ihre eigene Position in der Organisation zu verbessern? Von welchen anderen Akteuren sind sie abhängig, denen sie unter Umständen etwas „anbieten“ müssen?

3.2.4 Routinen in Organisationen

Routinen in Organisationen bzw. organisationale Routinen sind nicht unbedingt gleichzusetzen, das verdeutlichen die Überblicksartikel zu diesem Forschungsgebiet von Becker (2005), Hodgson (2008) und Schulz (2008), die darin übereinstimmen, dass es nur einen geringen Konsens darüber gibt, was als „Routinen“ im Kontext von Organisationen anzusehen ist. Wie Schulz (2008: 236) anmerkt, gibt es in der Organisationsforschung sehr diverse Vorstellungen von Routinen – so werden sie z.B. als „Rationalitätskerne“, unveränderliche Reaktionen auf Stimuli, Träger organisationalen Wissens, Mikroinstitutionen, Theaterskripts, „Organisationsgene“, als eine Form der Bewusstseinsreduzierung, Verhalten ohne Verstand, prozedurales Gedächtnis oder auch als „Grammatiken des Handelns“ beschrieben.

Während Schulz (2008) den Routinebegriff durchaus auch in Bezug auf Individuen in Organisationen benutzt, argumentieren Hodgson (2008) und Becker (2005), dass mit „Routinen“ nur organisationale Routinen bezeichnet werden sollten, es also um ein die individuelle Ebene überschreitendes Konstrukt gehe. Konzeptualisierungen von organisationalen Routinen lassen sich entweder als wiederkehrende Verhaltens-/Handlungsmuster, als Regeln/Prozeduren oder aber als Dispositionen beschreiben (Becker 2005), der Handlungs- oder der Repräsentationsebene zuordnen (Schulz 2008) oder danach

unterscheiden, ob sie sich auf faktisches oder potenzielles Handeln/Verhalten beziehen (Hodgson 2008). Wie hieraus deutlich wird, ist die Frage nach der „Routiniertheit“ von (individuellem) Entscheidungshandeln nicht Teil dieser Forschungsliteratur. Inwieweit organisationale Routinen (verstanden als ein „überindividuelles“ Konstrukt) sich wiederum im Handeln der DRV-Ärzte niederschlagen, ist eine empirische Frage, weshalb an dieser Stelle nur noch auf die Überlegungen von Schulz (2008) zur Reproduktion von Routinen eingegangen werden soll, der sich fragt, auf welche Weise Routinen „am Laufen“ gehalten werden.

Unter der Annahme, dass die Wiederholung bestimmter Handlungen oder Handlungsketten auf bestimmte Mechanismen zurückzuführen ist, die autonom von externen Faktoren wie „Rationalität“, „Macht“ und „Agency“ wirken, listet Schulz (2008) folgende Mechanismen auf (viele davon in Anlehnung an Überlegungen von Berger und Luckmann):

- Habitualisierung (Typifizierung von Handlungsmustern auf individueller Ebene, es gibt eine mentale Vorstellung davon, welche Handlung als Nächstes nötig ist, um die Routine fortzusetzen/zu beenden),
- „Priming“ (mit der Habitualisierung zusammenhängender Vorgang auf neuronaler Ebene, die Ausführung von Routinen hinterlässt neuronale Verbindung, wodurch die gegenwärtige Situation als eine bereits bekannte, die zu bestimmten weiteren Schritten führte, wiedererkannt wird),
- reziproke Typifizierung (entwickelt sich, wenn es zu wechselseitigen Erwartungen zwischen Akteuren kommt, so dass sich Handlungen an der Wahrnehmung der Erwartungen und möglichen Reaktionen des Anderen orientieren),
- Institutionalisierung (liegt vor, wenn Routinen als objektiv gegeben wahrgenommen werden, als die Art und Weise, wie etwas nun mal gemacht wird; die Festlegung folgender Handlungen beruht auf weitgehend akzeptierten und als selbstverständlich wahrgenommenen Vorstellungen darüber, was der nächste Schritt sein sollte),
- Werte-Infusion (ähnlich wie Institutionalisierung, nur dass den Routinen bzw. den einzelnen Routineschritten ein sentimentaler oder symbolischer Wert anhängt),
- Artefakte (z.B. Checklisten, Diagramme, Post-It's etc., als Hilfsmittel signalisieren sie, welche Handlung als Nächstes zu vollziehen ist; allerdings ist die Bedeutung eines Artefakts nicht eindeutig, sondern abhängig von der Routine, innerhalb derer es benutzt wird) (vgl. auch S. 16),
- Formalisierung (Einschreibung von Routinen in Regeln, Stellenbeschreibungen und Strukturen),

- Verknüpfung prozeduraler Gedächtnisvorgänge (individuelle Routinen werden mit organisationalen bzw. Gruppenroutinen verknüpft, Handlungsabläufe basieren auf „reciprocal triggering“),
- Kalkulation (Möglichkeit, Routinen instrumentell zu nutzen, dadurch dass ein Wissen um die Beziehung zwischen Handlungen und Outcome vorliegt),
- Kompetenzfallen (eng verwandt mit dem Kalkulationsmechanismus; Routinen laufen weiter, da Akteure diejenigen Handlungen wählen, bei denen sie im Vorigen Kompetenzen erworben haben),
- Engagement/Verpflichtungseskalation (Routinen werden fortgesetzt, da Akteure Handlungen wählen, die zu den vorher getätigten psychologischen „Investitionen“ passen, nach dem Muster „wir haben so angefangen, dann können wir jetzt auch so weitermachen“),
- Zwang (durch handlungsanleitende Kommandos, Regeln, Pläne etc. wird Routinehandeln überwacht und durchgesetzt, von der Routine abweichendes Handeln wird sanktioniert),
- Führung (wie bei Zwang gibt es auch hier eine Machtbeziehung, die allerdings auf freiwilliger Unterordnung beruht, Routinen werden als Teil der legitimen Ordnung gesehen).

3.2.5 Entscheiden nach Regeln?

Gerade mit Blick auf den medizinischen Bereich gibt es mehrere Untersuchungen, die sich kritisch mit der Annahme auseinandersetzen, ärztliche Entscheidungen hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen oder Begutachtungsprozesse basierten lediglich auf der Anwendung bestehender formaler Regeln und medizinischen Wissens.

Aus abstrakter Perspektive mildert Ortmann (2004, 2011) diesen Gegensatz zwischen Regeln und „tatsächlichem“ Entscheidungsprozess ab, indem er ihn als generelles Paradoxon von Entscheidung deutet, insofern diese Übersetzung „aus der Anwendung einer *allgemeinen* Prozedur – einer Regel, eines Kriteriums – auf einen *einzigartigen* Fall besteht“ (Ortmann 2004: 206). Da Regeln einen gewissen Grad an Abstraktheit brauchen, um allgemeingültig, das heißt auf mehrere spezifische Fälle anwendbar zu sein, kann die Umsetzung niemals starr „nach Vorschrift“ erfolgen, sondern vollzieht sich in einem konstruktiven Akt der Regelspezifizierung, -anwendung und -ergänzung. Dieser Prozess vollzieht sich laut Ortmann über „Schemata, Routinen und Scripts“ oder durch den Mechanismus der „Selbstverstärkung des Wahrscheinlichen“: „Bloß Wahrscheinliches wird behandelt, *als ob* es sicher, wenig Wahrscheinliches, *als ob* es sehr wahrscheinlich wäre“ (Ortmann 2004: 207). Dadurch habe jede Entscheidung zur Folge, dass die Regel, auf die

man sich mit der Entscheidung bezieht und die man dementsprechend anzuwenden hat, eben dadurch noch konstituiert werde: „Durch die Entscheidung etablieren wir, und müssen etablieren, ein *Als Ob*: Lasst uns handeln, *als ob* wir etwas hätten, worauf wir uns sicher verlassen können“ (Ortmann 2004: 208); dieses „als ob“ ist aber dann keine bloße Fiktion bzw. ein Vortäuschen, wenn es sozial akzeptiert ist und sich zudem in der sozialen Praxis bewährt. Während sich nach Ortmanns Konzeption somit endlose Schleifen von Begründung und Entscheidung, Erwartungen und Erfahrungen ergeben, verbleiben die folgenden drei Studien bei dem Gegensatz zwischen Regeln und praktischem Handeln.

So bedient sich Dodier (1994) in seiner Analyse betriebsärztlicher Untersuchungen des Rahmenkonzepts von Goffman (vgl. Fußnote 29), um zu erklären, wie es trotz ähnlicher Beschwerden der Patienten zu einer unterschiedlichen ärztlichen Beurteilung kommt.²⁶ Dabei arbeitet er heraus, dass sich drei verschiedene Rahmen identifizieren lassen, die darauf einwirken, welche Entscheidung der Betriebsarzt bezüglich der Einstufung der Arbeitnehmer („arbeitsfähig/arbeitsunfähig/arbeitsfähig mit folgenden Einschränkungen“) in seinem Bericht trifft:

- der klinische Rahmen,
- der „sorgende“ Rahmen,
- der psychologische Rahmen.

Aus unserer Sicht wären zusätzlich noch der

- sozialrechtliche und der
 - organisationale Rahmen
- zu betrachten.²⁷

Wird die Konsultationssituation vom Arzt durch einen „klinischen Rahmen“ wahrgenommen, reagiert er auf Äußerungen körperlicher Beschwerden, indem er nach objektiven, klinischen Symptomen sucht; nur wenn er solche findet, betrachtet er das Problem als real. Gleichzeitig unterstellt er dem Patienten strategische Interessen – geht es der Person bei einer Einstufung als „arbeitsunfähig“ um finanzielle Vorteile, persönlichen Komfort, Karrierevorteile, das Geraderücken empfundener Ungerechtigkeiten? – und bedient sich daher möglichst nicht manipulierbarer Untersuchungsmethoden (z.B. Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen).

²⁶ Methodisch basiert die Analyse auf Beobachtungen französischer Betriebsärzte, die einmal im Jahr einen „Arbeitsfähigkeitsbericht“ (job fitness report) für jeden Arbeitnehmer nach einer Konsultation erstellen müssen, und auf Diskussion und Interviews mit diesen Ärzten über die getroffenen Entscheidungen. Im Sinne Goffmans versteht Dodier „Rahmen“ als die Art und Weise, wie von Menschen eine bestimmte Situation definiert wird, in der sie sich gerade befinden, und die die Erfahrung dieser Situation organisiert, was sich nicht zuletzt in der Wortwahl ausdrückt (Dodier 1994: 490, 498).

²⁷ Zu beachten ist, dass es sich bei dieser Art von Rahmung nicht um das „framing“ im psychologischen Sinne handelt, welches sich auf die Problemdarstellung als Rahmung bezieht.

Ist dagegen der „sorgende“ Rahmen (solicitude frame) vorherrschend, wird die Legitimität der Beschwerdeäußerungen nicht in Zweifel gezogen, selbst wenn diese objektiv nicht nachvollziehbar sind, da sie letztendlich subjektiver Natur und nichtsdestotrotz ernst zu nehmen seien: „An asymmetry is introduced into the clinical schema: an individual's subjective symptoms can help to formulate a diagnosis, but a diagnosis cannot be used to judge the reality of a complaint. In a solicitude frame, there are therefore no medical ‚proofs‘ of the existence or absence of pain“ (Dodier 1994: 496). Kennzeichnend für diesen Rahmen ist auch, dass der Arzt sich auf medizinisch-professionelle Prinzipien beruft („als Arzt...“).

Als dritten Rahmen nennt Dodier den „psychologischen Rahmen“: Subjektive Schmerzen (selbst ohne objektive Entsprechungen) werden nicht als illegitim wie im klinischen Rahmen gesehen, noch einfach als solche anerkannt wie im sorgenden Rahmen, sondern als Anzeichen eines tieferen psychischen Leidens interpretiert, woraus sich für den Arzt zwei Möglichkeiten ergeben (wiederum in Anlehnung an den klinischen und den sorgenden Rahmen): „From the moment that the doctor describes psychic pain behind physical complaints, two principle possibilities present themselves. One is that the doctor treats this psychic suffering according to a clinical frame. In this case, the absence of objective signs leads the doctor to consider the physical complaint unacceptable. [...] Another possibility is to treat the psychic suffering with solicitude. [...] When the worker talks of ‚paint fumes‘, ‚an aching leg‘ ‚a bad back‘, the doctor will interpret these claims as ‚interpersonal problems‘, ‚conflicts with the work team‘, ‚inadequate compensation for injuries‘ and will attempt to intervene as a mediator to solve these problems“ (Dodier 1994: 507).

Dodier führt den Kontrast zwischen klinischem und sorgendem Rahmen auf den dualen, widersprüchlichen Status von Beschwerdeäußerungen in den Theorien medizinischer Praxis zurück: Während die einen sie nur als sekundär ansehen, da sie subjektiver Natur seien, betrachten die anderen das Individuum als einzig berechtigten Richter über seinen Zustand. „This dual status of complaints in clinical medical practice [...] has repercussions on the work of medical experts. They have two frames at their disposition in making their decision [...]. The doctor can engage in an objectification based on the principles of the clinic. He or she can use objective symptoms as a basis for judging the legitimacy of an individual's complaints, or for dismissing them. Or the doctor can choose to take an attitude of ‚solicitude‘, whereby a persistent complaint is taken into consideration as a matter of principle“ (Dodier 1994: 501). Die analytische Unterscheidung verschiedener Rahmen²⁸ soll

²⁸ Hier kann das von Erving Goffman entwickelte Konzept der Rahmenanalyse (1977) - von ihm für Interaktionsordnungen entwickelt - als hilfreiche Heuristik gelten: der Entscheider muss im Entscheidungsvorgang die vom Antragsteller vorgebrachten Probleme unterschiedlich rahmen (Medizin, Recht, Arbeitsmarkt, Lebenssituation, Organisation), Übergänge herstellen und die Teilergebnisse schließlich zu einem Ganzen zusammen zu fügen; dies geschieht in der Praxis i. d. Regel nicht Schritt für Schritt und explizit sondern implizit mit entsprechenden Gewichtungen, die dem Entscheider nicht immer oder nicht mehr bewusst sind und sich aus der Praxis bislang bewährter Routinen, dem blitzschnellen Vergleich mit Referenzfällen und einer Risikoabschätzung ergeben, die auf die Extrapolation aufgeschichteter Erfahrung setzen kann.

nicht implizieren, dass ein Arzt immer nur einem Rahmen unterliegt. Dodier betont vielmehr, dass Ärzte auch zwischen Situationsrahmungen wechseln (z.B. nach der Interaktion mit dem Patienten, wenn es um die Berichterstattung geht), was unter Umständen zu Spannungen führen kann, weshalb Ärzte dann bestimmte Strategien zu verfolgen, um diese aufzulösen (z.B. durch die Einholung eines „Spezialisten“-Urteils, um den eigenen „sorgenden Rahmen“ gegenüber Dritten rechtfertigen zu können) (Dodier 1994: 499-500).

Auch Meershoek et al. (2007) kritisieren in ihrer Studie des Begutachtungsprozesses von Anträgen auf Arbeitsunfähigkeit durch niederländische Ärzte²⁹ die Annahme, der medizinische Begutachtungsprozess beruhe allein auf formalen Regeln und medizinischem Wissen und Entscheidungen würden rein rational getroffen (Meershoek et al 2007: 498). Hintergrund ihrer Analyse ist die steigende Anzahl Arbeitsunfähiger in den Niederlanden, die aufgrund von Krankheit und Behinderung Sozialleistungen beziehen, weshalb die Ärzte in der Kritik stehen, ihre Gatekeeper-Funktion nicht zu erfüllen. Politisch gesehen besteht die Hoffnung, die Ausgaben für solche Sozialleistungen dadurch senken zu können, dass Zugangskriterien formalisiert und expliziert werden, das ärztliche Urteil nur noch auf einer medizinischen Indikationsstellung beruht und durch explizite Kriterien und formale Prozeduren objektiver, standardisierter, transparenter und qualitativ besser wird. Meershoek et al. gehen dagegen davon aus, dass das praktische Handeln nicht so sehr durch formale Regeln, sondern durch „praktische Rationalität“ (hier beziehen sich die Autoren auf Überlegungen von Wittgenstein) bestimmt wird: Das Grundprinzip einer Handlung könne nur in Bezug auf den spezifischen Handlungskontext erklärt und bewertet werden, es sei implizit und nicht völlig erklärbar: „It is a ‚knowing how to handle without being able to explain why‘.“ (Meershoek et al. 2007: 499) Es geht daher in Abgrenzung zu den formalen Regeln darum, die „practical rationality of expert medical decision-making“ (2007: 499-500) zu untersuchen. Wie ihre Analyse der ärztlichen „praktischen Rationalität“ ergibt, sehen die Prüfärzte die medizinische Diagnose als unzureichend an, um zu entscheiden, ob die Person arbeitsfähig ist oder nicht, weshalb sie während der Konsultation andere Informationen einholen: Was sind die alltäglichen Erfahrungen mit den angegebenen Einschränkungen? Was sind die annehmbaren *langfristigen* Folgen der ärztlichen Entscheidung in Bezug auf die Integration des Antragstellers in den Arbeitsmarkt? Wird die Initiative zu einer Verbesserung der Situation ergriffen? Falls ja, erzeugt dies Vertrauen bei den Ärzten, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und die Antragsteller nicht einfach nur an den Sozialleistungen

²⁹ Auch in dieser Studie wurde ethnographisch vorgegangen, das heißt, über 500 Konsultationen bei 20 verschiedenen Ärzten wurden beobachtet, Notizen zu den Konsultationen und den Bemerkungen der Ärzte davor und danach gemacht sowie 20 Interviews mit Ärzten über den Entscheidungsprozess geführt (außerdem wurde an Treffen mit Arbeitskollegen und Arbeitgebern teilgenommen). Aufgabe der untersuchten Ärzte ist nur die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, nicht deren Behandlung; ihre Entscheidungen beruhen allein auf den Informationen, die sie während der Konsultation der Antragsteller erhalten (manchmal auch Kontakt zum Arbeitgeber). Mit den gesammelten (Beobachtungs-)Daten wurde eine induktive Inhaltsanalyse nach Grounded Theory durchgeführt, wobei der Fokus auf der Reaktion der Ärzte auf die Antworten der Antragsteller und auf dem Abgleich dieser Analysen mit den Kommentaren der Ärzte lag (Meershoek et al. 2007: 500).

interessiert sind; falls nein, wird davon ausgegangen, dass nicht jeder in der Lage ist, über sich selbst analytisch nachzudenken, weshalb die Persönlichkeit und sozialen Umstände des Antragstellers in den Blick genommen werden. Dieser Abwägungsprozess bleibt allerdings nach außen hin unsichtbar: „[...] medical and (socio) normative aspects are both incorporated in disability judgements, not as independent factors, but as mutually dependent phenomena that define each other“ (Meershoek et al. 2007: 509). Die Beurteilungen sind somit entgegen der öffentlichen Wahrnehmung weniger technischer Natur als höchst kontextuell gebunden und auch normativen Charakters, da die Ärzte implizite Normen benutzen, „about what can be expected from employees and what cannot; what is and what is not an appropriate justification and what kind of assistance is proper in any given situation“ (Meershoek et al 2007: 509-510).

Aufgrund dieses Ergebnisses gehen die Autoren davon aus, dass die Einführung weiterer formaler Regeln und Prozeduren nicht zu dem politisch gewünschten Ergebnis einheitlicher und transparenter Entscheidungen in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit führen werde, da diese an den bisherigen Methoden der Ärzte zur Einschätzung von Arbeitsunfähigkeit vorbeigingen und den inhärent normativen Aspekt des Bewertungsprozesses negierten. Vielmehr müssten die Ärzte dazu gebracht werden, ihre normativen Überlegungen durch Peer Review, Audits und Stakeholder-Panels zu explizieren, anstatt ihr Vorhandensein einfach auszublenden (Meershoek et al. 2007: 510).

Auch Vogd (2006) wendet sich gegen die Vorstellung, ärztliches Handeln werde hinreichend durch formale Regeln beschrieben: „[...] der medizinische Alltag [erscheint] unter seinen zeitlichen, wissensmäßigen und organisatorischen Anforderungen notwendiger Weise überkomplex [...]. Allein schon aus diesem Grunde ist er seitens der beteiligten Akteure nicht allein durch formale Regeln beherrschbar. Vielmehr werden auch die medizinisch professionellen Akteure einem ‚praktischen‘ Sinn folgen (Bourdieu 1997)“ (Vogd 2006: 199, Fußnote 3). Ganz im Sinne Bourdieus geht Vogd in diesem Aufsatz davon aus, dass sich die „Logik des ärztlichen Handelns“ nicht darin zeigt, „was ein Arzt über sich und seine Arbeit denkt, sondern darin, was er tut“ (2006: 199; vgl. Kapitel 3.2.6 zu der ähnlich praxistheoretischen Orientierung bei Wilz 2009, 2010, die sich allerdings nicht auf Bourdieu bezieht). Dies verdeutlicht er an einer Analyse der Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten im Zeitvergleich, der die Frage zugrunde liegt, inwieweit sich diese Orientierungen aufgrund veränderter organisatorischer und ökonomischer Rahmenbedingungen (Fallpauschale bei der Leistungsabrechnung statt Liegezeit, Controlling, Benchmarking, Outsourcing, Zentralisierung von Betriebsfunktionen, Privatisierung der Trägerschaft, Personalkürzungen, Gehaltseinbußen) gewandelt haben (zur methodischen Herangehensweise vgl. Fußnote 25). Während sich auf der Ebene des „talk“ im Zeitvergleich keine gravierenden Unterschiede zwischen den beiden untersuchten

Gruppen der Chirurgen und Internisten nachweisen lassen – beide klagen über eine Verschlechterung der Patientenbetreuung, den technokratischen, hoch verdichteten Arbeitsprozess etc., kurz: eine Spannung zwischen der ärztlich-fachlichen und der ökonomischen, administrativen und organisationalen Logik (203) –, zeichnet sich für die Internisten eine „Auflösung ihrer alten professionellen Identität“ ab (Vogd 2006: 207), während bei den Chirurgen weder ein grundsätzlicher Wandel in der ärztlichen Orientierung noch im chirurgischen Habitus ablesbar ist. Zumindest im OP-Saal gelingt es den Chirurgen nach wie vor, dem eigenen Selbstbild entsprechend zu handeln; die Internisten geraten dagegen zunehmend in die Situation, weniger als professionelle Generalisten (ihrem bisherigen Selbstbild gemäß) denn als spezialisierte Experten agieren zu müssen.³⁰

Bei der Zusammenfassung von Vogds Untersuchung (2006) zum Wandel der Handlungsorientierungen von Krankenhaus-Chirurgen und -Internisten aufgrund veränderter organisationaler Rahmenbedingungen (vgl. Fußnote 30) wird auch kurz darauf eingegangen, inwieweit Vogd in diesem Zusammenhang eine Gefährdung des ärztlichen Status sieht (sein Argument ist, dass trotz der verringerten Interaktion mit den Patienten der ärztliche Status nicht gefährdet ist, da das medizinische Fachurteil umso bedeutsamer wird). Mit einer ähnlichen Fragestellung haben sich auch Berg et al. (2000) beschäftigt, indem sie am Beispiel niederländischer Ärzte, die für die Sozialversicherung arbeiten, untersuchten, ob durch die Einführung und zunehmende Wichtigkeit von Richtlinien bei der Beurteilung von Anträgen der Professionsstatus der Prüfärzte gefährdet ist.³¹ So werde in der bestehenden Literatur zwar einerseits betont, dass Richtlinien den Professionsstatus durch die Erhöhung (des Anscheins) von Wissenschaftlichkeit verbesserten, andererseits bestehe aber die Gefahr, dass die Autonomie der Professionsmitglieder reduziert werde. Überraschenderweise wurden die eingeführten Richtlinien von den Befragten durchaus positiv wahrgenommen, wofür Berg et al. (2000: 773-777) v.a. drei Gründe anführen:

- Die Einführung von Richtlinien wurde als Möglichkeit gesehen, die eigene Arbeit öffentlich zu legitimieren (Richtlinien bedeuten eine explizite Anerkennung, dass es

³⁰ Allerdings sieht Vogd deswegen noch nicht die Gefahr einer Verringerung des ärztlichen Status. Vielmehr geht er davon aus, dass ihre Position einer Wandlung unterworfen ist: „Da nun auch die persönliche Fallanbindung mehr und mehr wegfällt und der Arzt damit auch nicht mehr um die personalen Spezifika der ihm anvertrauten Patienten weiß, wird das medizinische Fachurteil umso bedeutsamer. Es stellt nun den einzigen Bezugspunkt dar, um auf Basis oftmals widersprüchlicher Aktenlage zu einer Entscheidung zu kommen. [...] Unter der Gretchenfrage verknappter Ressourcen kann auf die Beschäftigung mit den psychosozialen Patientencharakteristika – auch auf Freundlichkeit – verzichtet werden, nicht jedoch auf Medizin. Auch wenn die Krankenhausärzte dies explizit bedauern und den hiermit verbundenen Verlust an ‚Ganzheitlichkeit‘ beklagen, vollziehen sie handlungspraktisch zurzeit genau die beklagte Wandlung vom professionellen Akteur zum medizinischen Experten.“ (224)

³¹ Methodisch gesehen beruht die Untersuchung auf Leitfadeninterviews aus dem Jahr 1997 mit sieben Versicherungsärzten, acht koordinierenden Ärzten (diese kontrollieren die Versicherungsärzte und sind für die Einhaltung professioneller Standards verantwortlich) und sieben „General Managers“ (Direktoren der regionalen Verwaltungsstellen, bei denen die Ärzte angestellt sind und die für die Zuteilung von Sozialleistungen wegen Behinderung zuständig sind) und auf Textanalysen von vier Richtlinien, die zwischen 1995 und 1997 eingeführt wurden (Berg et al. 2000: 768).

etwas zu entscheiden gibt) und Druck von „außen“ (durch Arbeitgeber, Politiker, Antragsteller) standzuhalten.

- Die eingeführten Standards spiegelten die tatsächliche ärztliche Prüfpraxis wider (was auf die Mitarbeit der Versicherungsärzte bei der Erstellung der Richtlinien zurückzuführen ist).
- Auf Seiten der Ärzte bestand die Wahrnehmung, dass die Richtlinien genügend Interpretations- und Beurteilungsraum zuließen, was ihr Expertenwissen und ihre Erfahrung nach wie vor nötig mache; zugleich hatten sie nicht das Gefühl, durch Manager und andere Vorgesetzte via die neuen Richtlinien zunehmend kontrolliert zu werden.

Berg et al. gehen aber in ihrer Analyse noch weiter und rekonstruieren einen tieferliegenden Grund für das Ausbleiben einer Verringerung der ärztlichen Autonomie:

„[...] we argue, the authors and users of the guidelines *redefined what objectivity meant* in such a way that the potential tensions between enhanced objectivity and professional autonomy evaporated.“ (Berg et al. 2000: 778)

So definierten zum einen die Autoren der Richtlinien diese so, dass eine „objektive medizinische Überprüfung“ dann vorliegt, wenn die Erfahrungen und die Perspektive des Antragstellers bei der Antragsprüfung zentral gestellt werde:

„In this interpretation, to objectively determine a complaint is not taken to imply that only that which can be quantitatively measured, or unambiguously observed, is valid. Rather than opting for this frequently encountered interpretation of objectivity, the authors [...] are at pains to *redefine* objective determination to mean a controllable and reproducible interpretation and weighing of a wide range of medical, psychological and social considerations. Doing so, the guideline does not force the physician to use one type of test, or to pose one series of questions. Rather the guideline implies that a broad array of tests, questions and methods can be relevant to the determination of medical disability.“ (Berg et al. 2000: 779)

Anstatt die ärztliche Autonomie auf die Befolgung bestimmter Prozeduren einzuengen bzw. davon auszugehen, dass eine gleiche und faire Behandlung der Antragsteller nur durch Unparteilichkeit und ein „unpersönliches“ Vorgehen zu erreichen sei, ermöglichen diese Richtlinien also gerade den ärztlichen Handlungsspielraum bei der Beurteilung von Anträgen (eine Richtlinie, die ein quasi mechanisches Befolgen von Regeln vorsieht, ist eine Ausnahme hiervon; wenig überraschend entzündet sich hier auch die Kritik der Befragten, s. Berg et al. 2000: 781).

Zum anderen wurden in der ärztlichen Praxis die Richtlinien v.a. dahingehend interpretiert, dass expliziter und ausführlicher über die Fälle zu berichten sei als vorher – der Inhalt der Beurteilungen bzw. der dazugehörige Entscheidungsprozess wurde dagegen als unverändert angesehen. Die Forderung nach mehr „Transparenz“ wird demzufolge nicht so erfüllt, dass nun jeder die ärztlichen Beurteilungen nachvollziehen könnte, sondern Transparenz gilt nur im Hinblick auf „relevante“ Andere, das heißt mit Blick auf andere Versicherungsärzte. Denn durch den professionstypischen Jargon und Abkürzungen sowie durch das im Abwägungsprozess nötige Insider- und Expertenwissen sind die Berichte nur für diese Gruppe wirklich nachvollziehbar (Berg et al. 2000: 782-783).

Diese Redefinition von Objektivität durch die Richtlinienautoren und die die Richtlinien in der Praxis anwendenden Ärzte ist allerdings nicht ohne Folgen, so Berg et al. (2000: 768): Denn auch wenn der Patient nun im Zentrum der Beurteilung stehe, werde er zugleich vom Verständnis des Entscheidungsprozesses umso mehr ausgeschlossen. Darüber hinaus sei die durch die verbesserte Berichterstattung erreichte „Transparenz“ eher zweischneidig – Ärzte verwendeten zunehmend Standardphrasen, während fallspezifische Formulierungen dagegen nur schwer zu finden seien.

3.2.6 Entscheiden als soziale Praxis

Diese Überschrift geht auf Wilz (2010: 112) zurück, mit der sie einen theoretischen Ansatz bezeichnet, der insbesondere auf das Prozesshafte, den Praxisbezug und die Kontextabhängigkeit des Entscheidens abzielt und bei dem in Anlehnung an Giddens' Strukturierungstheorie das Wechselspiel zwischen Struktur und Handeln im Fokus steht. Im Unterschied zu den Theorien rationaler Wahl gelten Wilz (2009: 109-110) Entscheidungen nicht bzw. nicht nur

- als klar begrenzter Vorgang, sondern als Teil eines Handlungsflusses, bei dem Anfang und Ende der Entscheidung nicht eindeutig zu bestimmen sind;
- als mentale Leistung eines einzelnen Akteurs, sondern als Ergebnis des handelnden Zusammenwirkens mehrerer Akteure;
- als rational-reflexiv-kognitiver Akt (der Handlung vorausgehend), sondern als Ausführung eines Impulses, durch den Handlungsalternativen verwirklicht werden.

Wie Wilz anmerkt, geht es um ein „Entscheiden in Interaktion“ (2010: 119), da Akteure wechselseitig aufeinander und auf den Organisationskontext Bezug nehmen (z.B. durch Blicke, durch dem Kontext „angemessenes“ oder „unangemessenes“ Verhalten und die Reaktion darauf, durch Bezug auf frühere Entscheidungen, durch mit den Anderen geteilte Deutungen und Wissensbestände). Ausgangspunkt zur Erklärung von Entscheidungen sind

somit weniger individuelle Motivationen und Intentionen, sondern die geteilten Praktiken eines Akteurs und seiner Umgebung.

Als ein Beispiel für diesen theoretischen Ansatz verweist Wilz auf Hirschauers Analyse der Interaktionssituation in einem Fahrstuhl, für dessen Benutzung bestimmte Normen gelten (z.B. Distanzmaximierung zu anderen Fahrstuhlnutzern, keine oder nur gedämpfte Unterhaltung mit Anderen) und die Teilnehmer für den Zeitraum des Fahrstuhlteilens in spezifischer Weise aufeinander reagieren, ohne dass man dies als „rationales Verhalten“ erklären könnte (Hirschauer 1999). Darüber hinaus verdeutlicht Wilz aber auch anhand eines selbst untersuchten Falls – ein privates Krankenversicherungsunternehmen, bei dem es in einer Zweigstelle zu Umstrukturierungen und damit zu Personalentscheidungen bezüglich der Besetzung der stellvertretenden Gruppenleitung kommt –, was mit diesem Ansatz gemeint ist (nachdem dieser Fall zuvor auch aus der Perspektive von Theorien der rationalen Wahl und unter mikropolitischen Vorzeichen betrachtet wurde).³² So wurde eine weibliche Führungskraft mit der allgemein anerkannten Begründung, sie fühle sich unwohl auf der Position der stellvertretenden Gruppenleiterin, von ihren Vorgesetzten degradiert und ein Anderer auf diese Position befördert. Wie Wilz (2010: 120-123) im Weiteren herausarbeitet, gibt es in dem betreffenden Unternehmen die Verhaltensnorm, Emotionalität zu kontrollieren. Unabhängig davon, ob die betreffende Mitarbeiterin sich tatsächlich unwohl in einer solchen Position fühlt oder ob sie von anderen nur so eingeschätzt wird, hat diese Verhaltensnorm den Effekt, dass sie als defizitäre Führungskraft erscheint (der Konkurrent erfüllt dagegen diese Norm durch sein Verhalten). Wilz (2010: 123) schlussfolgert daher: „Die Entscheidung gegen [die weibliche Führungskraft] und ihre Legitimation hat daher nicht nur etwas zu tun mit eventuellen Nutzenüberlegungen der Entscheider und mit Koalitionsbildungen und Ressourcen in mikropolitischen Aushandlungen, über die sie nicht verfügt. Sie sind auch verankert in der gemeinsamen Konstruktion von Normen und der Selbst- und Fremdpositionierung, also der interpretativen Deutung von Selbst und Organisation in Bezug auf dieses normative Muster.“

3.2.7 Artefakte als Akteure in Entscheidungsprozessen

Die bis hierhin vorgestellten Studien und Konzepte sahen entweder Individuen, Organisationen oder Systeme als Träger von Entscheidungsprozessen, aber nicht unbelebte Gegenstände. Zwar verweist auch Vogd (2006) darauf, dass der Krankenakte angesichts der Verknappung der Ressource „ärztliche Arbeitskraft“ (geringere Arzt-Patienten-Interaktion)

³² Das empirische Material beruht auf Dokumentenanalysen und qualitativen, problemzentrierten Interviews mit Beteiligten des Umstrukturierungsprozesses; die Auswertung erfolgte nach Überlegungen der Grounded Theory, wobei die Umwelt der Organisation weitgehend ausgeblendet und der Fokus auf organisationsinterne Prozesse gerichtet wurde (Wilz 2010).

eine wichtige Stellung im Behandlungsprozess zukomme, da das Fallwissen zunehmend weniger an die Person des Arztes als an die Krankenakte gebunden sei. Trotzdem sei es aber nach wie vor der Arzt mit seinen exegetischen Fähigkeiten, der die medizinischen Entscheidungen treffe: „Die Leistung der Akte besteht [...] darin, dass sie gleichzeitig für eine Festlegung steht, die dann jedoch in ihrer Abstraktionslage so unbestimmt ist, dass sie sukzessive weiterer Festlegungen durch die ärztliche Tätigkeit bedarf“ (Vogd 2006: 226). Auch hier bleibt es also letztendlich noch bei der Vorstellung, die Akte repräsentiere lediglich den (zeitlich vorausgegangenen) Behandlungsprozess und sei eine bloße Ansammlung von Informationen.

Mit seiner Untersuchung von Patientenakten wendet sich Berg (2008) im Anschluss an Bruno Latour gegen genau diese Vorstellung und vertritt die These, dass der Akte eine eigene aktive, konstitutive und vermittelnde Rolle in der Organisation medizinischer Arbeit zukomme (Berg 2008: 63-65). Anhand von drei Fallbeispielen, die auf eine zweimonatige teilnehmende Beobachtung in der Onkologie und der Poliklinik eines niederländischen Universitätskrankenhauses sowie auf die Analyse der relevanten Patientenakten zurückgehen, analysiert Berg anhand der Praktiken des Lesens und Schreibens die *wechselseitige* Beziehung von Mensch und Schriftwerk, um so einerseits die Vorstellung von der Akte als bloßem „Informationscontainer“ zu überwinden, andererseits die Herangehensweise konstruktivistischer Ansätze zu vermeiden, die seiner Ansicht nach durch den Blick auf das soziale Interaktionsgeschehen die Rolle von Artefakten, Maschinen etc. systematisch unterschätzten – denn die Krankenakte sei Bestandteil dieser Interaktion und transformiere sie zugleich, ohne aber den Arbeitsprozess zu determinieren (Berg 2008: 64).

Laut Bergs Analyse ist die Akte als Akteurin auf fünf distinkte Weisen an der medizinischen Arbeit beteiligt, die teilweise auch den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Patientenbehandlung beeinflussen: Zum einen beeinflusst sie die (Denk-)Prozesse des medizinischen Personals und des medizinischen Entscheidungsvorgangs und trägt zu einer Konturierung der Patientenlaufbahn bei: Durch die Aktivitäten des Lesens und Schreibens der Mediziner und Pflegekräfte wird der Fall des Patienten bearbeitbar und auf eine klare Vorstellung davon verengt, was zu tun ist; die Menge an Informationen wird selektiert und reduziert, so dass sich aus ganz verschiedenen Hinweisen in der Akte ein Handlungsweg „ergibt“; durch diesen Transformationsprozess werden zugleich bestimmte Informationen ignoriert oder zurückgestellt. Der Schreibprozess in der Akte darf also nicht als bloße Wiedergabe von Gedankenprozessen verstanden werden, sondern ist eng mit der Akte selbst verknüpft – sie beeinflusst den Verlauf und Inhalt des medizinischen Entscheidungsprozesses durch ihre Aufmachung (Vorgabe von Kategorien, Fragelisten etc.) und wird so zum Koproduzenten der Definition der Situation, ohne aber deterministisch zu wirken (Berg 2008: 68-71).

Zum anderen beeinflusst die Akte die Beziehungen zwischen medizinischem Personal und Patienten: Die Schreibebewegungen des Arztes, sein Blick auf die Akte wirken auf die Interaktion mit dem Patient zurück (z.B. verweist das Schließen der Akte auf das Ende der Konsultation), wodurch die Situation „Experte untersucht Patient“ produziert und von den Beteiligten anerkannt wird sowie Rechte und Pflichten, die damit zusammenhängen, verteilt werden (Berg 2008: 71). Zudem wirkt sie auf die Beziehungen zwischen dem medizinischen Personal untereinander ein, indem sie Teil der Erzeugung und Bewahrung hierarchischer Beziehungen zwischen den beteiligten professionellen Gruppen ist: „Die Patientenakte ist eine der Arten und Weisen, in denen Machtunterschiede sich grundlegend konstituieren. Sie reguliert den Typ von Zugang, den verschiedene Mitarbeiter des Teams haben, indem sie differenziert, wer hier wo etwas eintragen kann oder muss, und wer was lesen kann. [...] Die Akte bestimmt, wenn Informationen relevanter sind als die von anderen und wessen Arbeit wichtiger ist [...]“ (Berg 2008: 75) Des Weiteren ist die Krankenakte an der Transformation des Patientenkörpers in ein „Teilstück“ der Krankenhausroutine beteiligt, da sie nicht nur die Behandlungsschritte wiedergibt, sondern diese zugleich im Behandlungsprozess vorschreibt sowie Anweisungen an Ärzte und Krankenschwestern gibt, was als Nächstes zu tun ist; die Akte fungiert damit als Verteiler und Koordinator von Arbeitsaufgaben, allerdings ohne ein bestimmtes Handeln zu erzwingen, da die gemachten Einträge nicht unbedingt eindeutig sind und der Interpretation bedürfen, die auf einem geteilten Verständnis von Aufgaben/Erfahrungen/Erwartungen basiert. „Das ständige Umarbeiten und Reinterpretieren der Inhalte der Akte erlaubt es der Akte zu funktionieren – zu verteilen und zu koordinieren und genau hierdurch die Arbeit der Akteure zu transformieren, die diese Akte hervorbringt“ (Berg 2008: 78).

Als aktiver, involvierter Teil derjenigen Prozesse besteht die letzte Leistung der Patientenakte darin, den interaktiven, oftmals ad hoc erscheinenden Charakter ärztlichen Handelns verschwinden zu lassen und alle Spuren ihrer eigenen Beteiligung am Behandlungsgeschehen auszulöschen, so dass es schließlich tatsächlich so erscheint, als gäbe sie bloß Informationen wider. Dies gelingt ihr zum einen dadurch, dass sich die Aufgabe der Akte, den medizinischen Prozess im Nachhinein nachvollziehbar bzw. bewertbar zu machen, schon auf die Praktiken des Schreibens und Lesens in der Art auswirkt, dass „rationale“ Erzählungen über den „systematischen Ablauf der Behandlung“ entstehen; zum anderen unterstützt das fortlaufende Zusammenfassen von Informationen während des Behandlungsprozesses „die Entstehung einer Geschichte, die in ihrer Rationalität lückenlos zurückreicht und die augenblickliche ‚Gegenwart‘ untermauert. So entsteht eine Geschichte, in der medizinische Daten ‚selbstverständlich‘ zu bestimmten diagnostischen Schlussfolgerungen führen, die dann zu einer rationalen, therapeutischen Intervention führen“ (Berg 2008: 82).

Berg schlussfolgert daher, dass die Akte weit davon entfernt sei, ein bloß repräsentierender Gegenstand zu sein, der auf den Verlauf des Geschehens keinerlei Einfluss nehme, vielmehr sei ihr als Form eines „organisierten Gedächtnisses“ eine aktive Rolle zuzuweisen, so dass es zwingend sei, der Frage nachzugehen, welcher Logik die Akte gehorche bzw. welchen Typus von Gedächtnis sie verkörpere (Berg 2008: 83).

Der Aufsatz von Berg zur Krankenakte als eigenständigem Akteur in medizinischen Entscheidungsprozessen (Berg 2008) ist – unter anderem – auch eine Auseinandersetzung mit Garfinkels Überlegungen zur Klinikakte als vermeintlich „schlechter“ Datenquelle für sozialwissenschaftliche Forschung (Garfinkel 1974).

Garfinkel beginnt mit der Beobachtung, dass Krankenakten für die sozialwissenschaftliche Forschung insofern als Datenquellen problematisch sind, als die in ihnen enthaltenen Angaben oft unsystematisch, unverständlich, gedoppelt und/oder unvollständig erscheinen. Diese Problematik deutet er allerdings nicht so, dass sie durch eine bessere Schulung des Krankenhauspersonals oder technische Verbesserungen (z.B. veränderte Fragebögen) zu beheben sei, sondern er sieht sie als organisational bedingt: Die Art und Weise, wie Eintragungen in Akten vorgenommen und diese dann genutzt werden, sei zurückführbar auf eine bestimmte soziale Ordnung innerhalb der Organisation Krankenhaus bzw. sei Teil institutionalisierter Praktiken: „[...] reporting procedures and results, as well as their uses by clinic persons, are integral features of the same orders of clinic activities they describe [...]“ (Garfinkel 1974:119). Die Schwierigkeiten, denen sich Forscher ausgesetzt sehen, wenn sie Patientenakten als Datenquellen nutzen wollen, seien daher auch weniger schwerwiegender methodologischer Natur als ganz „normal“, und Garfinkel (1974: 113-118) benennt eine Vielzahl an Ursachen, auf die diese „normal, natural troubles“ zurückgeführt werden können. So sei beispielsweise eine Verbesserung des Dateneintrags (d.h. mehr bzw. genauere Einträge) aus der Perspektive des Krankenhauses v.a. ein ökonomisches Problem, denn dies koste das Personal Zeit und damit Geld. Auch seien aus Sicht des Personals andere Arbeitsaufgaben unter Umständen dringlicher als eine gute Berichtspraxis; zudem besitze die Papierarbeit für das Personal einen unterschiedlichen Wert (während diese z.B. für die Verwaltung den zentralen Teil der Arbeit ausmacht, stellt sie für Ärzte und Pflegepersonal eher eine lästige Pflicht neben der „eigentlichen“ Arbeit dar). Da außerdem nicht sicher ist, wofür Akteneintragungen einmal genutzt werden, gibt es einen Anreiz für das Personal, nicht zu spezifisch bei den Eintragungen zu sein. Genauso möglich ist es, dass der Forscher deshalb nicht zum eigentlichen Geschehen mit seiner Erhebung durchdringt, gerade weil der Klinikmitarbeiter dem Forscher helfen und „wahrheitsgemäß“ berichten will und sich daher auf die Berichtsvorgaben des Forschers einlässt, wodurch die Realität des Falls aber unwillentlich verzerrt wird (für weitere Ausführungen siehe Garfinkel 1974: 115-118). Garfinkel schlägt daher vor, Patientenakten nicht so zu lesen, als wenn sie auf immer gleiche

eindeutige Weise das tatsächliche Behandlungs- und Interaktionsgeschehen eines Falls wiedergäben (im Sinne eines „actuarial record“), sondern sie als „record of a therapeutic contract“³³ zwischen Klinik und Patient zu verstehen:

„The various items of the clinic folders are tokens [...] gathered together not to describe a relationship between clinical personnel and the patient, but to permit a clinic member to formulate a relationship between patient and clinic as a normal course of clinic affairs when and if the question of normalizing should arise as a matter of some clinic member's practical concern. In this sense, we say that a folder's contents serve the uses of contract rather than description, for a contract does not and is not used to describe a relationship. Rather it is used to normalize a relationship, by which is meant that the *quid pro quo* of exchanges is so ordered in an account of the relationship as to satisfy the terms of a prior and legitimate agreement, explicit or implicit.“ (Garfinkel 1974: 123)

Die Eintragungen in der Akte geben also nicht einfach eine bestimmte Interaktionsordnung, einen Handlungsablauf wieder, ihre Bedeutungen sind nicht in bestimmter Weise fixiert, sondern um die Eintragungen richtig verstehen zu können, muss der Leser diese Interaktionsordnung kennen, und die Bedeutung der Akteninhalte hängt davon ab, zu welchem Zweck ein „kompetenter“ Leser (d.h. ein Leser, der die organisationalen Zusammenhänge kennt und versteht) diese in einem bestimmten Moment liest: „Instead of lying out beforehand what a document might be all about, one waits to see what one encounters in the folders and from that, one 'makes out' [...] what the document was all about.“ (Garfinkel 1974: 125) Zusammenfassend kann man daher sagen, dass für Garfinkel nicht das Produkt (in diesem Fall die Patientenakte), sondern die dahinterliegenden Produktionspraktiken, die eine bestimmte soziale Ordnung konstituieren, im Fokus stehen. Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, warum Berg argumentiert, dass „konstruktivistische Ansätze“, zu denen auch Garfinkels Aufsatz zu zählen ist, aufgrund ihres dominanten Blicks auf das soziale Interaktionsgeschehen rund um das Artefakt dessen eigenständige Rolle im Handlungsgeschehen und seine wechselseitige Beziehung zum Mensch systematisch unterschätzen (Berg 2008:64).

³³ Der Begriff „Vertrag“ meint hier nicht eine explizite Auflistung an Verpflichtungen, die einzuhalten sind, sondern zielt auf die Definition dessen, was als „normale“ Transaktion zwischen beiden Parteien angesehen wird (so entscheidet beispielsweise der Arzt darüber, was die „richtige“ Behandlung ist, und nicht der Patient, dieser hat aber ein Anrecht auf „gute“ Heilung).

3.2.8 Fazit

In der Zusammenschau der hier referierten Studien und Konzepte lassen sich folgende Beobachtungen über den Literaturstand zu „Routineentscheidungen in Organisationen“ bzw. zum ärztlichen Entscheidungsverhalten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten treffen (soweit dieser hier erfasst wurde).

- Durchgängig findet sich eine relativ starke Abgrenzung zu Konzeptualisierungen von Entscheidungsprozessen, die diese allein als eine Frage der rationalen Wahl betrachten, stattdessen wird auf Konzepte wie „praktischer Sinn“, „Rahmen“, „Schemata“ etc. rekurriert; auffällig ist dabei allerdings, dass der Bezug zu Bourdieu (mit Ausnahme von Vogd 2006) kaum hergestellt wird, obwohl mit dessen Habituskonzept ein theoretisches Angebot vorliegt, das gerade auf Routinen im Handeln und Entscheiden abzielt.
- Methodisch gesehen zeigt sich eine deutliche Präsenz ethnographischer Studien, die v.a. darauf ausgelegt sind, das „tatsächliche“ Handeln der Akteure zu beobachten und gegebenenfalls durch diese verbalisieren zu lassen. Mit dieser methodischen Ausrichtung geht aber – bis auf Vogd 2004a, 2006 – auch meistens eine bestimmte theoretische Perspektive einher, die eher „Praxis“-bezogene als systemtheoretische Überlegungen aufgreift.
- Analysen, die v.a. auf ärztliches Handeln und Entscheiden fokussieren (z.B. Dodier 1994; Meershoek et al. 2007) reflektieren oftmals nur geringfügig den Einfluss organisationaler Bedingungen (auch hier ist Vogd 2004a, 2006 wieder die Ausnahme), dabei bieten mikropolitische Ansätze und der von Wilz propagierte Ansatz des Entscheidens als soziale Praxis die Möglichkeit, diese Dimension stärker einzubinden.
- Vor dem Hintergrund, dass die Prüfärzte der DRV in den meisten Fällen keine Konsultationen mit Antragstellern durchführen, sondern nach Aktenlage befinden, scheint Bergs Studie (2008) zur Rolle von Patientenakten als Akteuren in Entscheidungsprozessen besonders interessant, da sich so Vorstellungen, Anträge könnten relativ eindeutig nach besagter Aktenlage beurteilt werden, hinterfragen lassen.

3.2.9 Synthese des Forschungsstandes und Perspektiven für das Forschungsprojekt

Eine Schlussfolgerung aus dem Forschungsstand zeigt, dass die Idee des rationalen Handelns im Selbstverständnis der modernen aufgeklärten und von der rationalen Gestaltbarkeit und Kontrolle sozialer Prozesse überzeugten Gesellschaften gleichsam den

offizielle „Fahrplan“ für Entscheidungen - nicht zuletzt in formalen Organisationen - in einem gewissen Widerspruch zur Wirklichkeit des konkreten Entscheidens steht. Auf den ersten Blick gehen Abweichungen von diesem Fahrplan auf ungenaue Richtlinien, auf nicht ausreichend qualifizierte oder zu wenig motivierte Mitarbeiter, auf Mängel in den Organisationsabläufen oder auf fehlende Kontrollen usw. zurück. Auf den zweiten Blick zeigen sich grundsätzlichere Probleme, wie das Ineinandergreifen unterschiedlicher, teils miteinander konkurrierender Anforderungen an Entscheidungen, unvollständige Informationen und zugleich Informationsüberfrachtung; vor allem aber stellt sich im Fall des vorliegenden Projekts - wie bei vielen Routineentscheidungen in Organisationen sowie bei allen ärztlichen Entscheidungen - die Herausforderung, vorliegende allgemeine medizinische Beurteilungskriterien, juristische Leitlinien und organisatorische Vorgaben in einer komplexen Interpretationsleistung zu einer individuellen in sich stimmigen, fachlich stichhaltigen, juristisch belastbaren und organisationsbezogen akzeptablen Fallentscheidung zusammenzuführen.

Sozialmediziner als Spezialisten und Experten in der Organisation

Während die Akzeptabilität von Fallentscheidungen von der Organisation sowohl formell (Standards, Kriterien) als auch - und mindestens genau so bedeutsam - durch die Alltagspraxis der Bewertung der „accountability“ determiniert wird, kann die accountability nur durch die für die jeweilige Aufgabenstellung zuständige und legitimierte Profession erfolgen. Im Fall der vorliegenden Untersuchung sind es die sozialmedizinischen Prüfarzte, die nach ihrer ersten Professionalisierung in der Klinik als sozialmedizinisch qualifizierte Prüfarzte in der Rentenversicherung einen zweiten Professionalisierungsprozess und die Sozialisation in einer bürokratischen Organisation durchlaufen. Das durch diesen doppelten Professionalisierungsprozess erworbene Spezialwissen ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Bewältigung der Aufgabenstellung. Das Spezialwissen folgt den Regeln der Disziplin, bleibt dabei aber nicht unbedingt stehen, sondern kann sich im Verlauf der Berufspraxis zu einer Expertise erweitern, die das Spezialwissen in einem größeren Rahmen verortet und damit zur Expertise wird. Dies hat für die Perspektive und Qualität von Entscheidungen Konsequenzen, die zunächst in theoretischer Perspektive diskutiert werden. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird im Folgenden der Diskussionsstand in der soziologischen Forschung zur Experten-Spezialisten Diskussion kurz und daraus resultierende Schlussfolgerungen zu gewinnen.

Experten können aus theoretischer Perspektive unterschiedlich identifiziert werden. Zunächst sind Experten Inhaber von speziellem Wissen über ein bestimmtes Handlungsfeld. Sie müssen nicht selbst Teilnehmer dieses Feldes sein. Vom Spezialisten werden Experten

dadurch abgegrenzt, dass bei ihnen eine gewisse Autonomie angenommen wird, während Spezialisten in der Regel an die Maßgaben eines Auftraggebers gebunden sind, der wiederum auf dessen Kenntnisse und Fähigkeiten angewiesen und auch von ihnen abhängig ist. Der Expertenstatus kann durch eine institutionelle bzw. organisatorische Rahmung gegeben sein. Ein Experte kann aber auch jenseits organisatorischer Einordnungen durch seine tatsächliche Funktion in einem Problemlösungsprozess identifizierbar sein. In bestimmten Fällen wird der Expertenstatus durch die Absolvierung zertifizierter Bildungsgänge erworben. Dann ist er eng verwoben mit der Berufsrolle und der Zugehörigkeit zu berufsständischen Einrichtungen. Experte zu sein, kann auch als Selbstzuschreibung oder Selbstermächtigung begriffen werden. Schließlich kann, methodologisch begründet, der Expertenstatus auch durch die Forschenden zugeschrieben werden.

Wolfgang Schulz (1998) referiert die folgenden Ansätze zum Verständnis von Expertenwissen:

1. strukturtheoretisch: Expertenwissen ist „wissenschaftliches Wissen“, das auf die Lösung konkreter Probleme bezogen ist. Nicht nur Problemlösungsstrategien sind gemeint, sondern vor allem auch „Mustererkennung“, die die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge der betreffenden Handlungsstrategien erfassen.
2. phänomenologisch: Expertenwissen wird vom Allgemeinwissen des Laien und dem Spezialwissen des gut informierten Laien abgegrenzt. Seine Leistung gegenüber diesen Wissensformen besteht darin, „Genese und systematische Zusammenhänge von analytischen Problemstellungen zu ermitteln und darauf bezogene rationale Lösungswege aufzuzeigen“. Dies geschieht durch einen „methodisch konstituierten analytischen Bezug auf spezifische Inhaltsbereiche“. Hieran anknüpfend bestimmt Hitzler (1994) gerade den „wohlinformierten Laien“ als Experten, der Allgemeinwissen und Fach- und Berufswissen vermittelt.
3. funktionalistisch: hier erscheint Expertenwissen als „technologische Form des Dienstleistungswissens, das sich in konkreten Handlungskompetenzen niederschlägt.“ Abzugrenzen ist das Professionswissen, das durch eine streng wissenschaftliche Orientierung gekennzeichnet ist und das in zertifizierten Ausbildungsgängen erworben wird.

Schärfer als andere Autoren grenzt Pfadenhauer (2002) den Experten vom Spezialisten ab, indem sie dem Experten überblickshaftes Wissen über einen Wissensbereich zuschreibt. Dagegen verfügt der Spezialist über detaillierte Spezialkenntnisse und Kompetenzen in diesem Wissensbereich, die nur durch eine enge Fokussierung und durch Ausblendung von Kontexten erreicht werden kann. Zwar ist der Übergang vom Spezialisten zum Experten

fließend, die Differenz unbestimmt. Pfadenhauer geht daher weiter und sieht beim Experten nicht bloßes „Problemlösungswissen“, sondern ein übergreifendes Wissen, das auch die Ursachen von Problemen und die Prinzipien der Problemlösungen umfasst. Zudem hat ein Experte auch die Zuständigkeit für die entsprechenden Probleme, er trägt die Verantwortung für die Expertise und ist damit relativ autonom. Der Status wird dem Experten von außen zugeschrieben, sei es aufgrund gezeigter Kompetenzen, erworbener Erfahrungen oder erreichter Positionen.

Um die „wirklichen“ Experten zu identifizieren bedarf es nach Pfadenhauer einer ethnografischen „Inventarisierung“ des Forschungsfeldes. (Ganz im Gegensatz zu der Vorstellung, dass Experteninterviews einen explorierenden Feldzugang bieten. S. o.). Erst die Feststellung dessen, was im Feld „Allgemeinwissen“ ist, lässt die Abgrenzung von „Expertenwissen“ zu. Der Forscher hat sich demnach im Vorfeld des Interviews ausführlich mit dem im Feld vorhandenen Wissen auseinanderzusetzen und die „kanonischen Dokumente“ eingehend zu studieren.

Wie immer bei Definitionsversuchen und der Bildung von Idealtypen erweist sich die konkrete empirische Beobachtung und Analyse als nicht immer deckungsgleich mit den Konzepten. Der sozialmedizinische Experte verfügt über Kontextwissen, betrachtet Abläufe in übergeordneten Kausalzusammenhängen, nimmt Bewertungen von Arbeitsergebnissen vor, reflektiert die Organisation und ihre Aufgaben und kann die in der sozialmedizinischen Begutachtung benutzten Konzepte einordnen, in ihren funktionalen Bezügen charakterisieren und in ihrer spezifischen Bedeutung, in ihrer Leistungsfähigkeit wie auch mit Blick auf ihre Begrenzungen reflektieren, zuweilen auch durchaus kritisch. In diesem Sinne ist es schwer zu entscheiden, ob die von uns befragten „Prüfärzte“ tatsächlich Experten sind. Zwar haben sie für die medizinische Sachaufklärung das exklusive Sonderwissen und sie können dies relativ autonom zur Anwendung bringen, sie sind aber im Gesamtzusammenhang der Rentenbewilligung „nur“ ein „Rädchen“, das sich zu drehen hat. Wo die Prüfärzte vor diesem theoretisch-begrifflichen Rahmenbedingungen stehen muss die Empirie erst noch zeigen.

Da sowohl die leitenden Sozialmediziner als auch die Prüfärzte Urteile über Urteile (Gutachten) anderer Ärzte sowohl aus einer "Spezialistenperspektive" (Ärzte als Spezialisten für den kranken Körper und ggf. die kranke Seele) als aus einer von der üblichen ärztlichen Aufgabenstellung verschiedenen, nämlich organisationsbezogenen, sozialrechtlichen und sozialpolitischen Perspektive fällen, müssen die daraus folgenden Konsequenzen empirisch untersucht werden.

4. Forschungsdesign

4.1 Übersicht und Kurzdarstellung der Methoden

Übersicht: Methoden

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte mit Hilfe unterschiedlicher aufeinander bezogener und sich wechselseitig (triangulativ) prüfender und validierender Methoden der qualitativen Sozialforschung: (Experten-)Interviews, Think-Aloud-Verfahren, Aktenanalyse und externe Aktenkommentierung. Mit Hilfe von zehn Experten-interviews (Leitungsebenen, externe Experten) wurden Arbeitskontext, sozialmedizinische Perspektive, Rahmung der Organisationsabläufe, Bedeutung und Stellung der sozialmedizinischen Begutachtung in der Organisation erhoben. Neunzehn Interviews mit Prüfärzten/-innen zu Themen wie Berufsbiografie und -identität, zum Aufabenerverständnis, zur Arbeitsperspektive, zur inhaltlichen Problemen der Begutachtung, zu Organisationsabläufen und Kooperationsbeziehungen, zur Beurteilung von Anträgen und Antragstellern/-innen, usw. dienten der Analyse von Arbeitsroutinen und der Identifikation fachlich wie organisatorisch sensibler Problemfelder. Im Zentrum der Datenerhebung stand die Think-Aloud-Methode, bei der Prüfärzte im Rahmen ihrer täglichen Aktenbearbeitung den Begutachtungsprozess bei 80 Bearbeitungsvorgängen verbalisierten; mit diesem Vorgehen wurden Entscheidungsprozesse in actu dokumentiert und sequenziell rekonstruiert, um latente Entscheidungsheuristiken und Muster in den Arbeitsabläufen identifizieren zu können. Im Rahmen der Aktenanalyse wurden 130 Akten gesichtet sowie zehn kontrastiv ausgewählte Entscheidungsdokumente durch zwei externe sozialmedizinische Gutachter kommentiert. Hier bestand das Ziel darin, Entscheidungsmuster systematisch auf die vorgefundene Informationslage zu beziehen und im Vergleich ähnlich gelagerter Fälle, Gründe für variierende Entscheidungen zu dokumentieren.

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte mittels unterschiedlicher Methoden der qualitativen Sozialforschung. Im Einzelnen kamen folgende Erhebungsmethoden zum Einsatz:

1. Experteninterviews/Interviews mit der Leitungsebene
2. Interviews mit Prüfärzten
3. Aktenanalyse (interne Aktenanalyse und externe Aktenanalyse)
4. Think-Aloud-Methode und Retrospektive Fallbesprechung
5. Shadowing/Beobachtungen³⁴

In Abbildung 3 und Abbildung 4 werden die einzelnen Erhebungsmethoden unter Berücksichtigung der Zielsetzungen und der ursprünglich geplanten Samplegrößen dargestellt.

³⁴ Das geplante Shadowing konnte nicht umgesetzt werden vgl. dazu Kapitel 4.2.5

| | |
|--|---|
| Analyse des Entscheidungsprozesses bei der Begutachtung: | 1. Rekonstruktion der Verläufe von Entscheidungsprozessen → <i>Think-Aloud-Methode</i> → <i>Retrospektive Fallbesprechung</i> → <i>Shadowing</i> |
| | 2. Protokollanalyse und retrospektive Analyse von Entscheidungsprozessen → <i>Aktenanalyse</i> → <i>externe Begutachtung ausgewählter Fälle</i> |
| | 3. Identifikation des Professionsverständnisses bei den Gutachterinnen und Gutachtern → halbstrukturierte Interviews mit Prüfärztinnen und Prüfärzten der Rentenversicherung |
| | 4. Deskription von Rahmenbedingungen, Erwartungen und Zielvorstellungen aus Sicht der Organisation → <i>Experteninterviews mit der Leitungsebene</i> → <i>Gruppeninterview</i> mit Mitgliedern der Projektgruppe „Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung“ (SOMEKO) |
| | → Ziel ist die Erarbeitung einer „Theorie der Praxis“ des Entscheidens (Entscheidungsheuristiken) zur Verbesserung des Entscheidungsverfahrens/ Qualitätssicherung |

Abbildung 3: Zusammenfassende Darstellung des Forschungsdesigns

Gemäß der Erhebungsmethoden wurden Arbeitspakete definiert und in einem Zeitplan eingefügt, die im Anhang (vgl. Anhang B und Anhang C) zusammenfassend dargestellt werden.

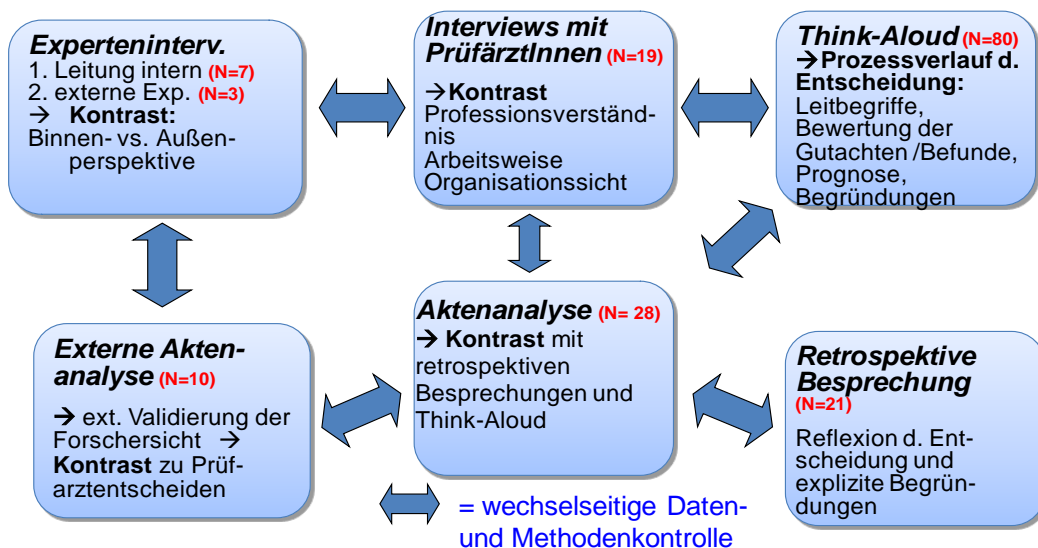


Abbildung 4: Design und Verknüpfung der Daten

4.2 Die Forschungsmethoden im Überblick

4.2.1 Experteninterviews mit der Leitungsebene

Experteninterviews sind ein häufig eingesetztes Verfahren im Rahmen empirischer Sozialforschung, das in den letzten Jahren immer stärkere Verbreitung gefunden hat. Das Expertenwissen lässt sich als „sozial institutionalisierte Expertise“ (Sprondel 1979 nach Nagel 2003: 57) begreifen. Als Experte wird interviewt, so Nagel (2003: 57), wer sich durch eine institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit auszeichnet. Das Experteninterview zielt dann genau auf den Wissensvorsprung, der aus der privilegierten Position des Experten in einem Funktionskontext, in einer Organisation oder Institution resultiert. Dabei spielt im Rahmen des Interviews die Person des Experten in seiner biografischen Motiviertheit eine untergeordnete Rolle, der Funktionskontext steht vielmehr im Vordergrund. Als angemessenes Erhebungsinstrument hat sich ein leitfadengestütztes Interview erwiesen, dieses bietet die Chance durch eine thematische Vorstrukturierung eine Fokussierung zu erreichen. Der Leitfaden muss jedoch flexibel eingesetzt werden, so dass sich auch narrative Passagen und unerwartete Themendimensionierungen entfalten können. Für die Experteninterviews mit der Leitungsebene der DRV wurde anhand des Literaturstudiums und der Auseinandersetzung mit einschlägigen Theorien ein Interviewleitfaden (s.

Anhang D: Interviewleitfaden - Experten) erstellt, der in der Interviewsituation je nach Verlauf flexibel gehandhabt wurde und es den befragten Experten/-innen erlaubte ihre Erfahrungen und Einschätzungen breit und ihrem eigenen Bezugsrahmen darzustellen.

Die leitfadengestützten Interviews mit der Leitungsebene des sozialmedizinischen Dienstes und externen Experten dienten insbesondere zu Beginn der Erhebung einer ersten Erschließung der Zielvorstellungen, Erwartungen und Qualitätsanforderungen. Zugleich sollten sensible Problembereiche und organisationsbezogene Informationen herausgearbeitet werden. Es wurden 10 Experteninterviews mit leitenden Ärzten und organisationsrelevanten Experten durchgeführt: vier Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der sozialmedizinischen Leitungsebene der DRV sowie ein Gruppeninterview mit drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Projektgruppe „Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung“.

Zusätzlich wurde seitens der Projektgruppe Kontakt zu externen Experten aufgenommen, die mit der Thematik des Forschungsprojektes vertraut sind und deren Aussagen neue Aspekte beleuchten und eine große Bereicherung für die weitere Arbeit darstellten. Konkret handelte es sich um einen nicht der DRV angehörenden Experten für Sozialmedizin sowie zwei Mitarbeiterinnen des Forschungsprojektes „Projektes zur Erfassung von Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderungsrente (PEgL)“. Im Rahmen der externen Aktenbegutachtung wurden zwei weitere externe Experten der Sozialmedizin auch zu grundsätzlichen Fragen interviewt. Darüber hinaus wurde eine Expertenbefragung zu einzelnen Instrumenten, wie z.B. die Think-Aloud-Methode, durchgeführt. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Audioaufnahmegerätes aufgezeichnet, anonymisiert und selektiv transkribiert.

Bei der Analyse der Interviews steht das Erfassen des funktionsbezogenen Sonderwissens im Vordergrund, der Funktionskontext der Experten hat großes Gewicht und die Äußerungen im Interview werden von Anfang an im Rahmen der institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet (Nagel 2003:58). Die Auswertungsstrategie orientiert sich daher an thematischen Einheiten und nicht an der Sequenzialität von Äußerungen im Interview.

Für die Auswertung hat sich ein Verfahren in sechs Schritten bewährt (Meuser/Nagel 1991: 45ff): 1. Themenorientierte Transkription, 2. Paraphrasierung, 3. Thematische Übersicht und Verlauf, 4. Thematischer Vergleich zwischen Interviews, 5. Konzeptualisierung und Begriffs- bzw. Kategorienbildung und 6. Einbindung in theoretische Diskurse.

Auf Grundlage der themenspezifischen Transkription, der Paraphrasierung wichtiger Textstellen, des Nachvollzugs des thematischen Verlaufs der Interviews, des Vergleichs der Fälle wurden u. a. folgende Themenbereiche in den Interviews thematisiert und ausgewertet:

- Allgemeine Herausforderungen sozialmedizinischer Begutachtung
- Anforderungen an fachliche und sozialmedizinische Qualifikationen der Prüfärztinnen und Prüfärzte
- Organisationspezifische Rahmenbedingungen

4.2.2 Interne und externe Aktenanalyse

Akten werden in der Sozialforschung grundsätzlich nicht als „Fensterscheibe“ zu einem Fall betrachtet (Wolff 2009a). Stattdessen gelten sie als Artefakte, die sowohl über den Fall Aufschluss geben als auch darüber, wie der Fall von Instanzen, die die Akte herstellen, konstruiert wird. Insbesondere in der vorliegenden Untersuchung ist es also bedeutsam, die Akten nicht als quasi-objektive Hintergrundinformation zu betrachten, die geeignet sein könnte, Daten und Interpretationen aus den anderen Erhebungsverfahren zu verifizieren bzw. zu falsifizieren. Dies wird besonders durch die in der Untersuchung angelegte „Doppelbödigkeit“ der Aktenanalyse deutlich. So wird in der wissenschaftlichen Analyse durch die Forschungsgruppe nicht nur die Akte als solche betrachtet, sondern es wird gezielt nach Hinweisen darauf gesucht, wie und nach welchen Kriterien die Prüfärzte der Deutschen Rentenversicherung die ihnen vorliegenden Teile der Akte lesen (etwa vom Ende her oder systematisch von Anfang an oder mit einer gezielten Suchstrategie nach signifikanten Stichworten) und analysieren und die Informationen dann zu ihrer Entscheidungsfindung und -begründung nutzen. Letzteres verweist auf die rhetorische und legitimatorische Funktion der Akte und im Zusammenhang mit dieser Untersuchung der Aktenteile, die von den Prüfärzten bearbeitet werden. Hier fungiert die Akte als Kommunikationsmittel gegenüber anderen Akteuren innerhalb der Organisation nicht allein im Sinne einer Informationssammlung, sondern im Sinne der Darstellung von Entscheidungsprozessen und der Begründung von Entscheidungen, kurz der sog. „accountability“ also der Rechtfertigungsfähigkeit in einem nicht nur technischen oder juristischen Sinne (vgl. Interviewausschnitt P10, Kapitel 5.3.3). Schließlich ist die Akte selbst als Koproduzent des Falles (s. Ausführungen zu Artefakten als Akteuren, Kapitel 3.2.7) anzusehen, indem sie in ihrer Aufmachung und Struktur unabhängig vom einzelnen menschlichen Akteur zur Konstruktion des Falles und zum Ablauf des Verfahrens beiträgt; man könnte sagen, dass die Akte den Gutachter durch den Fall führt und seinen Wahrnehmungshorizont dadurch zugleich zentriert und begrenzt.

Zum konkreten Vorgehen - Die interne Aktenanalyse

Ausgangspunkt der internen Aktenanalyse waren Versichertenakten der DRV Bund, die im Jahr 2010 begutachtet worden waren, und aus denen eine fallkontrastierende Auswahl erfolgte. Die strukturierte Auswahl der Akten erfolgte anhand bestimmter Auswahldimensionen, begründet nach inhaltlichen und methodologischen Prinzipien. Dies waren zunächst die Diagnosegruppen Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie, die im Mittelpunkt der Untersuchung standen. Im Sinne der Fallkontrastierung wurden systematisch Akten von Versicherten unterschiedlichen Alters und Geschlechts und Akten aus verschiedenen Verfahrensarten herangezogen. Da die Akten aus dem laufenden Betrieb der DRV Bund entnommen wurden, war der Einfluss der Forschungsgruppe auf die Auswahl begrenzt. So konnte z. B. nicht (wie es forschungslogisch sinnvoll gewesen wäre) gewährleistet werden, dass Akten mit Voten von möglichst vielen verschiedenen Prüfarzten zur Verfügung standen. Auch personenbezogene Daten zu den Prüfarzten wie Berufserfahrung als Arzt, als Sozialmediziner oder klinische Fachrichtung konnten aus Gründen des Datenschutzes nicht in allen Fällen ermittelt werden.

Den Akten wurden nur solche Informationen entnommen, die zum Nachvollzug des ärztlichen Entscheidungsprozesses zur Erfüllung des Forschungsauftrages erforderlich waren.

Die von anderen Erhebungsverfahren unabhängige Aktenanalyse wurde in der DRV Bund durchgeführt. Eine Akteneinsicht bei den beiden anderen Trägern konnte auf Grund des schwierigen Feldzugangs nicht vorgenommen werden. Im Zuge der internen Aktenanalyse konnten dennoch insgesamt 130 Akten erfasst werden.

Zu Beginn wurde das Aktenstudium explorativ gestaltet, um eine möglichst große Vielfalt der Daten abzubilden. Im zweiten Analyseschritt wurde eine Datenerfassungsmaske entwickelt, die eine gezielte und auf die Fragestellung fokussierte Erhebung der Daten ermöglichte (s. Anhang E: Maske für die Auswertung der Akten). Alle weiteren Datenerhebungen aus den Versichertenakten wurden an Hand dieser Maske durchgeführt. In dieser Phase generierte kontrastierende Fälle waren für die retrospektive Fallbesprechung mit den entsprechenden Prüfarzten vorgesehen. Dieses Analyseverfahren musste aus forschungspraktischen Gründen, die im schwierigen Feldzugang lagen, aufgegeben werden. In einem dritten Analyseschritt wurden die erhobenen Daten systematisch ausgewertet und die Ergebnisse für die Berichterstattung aufbereitet.

Die externe Aktenanalyse

Für die externe Aktenanalyse wurden gezielt kontrastreiche Fälle ausgewählt, die z.B. nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Krankheitsschwere, Stand des Verfahrens variierten. Von der Forschungsgruppe ausgewählte Versichertenakten wurden einer sozialmedizinischen Gutachterin und einem sozialmedizinischen Experten zur Analyse vorgelegt. Diese Akten

wurden durch Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung gescannt, personenbezogene Daten wurden dabei geschwärzt. Die anonymisierten Akten wurden der Forschungsgruppe anschließend zur Verfügung gestellt. Die externen Gutachter wurden gebeten, Hypothesen darüber zu bilden, welche Heuristiken im Sinne von impliziten Strategien bzw. Leitlinien der Entscheidung sie in der jeweils vorliegenden Aktenentscheidung erkennen.

Bei der externen Begutachtung ging es ausdrücklich nicht um eine Qualitätskontrolle im Sinne von „richtiger“ bzw. „falscher“ Entscheidung durch die Prüfärzte der DRV. Vielmehr stand der rekonstruktive Nachvollzug der Entscheidungsschritte im Begutachtungsprozess im Vordergrund, auch wenn die Argumentationskette auf Plausibilität und Nachvollziehbarkeit durch die externen Experten geprüft wurden. Es sollte nachvollzogen werden, ob die Entscheidungen gut begründet vollzogen wurden und *wie* der Entscheidungsprozess von statten ging und welche Aspekte von den Gutachtern dabei berücksichtigt wurden. Die externen Gutachter analysierten die Gutachten und Fälle und formulierten schriftliche Stellungnahmen zu den Fällen. Innerhalb mehrerer Sitzungen des Projektteams mit den externen Gutachtern konnten deren Einschätzungen reflektiert werden und mittels gezielter Nachfragen durch das Projektteam konnten Entscheidungspfade und mögliche Ankerpunkte für das gutachterliche Entscheidungsverhalten plausibilisiert werden. Folgende relevante Schlagworte, die auch als Gutachtkriterien von der DRV benannt werden, wurden den Experten mit den anonymisierten Akten als Arbeitsauftrag übergeben und spielten in den anschließenden Auswertungsgesprächen mit dem Projektteam eine herausragende Rolle:

- Liegt eine **Schlüssigkeit** der quantitativen und qualitativen Leistungsbeurteilung vor dem Hintergrund der vorliegenden Unterlagen vor in der jeweiligen Akte vor?
- Ist ein **Einbezug** aller relevanter Informationen gegeben?
- Wären **mehr Informationen** erforderlich gewesen?
- Ist das **Eingehen** auf vorliegende Erkrankung (differentialdiagnostische Erwägungen) angemessen?
- Wurden die Kontextfaktoren genügend berücksichtigt? **Berücksichtigung** folgender Aspekte wie z.B.:
 - Berufliche Situation
 - sonstige Belastungen
 - Alter
 - Familienhintergrund
 - Soziale Situation...
- Wie erfolgt der Umgang mit **Widersprüchlichkeiten**?
- Welche **impliziten Strategien bzw. Heuristiken lassen sich** an der jeweiligen Akte erkennen?

4.2.3 Leitfadeninterviews mit Prüfärztinnen und Prüfärzten des sozialmedizinischen Dienstes

Die Interviews mit den Prüfärzten dienten der Erschließung der Erfahrungen und Herausforderungen, die im Begutachtungsprozess zum Tragen kommen und sollten die impliziten Vorstellungen über Aspekte wie Leistungsbilder der Antragsteller, Qualität von Befunden und Gutachten, Verhältnis der einzelnen Befunde zueinander, u. ä. im Gespräch sichtbar werden lassen (s. Anhang F: Interviewleitfaden - Prüfärzte) . Auf der Basis der Äußerungen zu den Fragen und Problemen der Aktenlageentscheidungen konnten Alltagstheorien über die Antragsteller sowie Strategien der Aktenbegutachtung, Heuristiken, Einflussfaktoren auf die Entscheidung und das eigene Professionsverständnis bei den jeweiligen Prüfärzten aus den transkribierten Antworten rekonstruiert werden.

Orientiert am Interviewleitfaden, der anhand der Experteninterviews entwickelt wurde, wurden 19 Prüfärztinnen und Prüfärzte (Interviewdauer ca. 1 Stunde) zu folgenden Themenbereichen befragt:

- Allgemeine Herausforderungen sozialmedizinischer Begutachtung:
- Begutachtungsprozess
- Professionsverständnis
- Kooperation

Die Leitfäden waren so konzipiert, dass einerseits sichergestellt wurde, dass bestimmte Themenbereiche angesprochen wurden, andererseits waren sie auch so offen formuliert, dass auch narrative Potentiale genutzt werden konnten.

Die Interviews wurden dokumentiert und ggf. mit Memos kommentiert; Memos stellen verdichtete Abhandlungen bzw. Skizzen der Forscher zu ihren ersten Eindrücken, Überlegungen zu Theoriebezügen und offenen Fragen dar. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, anonymisiert und selektiv transkribiert. Im Zuge des Auswertungsprozesses wurde das Datenmaterial kodiert (Böhm 2010) und sequenzanalytisch (Oevermann 2001) und/ oder inhaltsanalytisch (Mayring 1997) ausgewertet.

In einem ersten Arbeitsschritt der Grobcodierung wurden deduktiv Kategorien aus den Interviews abgeleitet, durch Kodieren werden einer Textstelle ein oder mehrere Codes (Begriffe, Stichwörter, Konzepte) zugeordnet. Hierbei geht es darum, die Oberbegriffe für die Entwicklung einer Theorie festzustellen: Solange die Bedeutung der Oberbegriffe (Kategorien) für die Theorie ungewiss ist, handelt es sich um „Kodes“; Kodes kann man als vorläufige oder kleinere Kategorien, die bestimmte Aspekte der Daten interpretativ abbilden, verstehen (Böhm 2010). Im zweiten Arbeitsschritt, der theoriegeleiteten Kodierung, wurden die Daten analytisch aufgeschlüsselt und nach größeren Kategorien unterschieden. Auf Grundlage des Forschungsinteresses wurde im nächsten Arbeitsschritt aus den in den

Interviews angesprochenen Themen eine Auswahl getroffen, so dass eine Fokussierung auf besonders forschungsrelevante Themen möglich wurde:

- 1) Professionspezifisch (i.e.S. ärztliche Begründungsmuster)
- 2) Organisationsspezifisch (z.B. Vermeidung von Widersprüchen)
- 3) Prüfarztlogik, Entscheidungslogik (Vorgaben z.B. „blaues Buch“)
- 4) „externe Gründe“ (z.B. Familiensituation).

Innerhalb der wesentlichen Grob-Kodes, wie z.B. „Entscheidung“, „Professionsverständnis“ und „Organisation“ werden detaillierte Kodierungen der Aussagen vorgenommen und zusammengestellt. Unter jedem Grob-Kode wurden Feincodes zugeordnet, in die die relevanten Interviewaussagen eingeordnet wurden.

4.2.4 Think-Aloud Methode und retrospektive Befragung

Im Verlauf der bisherigen Erhebungen, insbesondere der Aktenanalyse, hat sich die Notwendigkeit einer deutlichen Fokussierung auf die Think-Aloud Methode und retrospektiven Befragung ergeben. Aus der Analyse der Akten lassen sich Entscheidungsheuristiken meist nur indirekt erschließen, während mittels Think-Aloud und retrospektiver Befragung der Prüfarzte die spontan geäußerten (Think-Aloud) und nachträglich gegebenen Begründungsmuster, Entscheidungsspielräume und Daumenregeln deutlicher sichtbar gemacht werden können.

Die Think-Aloud Methode als sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren

Die Think-Aloud Methode zur Untersuchung von Entscheidungs- und Problemlösungsvorgängen stammt aus der kognitiven Psychologie. Wegweisend waren hier Ericsson und Simon (1980), die u. a. folgende Grundannahme vertreten: Informationen, die soeben zu Kenntnis genommen wurden und auf die sich die Person aktuell konzentriert, sind mittels der Think-aloud-Methode unmittelbar als verbale Daten zugänglich.

Ericsson und Simon unterscheiden zwischen aktuellem Think-Aloud und retrospektiver Verbalisierung eines Problemlösungsprozesses. Ersteres liefert die zuverlässigeren Daten. Die unmittelbare Verbalisierung kognitiver Prozesse wird als übereinstimmend und vollständig angenommen.³⁵ Die Probanden haben demnach für die Verbalisierung in Form von Think-Aloud nur die Inhalte zur Verfügung, die sowieso bei der Lösung der Aufgabe im

³⁵ Ericsson und Simon halten zwar die TA Daten für die zuverlässigeren, beziehen aber ausdrücklich die retrospektive Verbalisierung des Entscheidungsprozesses als mögliche Erhebungsmethode mit ein. Durch retrospektive Interviews können TA Daten ergänzt werden. Mit den TA Daten zusammen liefern sie eine vollständigere Beschreibung des Entscheidungsprozesses (Fonteyn et al 1993). Diese Überlegungen waren in der vorliegenden Untersuchung wesentlich, da sich forschungspraktisch ergab, dass nicht in allen Fällen TA Daten erhoben werden konnte. Stattdessen konnten retrospektive Daten herangezogen werden.

Kurzzeitgedächtnis zur Verfügung stehen. Es ist davon auszugehen, dass das Verbalisieren der Gedanken die Durchführung einer laufenden Tätigkeit inhaltlich nicht beeinflusst (vgl. Fonteyn et al 1993). Think-Aloud verzögert die Problemlösung, die Lösungen sind aber keine anderen als unter „stummen“ Bedingungen (Crutcher 1994).

Davison et al (1997) sehen als Vorteile der Think-Aloud Methode den zeitlich unmittelbaren Zugang zu den Kognitionen. Sie gehen davon aus, dass Effekte der sozialen Erwünschtheit bei der Think-Aloud Methode weniger auftreten als bei anderen Erhebungsverfahren. Sie stellen außerdem fest, dass bei Wiederholungen des Think-Aloud Verfahrens unterschiedliche Daten zustande kommen, die aber in der Analyse zu den gleichen Ergebnissen führen und damit hoch reliabel sind.

Als Verhaltensdaten im engeren Sinne sind Think-Aloud Protokolle vor allem dann anzusehen, wenn die Problemlösung oder Entscheidung, die protokolliert wird, ohne Interventionen (Nachfragen, Kommentare) der Forscher vorgenommen wird. Wird dagegen während der Aufgabe z. B. um zusätzliche Information gebeten, dann kann das Inhalte in das Kurzzeitgedächtnis aufrufen, die für die Aufgabe als solche nicht erforderlich gewesen wären. Dieser Einschränkung ist bei der Analyse der Daten Rechnung zu tragen, was bei qualitativer Auswertung mittels Sequenz- oder Inhaltsanalyse unproblematisch ist, da die Daten nicht, wie etwa bei Payne (1976, 1994) als „Messungen“ verstanden werden, die nach Möglichkeit einer standardisierten, evtl. sogar ausschließlich computerbasierten Auswertung zuzuführen sind.

Praktisches Vorgehen bei der Datenerhebung:

Die Think-Aloud Methode ist hervorragend geeignet Entscheidungsprozesse *in actu* zu erfassen. So war es möglich den Entscheidungsprozess in seinen einzelnen Schritten nachzuzeichnen und zu rekonstruieren.

Insgesamt wurden 19 Prüfärzte mittels der Think-Aloud Methode und retrospektiven Befragung zu insgesamt 101 Fällen befragt (Tabelle 1 und Tabelle 2) wobei sowohl orthopädisch als auch psychosomatisch/neurologisch-psychiatrisch begründete Berentungsanträge (Abbildung 5; Abbildung 6 und Abbildung 7) einbezogen waren.

Tabelle 1: Übersicht der Prüfärzte (N = 19)

| Prüfärzte | |
|----------------------|----|
| Anzahl Männer | 9 |
| Anzahl Frauen | 10 |
| Berufserfahrung | |
| unter 2 Jahre | 5 |
| 2 bis unter 10 Jahre | 7 |
| über 10 Jahre | 7 |

Tabelle 2: Übersicht der EM Antragsteller (N = 101)

| EM - Antragsteller | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Durchschnittsjahrgang | 1961 (max. 1988/ min 1947) |
| Anzahl Männer | 46 |
| Anzahl Frauen | 55 |

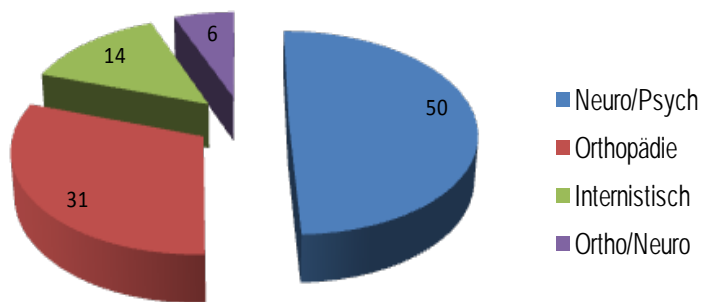


Abbildung 5: Verteilung der Leitindikationen bei EM Antragstellung insgesamt (N = 101)

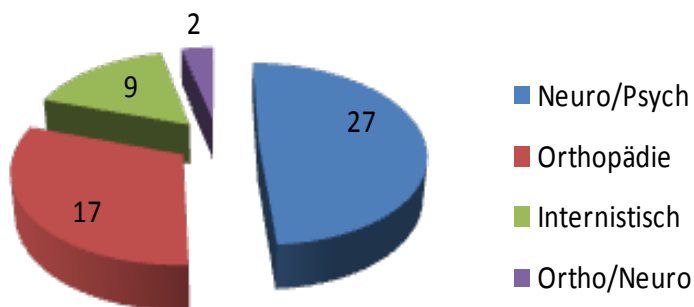


Abbildung 6: Leitindikationen Frauen (N = 55)



Abbildung 7: Leitindikationen Männer (N = 49)

Der Begutachtungsprozess und damit die Entscheidungsfindung wurden durch direkte teilnehmende Beobachtung der Fallbearbeitung durch eine Projektmitarbeiterin erfasst und die digitale Audioaufzeichnung des verbalisierten Entscheidungsprozesses stand als weitere Datenquelle zur Verfügung. Im Beobachtungsprozess wurden ggf. mit Nachfragen die Prüfärzte zur Erläuterung einzelner Entscheidungsschritte motiviert.³⁶ Ausgangspunkt dieser Befragung sind Akten aus dem Tagesgeschäft, die anhand der unter Aktenanalyse genannten Kriterien, die den teilnehmenden Prüfärzten von der Forschergruppe mitgeteilt wurden (Anhang G: Infoschreiben Prüfärzte), ausgewählt waren. Im Vorfeld der Erhebung mittels der TAM wurden die jeweiligen Prüfärzte gebeten, noch nicht entschiedene Akten aus den Diagnosebereichen Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie zum Tag der Erhebung bereitzuhalten. Dies war nicht in allen Fällen realisierbar. Ergänzend wurden daher auch bereits entschiedene Akten zum Zwecke einer retrospektiven Rekonstruktion der Entscheidung herangezogen.

Der konkrete Auftrag an die Probanden war jeweils, die Akten möglichst genau so zu bearbeiten, wie es alltäglich geschieht und dabei möglichst alle Gedanken, die ihnen dabei durch den Kopf gehen auf ein Aufzeichnungsgerät zu sprechen. Im Falle bereits entschiedener Akten lautete der Auftrag die Entscheidung möglichst „realitätsnah“ nachzuvollziehen und diese Rekonstruktion auf das Band zu sprechen.

Das Think-Aloud erwies sich als große praktische Herausforderung für die teilnehmenden Prüfärzte. In einigen Fällen nutzten die Probanden die Anwesenheit einer Forscherin, um während der Aktenbearbeitung eine Gesprächssituation herzustellen, also den aktuellen Fall und ihr Vorgehen zu erklären und nicht, wie eigentlich vorgesehen, ohne ein konkretes Gegenüber die eigenen Gedanken bei der Arbeit auszusprechen. Im Hinblick auf die qualitative Auswertung der Daten wurde dieses Vorgehen akzeptiert und auch anderen Probanden als Variante angeboten, falls sie mit dem Sprechen ohne Gegenüber nicht

³⁶ So wurde etwa nach längeren „stummen“ Lesesequenzen um eine Zusammenfassung des Gelesenen gebeten. Bei unverständlichen Bewertungen wurde um eine kurze Erläuterung gebeten: wenn also ein Prüfärzte anmerkt „So ein Quatsch“, dann wurde gegebenenfalls nachgefragt, was den Quatsch sei.

zurechtkamen. Auch dass die Untersucherin den Raum verlässt, wurde regelmäßig angeboten, aber in keinem Fall in Anspruch genommen.

Die TAM-Protokolle über EM-Renten variieren in ihrer Dauer von wenigen Minuten bis über eine Stunde. Nicht immer kann die Länge des Protokolls mit der Komplexität des zu bearbeitenden Falles erklärt werden. So gibt es Fälle, in denen eine Probandin zunächst den gesamten bisherigen Vorlauf des Verfahrens erläutert und nicht nur die Entscheidung der aktuellen Vorlage der Akte aufs Band spricht.

In allen Fällen liegt neben dem TAM Protokoll eine Erfassung der Akte in der Akterhebungsmaske vor, in der wichtige anonymisierte Fakten zum Fall erhoben sind. Dies sind sozialstatistische Daten zur versicherten Person, ggf. relevante Informationen aus dem bisherigen Versicherungsverlauf, Diagnosen, Zusammenfassungen der Voten aus vorliegenden medizinischen Unterlagen wie Gutachten, Befundberichten und Arztbriefen, eine chronologische Zusammenstellung der wesentlichen Verfahrensschritte (Antrag, Bescheid, Widerspruch) usw. Diese interne Datentriangulation erwies sich als sehr hilfreich. Auf diese Weise konnte das verbalisierte Aktenmaterial mit dem schriftlich vorliegenden Material verglichen werden. Neben der Möglichkeit festzustellen, was aufgegriffen wird, kann so auch konkret festgestellt werden, was übergangen oder zumindest nicht explizit thematisiert wurde.

Die Auswertung der TAM Protokolle erfolgte in einer Verbindung von inhaltsanalytischem und sequenzanalytischem Vorgehen.

Die *Qualitative Inhaltsanalyse* kann in unterschiedlicher Verfahrensweise und Zielrichtung angewandt werden. Im Fall der vorliegenden Untersuchung wurde überwiegend strukturierend gearbeitet (Mayring 1997, 2010). Dem ging eine zusammenfassende Inhaltsanalyse voraus, um das Material zu komprimieren und die wesentlichen Gesichtspunkte zu erfassen und schrittweise Kategorien aus dem Material zu entwickeln. Die strukturierende Inhaltsanalyse filtert bestimmte Aspekte aus dem Material heraus und untergliedert diese in einzelne Kategorien. Das bedeutet, dass das Material anhand von festgelegten Ordnungskriterien strukturiert und eingeschätzt wurde. Die wesentlichen Kategorien dafür wurden aus den sequenzanalytisch ausgewerteten Materialanteilen gewonnen. Die *Sequenzanalyse* in der Tradition der objektiven Hermeneutik (Oevermann et al. 1979) kam daher als ergänzendes Verfahren zum Einsatz. Zentral ist für dieses Vorgehen, dass bei der Interpretation über die Ebene der intendierten Selbstdarstellung hinausgegangen wird, um zur Analyse latenter Sinnstrukturen zu gelangen (vgl. zum Vorgehen: Oevermann 2001)³⁷. Dabei wurde das vorliegende Material, in unserem Fall der

³⁷ Die Sequenzanalyse als qualitatives Analyseverfahren geht zurück auf die Arbeiten von Ulrich Oevermann und der damaligen Forschergruppe (Allert, Konau, Krambeck, Schütze) die sich in den 1970ziger Jahren mit Fragen von Sozialisationsprozessen und Bildungskarrieren (Forschungsprojekt Elternhaus und Schule) befassten und in diesem Zusammenhang das Verfahren der objektiven Hermeneutik entwickelten (Oevermann u.a. 1979). Als

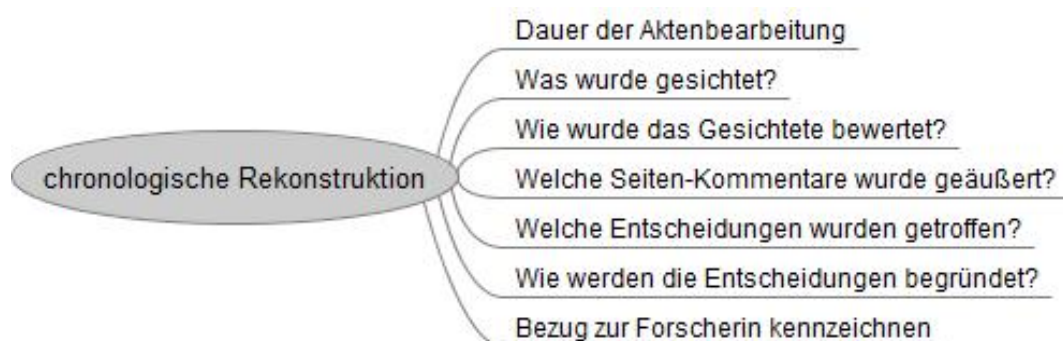
Text der transkribierten TAM-Protokolle, strikt sequentiell in einer Auswertungsgruppe interpretiert. Dies bedeutet, dass für die Textabschnitte schrittweise Sinneinheit für Sinneinheit unterschiedliche Lesarten (textbasierte Interpretationsmöglichkeiten) entwickelt und an den nachfolgenden Stellen überprüft (ggf. falsifiziert) werden. Dabei stellt sich an jeder Interpretationsstelle die Frage, welches Handlungs- oder Entscheidungsproblem vorliegt, welche Handlungs- oder Entscheidungsmöglichkeiten prinzipiell denkbar sind und welche Option schließlich gewählt wurde (vgl. Ohlbrecht 2008). Bei diesem Vorgehen verstellt kein vorab entwickelter Kategorienplan die Analyse, vielmehr werden die Daten in der Logik ihrer Sinnproduktion interpretiert.

In dieser Weise werden die Interpretationseinheiten (Sinneinheiten an den Sequenzstellen) analysiert, wobei die nun ermittelten Lesarten und Bedeutungen mit denen der vorhergehenden Einheiten verglichen werden. Auf diese Weise wird weiter interpretiert, bis eine Rekonstruktion der Fallstrukturgesetzlichkeit (Oevermann) vorliegt, d.h. keine neuen Gesichtspunkte mehr aufgedeckt werden können und eine empirische Sättigung erreicht ist. Die Fallstruktur gilt erst als rekonstruiert, wenn diese an weiteren Textstellen auf die Möglichkeit einer Falsifikation überprüft wurde (Falsifikationsprinzip).

Aus dieser zeitaufwändigen Vorgehensweise ergibt sich, dass stets nur ein ausgewählter Teil des Materials in der Gruppe sequenzanalytisch ausgewertet werden konnte. Konkret bezogen auf die Rekonstruktion der Entscheidungsheuristiken anhand der TAM-Protokolle lässt sich das Vorgehen grafisch wie folgt darstellen.

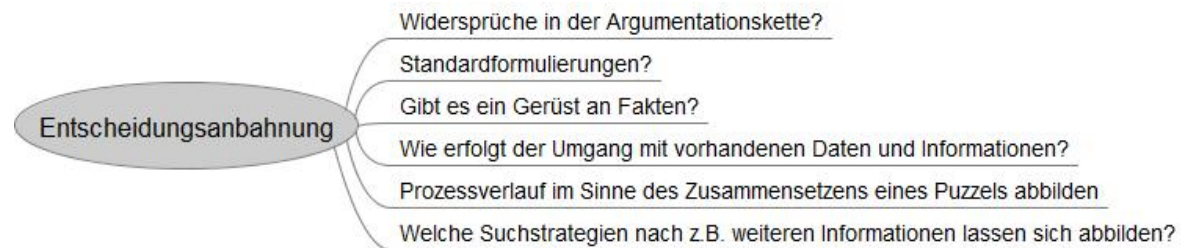
Auswertungsstrategie der strukturierten Inhaltsanalyse auf Grundlage der Sequenzanalyse:

1. **Chronologische Rekonstruktion** der Aktenbearbeitungsstationen, nach folgenden Kriterien:

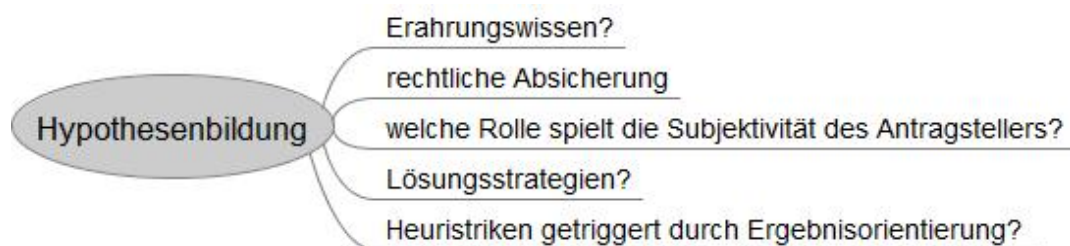


Kernstück der objektiven Hermeneutik gilt die Sequenzanalyse, die inzwischen in viele Forschungstraditionen Eingang gefunden hat und adaptiert wurde (z.B. Biografieanalyse bei Fischer und Fischer-Rosenthal etc.).

2. **Zusammenfassung** der wesentlichen Schritte in Textform und der Entscheidungsanbahnung und Entscheidung unter Berücksichtigung folgender Aspekte bzw. Fragen:



3. **Hypothesenbildung**



Im Hinblick auf die identifizierten Dimensionen auf denen die Einflussfaktoren auf Entscheidungsprozesse zu verorten sind, wurde folgendes Auswertungsschema entwickelt (Abbildung 8), welches den weiteren Auswertungen der Interviews sowie TAM-Protokolle zu Grunde gelegt wurde.

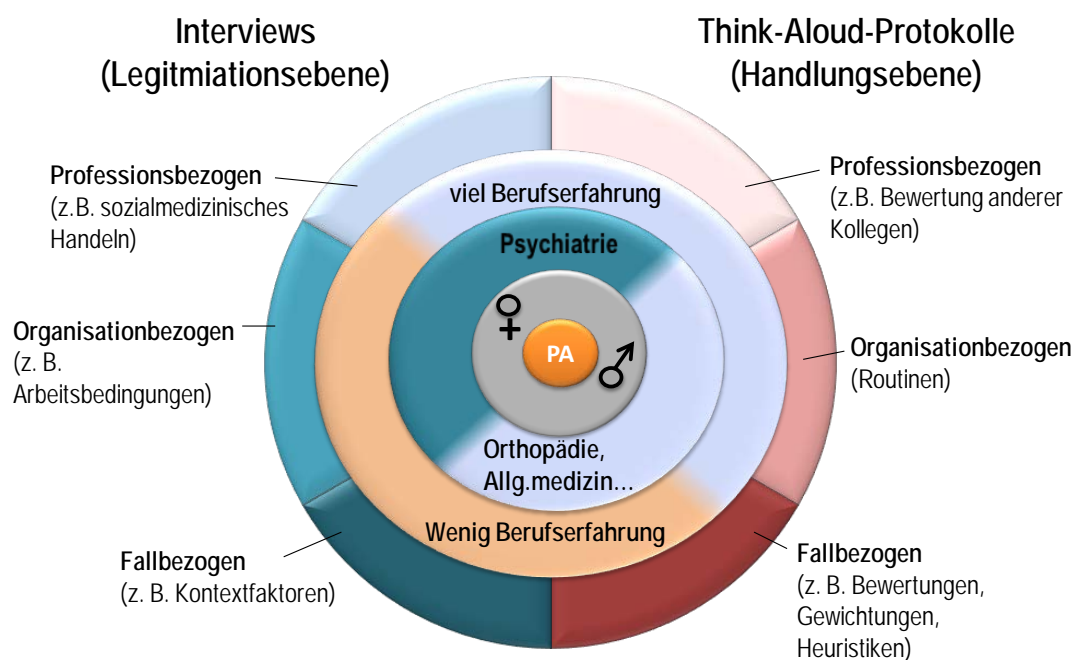


Abbildung 8: Auswertungsschema

Ergänzend zu den beschriebenen Auswertungsschritten der TAM-Protokolle wurden ausgewählte Fälle mit Hilfe des Mind Managers grafisch dargestellt. Dies ermöglichte es, die Komplexität des Falles anhand der unterschiedlichen Dimensionen der Aktenbegutachtung nachzuzeichnen (vgl. Kapitel 5.2).

Die graphische Darstellung ausgewählter TAM-Protokolle, ermöglichte eine differenzierte Aufschlüsselung des Einzelfalles sowie die Herstellung von Beziehungen zwischen einzelnen Aspekten aus der Perspektive des Prüfarztes. Folgende Dimensionen konnten identifiziert werden:

- *chronologischer Verlauf* der Fallbearbeitung durch den Prüfarzt differenziert nach Hauptschritten der Bearbeitung, u. a. Überblick über den Fall verschaffen, aktuelle Ermittlungen, vertiefte Bewertungen, Entscheidungsfindung
- hinzugezogene *Dokumente*, welche werden genutzt, wiederholt oder nicht hinzugezogen
- zentrale *Kriterien* für die Entscheidungsfindung, z. B. angewandte Testdiagnostik, Inanspruchnahme des Versicherten von Therapien
- fallspezifische *Charakteristika*, z. B. Schweregrad, Alter, Beruf
- *subjektive Bewertungen* und Meinungen und kritische Äußerungen des Prüfarztes zu einzelnen Aspekten, wie externe Gutachten, frühere Voten von Kollegen, Motive des Antragstellers
- *Widersprüchliche Ergebnisse* im Verlauf der Ermittlungen, z. B. zwei Gutachten mit unterschiedlichen Voten oder Schweregrad der Erkrankung nicht stimmig mit eingeschätzter Leistungsfähigkeit
- *Bezugnahme* der Entscheidung in Relation zu früheren Voten und externen Gutachten
- Hinweise auf *Heuristiken*

4.2.5 Shadowing/Beobachtungen

Beim Shadowing handelt es sich um eine interaktive Form der teilnehmenden Beobachtung, die derzeit vor allem im Bereich der Markt- und Unternehmensforschung praktiziert wird. Dieses Verfahren ist im Rahmen fokussierter Ethnografie entwickelt worden und findet insbesondere in der Betriebs- und Organisationspsychologie breitere Anwendung (Hönninger 2009). Im Rahmen des vorliegenden Forschungszusammenhangs war das Shadowing geplant, um die komplexen Arbeitstätigkeiten und die täglichen Routinen im Arbeitsalltag der sozialmedizinischen Prüfarzte in der DRV zu beobachten. Ziel dieser Forschungsstrategie ist es, die Perspektive eines "Insiders" einzunehmen, um die Praxis der Prüfarzte von innen heraus, aus einer Binnenperspektive, zu verstehen. Als ursprüngliches Ziel wurde ein

Shadowing im stundenweisen Umfang bzw. maximal eine Beobachtung bis zu einer Arbeitswoche formuliert. Konkret hätte dies bedeutet, dass der Prüfarzt in seinem alltäglichen Arbeitskontext begleitet wird. Der Beobachter wäre im Hintergrund geblieben und hätte nur nachgefragt, wenn bestimmte Sachverhalte oder Handlungen nicht verstanden worden wären. Die Prüfarzte sollten dabei möglichst wenig gestört werden, um ihren alltäglichen Routinen nachgehen zu können. Der Beobachter, „der wie ein Schatten folgt“, hält sich weitestgehend zurück, während die Prüfarzte wie gewohnt mit ihrer Arbeit fortfahren könnten. Beobachtungen in dieser Form als Teilnahme an face-to-face-Interaktionen lassen damit die unmittelbare Erfahrung von Situationen zu, wodurch es möglich wird, dass Aspekte des Handelns und Denkens beobachtbar werden, die in Gesprächen, Interviews und Dokumenten in dieser Art nur indirekt über Berichte zugänglich sind. Leider konnte dieses Instrument nicht eingesetzt werden, da es nicht gelang, Prüfarzte für dieses Verfahren zu gewinnen. Das Shadowing wäre insbesondere während der Phasen der Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Team der Prüfarzte von besonderem Wert für die Rekonstruktion organisationsinterner Initiations- und Sozialisationsprozesse gewesen.

Alle Organisationen rahmen die Entscheidungen, die innerhalb der jeweiligen Organisation zu treffen sind. Zuvorderst allein schon dadurch, dass innerhalb von Organisationen die Kommunikationswege festgelegt werden, auf denen Informationen mit Bindungswirkung im System zirkulieren (=Zuständigkeits- und Zeichnungsregeln) und durch die Rekrutierung und Sozialisation der Mitarbeiter können die Art und Richtung von Entscheidungen beeinflusst werden. In einer akteurssensiblen Forschungsstrategie kann untersucht werden, wie Entscheidungsvorgaben, Kommunikationswege und persönliche Kompetenzen als mögliche Beeinflussungsgrößen von Entscheidungen zusammenwirken. Gerade die Situation der Einarbeitung neuer Mitarbeiter hätte einen Blick auf die Mechanismen ermöglicht, die quasi auch hinter dem Rücken der Akteure Wirkmächtigkeit erlangen, da die unhinterfragten Regeln der Praxis, die Abkürzungsstrategien und impliziten Entscheidungspfade hier mit Sicherheit den „Neulingen“, wie es praktisch für die Initiation in jede Organisationen gilt, vermittelt werden. Hier war die Praxis jedoch widerständig gegenüber dem Blick der Forscher und es gelang nicht, Zugang zur Einarbeitungssituation zu erlangen.

Die für die Datenerhebung und –auswertung zentralen Verfahren wie Experteninterviews, Think-Aloud-Verfahren, Aktenanalyse, externe Aktenkommentierung sowie inhalts- und sequenzanalytisches Vorgehen werden im folgenden Kapitel beschrieben und anhand empirischer Befunde dokumentiert. Die Daten wurden dabei wechselseitig aufeinander bezogen und hinsichtlich der zentralen Differenzen und Gemeinsamkeiten einem zirkulären Vergleich unterzogen, bis eine empirische Sättigung (Glaser/Strauss 1999) erreicht war. Die Daten- und Methodentriangulation diente letztendlich auch der Sicherung der Qualität der qualitativen Daten.

5. Ergebnisse

Übersicht: Ergebnisse

Die Arbeit der Prüfer*innen der DRV wird von verschiedenen Herausforderungen und Paradoxien bestimmt, die auf unterschiedlichen Dimensionen identifiziert wurden und den Entscheidungsprozess bestimmen. Auf der Ebene des Professionsverständnisses zeigt sich dies im Perspektivenwechsel vom „heilenden Arzt“ zum sozialmedizinischen Gutachter, der biografierelevante soziale Entscheidungen trifft. Die individualisierte Fallbearbeitung trifft auf Probleme einer variierenden und ambivalenten Berücksichtigung von Kontextfaktoren in der medizinischen Sachaufklärung; die Einordnung und Bewertung ärztlicher Befunde und Gutachten in den Akten lässt unterschiedliche Lesarten zu, die auch von der Erfahrung, vom Alter und der Fachrichtung des/der Gutachters/-in abhängig sind. Besonders die Transformation eines qualitativen in ein quantitatives Leistungsbild und die Passung der Leistungsbeeinträchtigung mit dem „allgemeinen Arbeitsmarkt“ erfordert eine „klinische“, d.h. eine den Fallbezug mit allgemeinen Aussagen verknüpfende Entscheidung und kann nicht als subsumptionslogische Ableitung vollzogen werden. Darüber hinaus konnten wesentliche Gewichtungstendenzen einzelner (Kontext-)Faktoren (z. B. Erkrankung, Alter, Erwerbsbiographie) aufgezeigt sowie Strategien der Aktenarbeit identifiziert werden. Komplexitätsreduktion auf der einen und Informationslücken auf der anderen Seite, Brüche in der Ableitungskette („Deduktionslücken“) oder Unstimmigkeiten zwischen den in den Akten erfolgen durch eine nachvollziehbare, inhaltlich wie formal akzeptable „Schließung“ mit Hilfe fachlichen Wissens und erfahrungsgesättigter sozialmedizinischer Kompetenz. Entscheidungen werden weiterhin durch organisationsbedingte Aspekte im Verfahrensablauf (Anzahl der Gutachten pro Tag) wie auch im Blick auf ihre Beurteilung innerhalb der Organisationen (Kollegen, andere Abteilungen) oder durch externe Organisationen (etwa Gerichte im Rahmen von Widerspruchsverfahren) mitbestimmt, wobei Opportunitätsgesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Die Darstellung der Ergebnisse, die in den folgenden Kapiteln präsentiert werden, orientiert sich an den einzelnen Erhebungsverfahren (vgl. Kapitel 4). Zunächst werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews anhand bestimmter aus dem Material generierter Schwerpunkte aufgeführt und mit ausgewählten Ankerbeispielen gestützt. In der weiteren Ergebnisdarstellung erfolgt eine Zusammenstellung der wichtigsten Erkenntnisse aus der Aktenanalyse, die neben dem Aufbau der Akte einen Einblick in die Entscheidungsgrundlage der Prüfer*innen gibt und bereits erste Strategien der Aktenbearbeitung erkennen lässt. Ausführlich werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Prüfer*innen, der Think-Aloud-Erhebung und retrospektiven Besprechung zusammengetragen und gegliedert in unterschiedlichen Themenfeldern aufgeführt. Für den Nachvollzug des empirischen Vorgehens und zur Herstellung dessen größtmöglicher Transparenz werden im Anhang vier Fallbeispiele (Anhang H bis L) aufgeführt, anhand derer die Interpretation eines ‚Falles‘ nachvollzogen werden kann bzw. es wird bereits im Text auf diese Fälle verwiesen.

5.1 Ergebnisse aus den Experteninterviews: Rahmung und Ablauf der Entscheidungsprozesse

Anhand der Experteninterviews mit Gesprächspartnern aus der Leitungsebene verschiedener Rentenversicherungsträger und externen Experten kann eine Rahmung der in dieser Untersuchung in Frage stehenden Entscheidungen rekonstruiert werden. Daneben war diesen Gesprächen wesentliches Praxiswissen zum Ablauf des Entscheidungsprozesses zu entnehmen. In den Experteninterviews werden die sozialmedizinischen Aktenlageentscheidungen zu Erwerbsminderungsrenten in unterschiedliche Rahmen gestellt. So schildern die Experten das professionelle Selbstverständnis und die praktischen Arbeitsbedingungen der Prüfarzte, sie stellen ihre Arbeit in den Zusammenhang der Aufgaben und der Rolle der Organisation; darüber hinaus werden auch strukturelle Bezüge zu aktuellen sozialpolitischen Diskussionen und gesellschaftlichen Entwicklungen hergestellt.

5.1.1 Rolle des Prüfarztes

Einstellungsvoraussetzung für Ärzte im sozialmedizinischen Dienst der DRV ist in der Regel die Facharztstufe, nach Möglichkeit in einem „großen“ medizinischen Fach an. Damit sind z. B. die Innere Medizin, die Chirurgie, Orthopädie oder die Psychiatrie/Neurologie, aber auch die Allgemeinmedizin gemeint. Die Facharztausbildung soll sowohl die einschlägige Fachkompetenz gewährleisten, um die Leistungsfähigkeit des Versicherten sachgerecht beurteilen zu können als auch den fachübergreifenden ganzheitlichen Blick auf die Situation des Patienten/Antragsstellers ermöglichen. Als Voraussetzung werden in diesem Zusammenhang die Relevanz regelmäßig durchgeführter persönlicher Untersuchungen (in der DRV oder nebenberuflich in der Praxis) und die eigene Erfahrung mit der Erstellung von Gutachten erachtet, um den Blick für die „Realität“ nicht zu verlieren. Als eine wesentliche Qualifikation für die Arbeit eines Prüfarztes gilt, neben der Facharztqualifikation, die Berufserfahrung. Eine langjährige Berufserfahrung befähigt den Arzt, bei Aktenlagebegutachtungen nach eigenen Erfahrungswerten zu urteilen. Wichtig ist zudem eine gewisse Entscheidungskraft, d.h. der Prüfarzt muss in der Lage sein, in kurzer Zeit zu einer Entscheidung zu kommen und dabei einen langen (Lebens-)Zeitraum des Versicherten zu beurteilen.

Hier unterscheidet sich die Rolle des Prüfarztes wesentlich von der Rolle des Arztes in der klinischen Tätigkeit und stellt für neue Mitarbeiter häufig eine Herausforderung dar. Er ist Berater und Sachverständiger für die Verwaltung und nicht, wie er es aus seinem klinischen Arbeitsalltag möglicherweise kennt, in einer akuten Situation in seiner ärztlichen Handlungskompetenz gefordert. Vielmehr ist er einerseits handlungsentlastet, denn er muss

nicht in actu in der konkreten Arzt-Patienteninteraktion entscheiden, andererseits wird seine Entscheidung von anderen Instanzen beobachtet. In diesem Zusammenhang können auch Spannungen mit der Verwaltung, speziell mit den Juristen, auftreten. Hier entstehen Konkurrenzsituationen, die institutionalisiert und formal sanktioniert sind: die Juristen treffen die endgültige Entscheidung, die Ärzte geben Empfehlungen in der Rolle des sozialmedizinischen Sachverständigen. Voraussetzung dafür, dass die Verwaltung dessen Entscheidung trägt, sind klare, transparente, auch für Laien verständliche Formulierungen im Aktenlagegutachten.

Interviewausschnitt Gruppeninterview Leitung³⁸ zur Rolle des Prüfarztes

- L4: Ähm, jahaha das ist eine interessante Frage. also wir heißen ja beratende Ärzte weil eine Entscheidung in dem Sinne eine Entscheidungsvollmacht haben wir im Grunde genommen nicht, sondern wir bieten dem Juristen etwas an, an das er sich halten kann oder auch nicht. denn es gibt auch manchmal welche, die schlicht und einfach sagen, nee das mach ich nicht und ähm oder wenn bei uns noch eine Befristung vorgeschlagen wird, die dann die Befristung wegstreichen oder, oder auch dann jetzt nochmal zu einem anderen gehen und sagen, kann denn das so sein; manchmal haben sie da auch Recht, ähm, das mag alles so sein, das Verhältnis ist denke ich ähm sehr personenbezogen ähm sehr davon abhängig mit wem wer mit wem zusammen arbeitet. (...)
- L6: Also die die offizielle äh Sprachregelung ist ganz klar festgelegt. als Gutachter als Mediziner ist man Berater; mehr nicht. lediglich Sachverständiger, aber ist nicht Entscheider. ähm und damit und das muss man auch Neueintretenden erst immer mal wieder vermitteln, weil das was völlig anderes ist als in der Klinik oder in der Praxis. Da ist ganz klar dass ich als Arzt viele Dinge entscheide. ähm hier ist ganz klar den Leuten zu vermitteln; warte mal ähm sei nicht böse; wenn der andere dann was anderes macht, ähm hier unsere Rolle ist Beratung. Punkt. (...)
- also hängt ein bisschen ab von Organisationsgesichtspunkten, also wie ist, sagen wir mal wie sind die organisatorischen Rahmenbedingungen gestaltet für diese Zusammenarbeit, das hab ich jetzt grad so, ich hab da einige Rahmenbedingungen in diesen zwanzig Jahren erlebt, weil da Fusionen zwischen waren; und unterschiedliche Geschäftsführungen; und ja das hat schon einen Einfluss. also so wie ist insgesamt eigentlich eine Zusammenarbeit gewünscht oder eher nicht gewünscht, also aber das Entscheidende ist dann trotzdem wie kommen einfach die Personen die miteinander zu tun haben wie kommen die klar miteinander oder eben nicht. (...)
- im Endeffekt muss man schon sagen, ich kann natürlich auch wenn letztendlich der Jurist der Entscheider ist oder der Verwaltungsbeamte. ich kann natürlich als Mediziner da mindestens so viel Sand ins Getriebe streuen ääh wie also weil wenn ich mich im Endeffekt da der Zusammenarbeit verweigere, dann gibt es ganz schnell auch von Verwaltungsseite Grenzen oder Situationen wo dann ein Verwaltungsmann an seine Grenzen kommt; und eben halt doch wieder eine Zusammenarbeit ääh sucht. muss auch; weil ja sag ich mal wirklich gemeinsam an Fragestellungen im Endeffekt hängt. aber die Erfahrung ist, auch jetzt in den letzten Jahren also jetzt bei uns war eigentlich hat es in aller Regel ganz gut funktioniert, vorausgesetzt man ist so ein bisschen bereit, ähm ja überhaupt sich als Mediziner auch mal so ein bisschen auf Verwaltungsdenken einzustellen.

Eine weitere Ebene des Rollenkonflikts ergibt sich aus dem Gegensatz des „eigentlichen“ Berufsethos des Arztes, bei dem kurative Aspekte und die empathische Haltung dem Patienten gegenüber im Vordergrund stehen.

³⁸ Gruppeninterview Leitung; Ausschnitt: #01:16:12# bis #01:21:24#

Als Gutachter muss sich der Sozialmediziner von der Rolle als verstehendes Gegenüber und „Helfer“ distanzieren. Die Schilderungen der Versicherten hat er nicht nur unter dem Aspekt von Diagnose, Behandlung und Gesundung zu betrachten, sondern er muss die Aussagen auf Plausibilität prüfen und zu einem sozialen Urteil auf medizinischer Grundlage kommen. Letzteres wird von einigen Experten als besonders problematisch angesehen.

Der Prüfarzt befindet sich in einer zweifachen Verpflichtung: er ist sowohl dem einzelnen Patienten als auch der Solidargemeinschaft verpflichtet. Der Anspruch, auch im Sinne der Solidargemeinschaft tätig zu sein, kommt in der gutachterlichen Tätigkeit stärker in den Vordergrund als in der behandelnden Tätigkeit in der Klinik oder in der Niederlassung.

Anders als im klinischen Alltag hat der sozialmedizinische Prüfarzt in der DRV Bund „Fälle“ zu bearbeiten, die unterschiedlichen medizinischen Fächern zuzuordnen sind. Die Verteilung der Akten auf die Prüfarzte erfolgt in der Praxis der DRV allerdings meist nicht nach Kriterien der medizinisch-fachlichen Zuständigkeit, sondern nach organisationsbezogenen (Eingangsstempel, Buchstaben, Urlaubsvertretung, etc.) Gesichtspunkten. So hat ein Internist auch orthopädische Fragestellungen zu entscheiden oder andersherum. Dem Sozialmediziner wird also ein breites Spektrum medizinischen Wissens abverlangt, das weit über die üblichen Fachbegrenzungen hinausreicht. Eine Ausnahme stellt die Verweisung besonders schwieriger und unklarer psychiatrischer und psychosomatischer Fälle an interne Fachleute, psychiatrisch/neurologische Referenten im sozialmedizinischen Dienst dar. Bei anderen Fachdisziplinen kann es vorkommen, dass durch ihre fachärztliche Ausrichtung besonders kompetente Kollegen informell nach ihrer Einschätzung eines Falles befragt werden. Bei den teilnehmenden Regionalträgern wurde auch eine Aktenaufteilung entsprechend der Facharztausrichtung angetroffen, so dass hier jeder einzelne Prüfarzt stärker in seiner fachärztlichen Kompetenz angesprochen ist.

5.1.2 Der Stellenwert prüfärztlicher Tätigkeit in Organisation

Übereinstimmend berichten die Experten, dass die sozialmedizinischen Dienste innerhalb der Organisationen eher marginalisiert sind und dies von den Prüfarzten auch häufig so erlebt wird. Sie beklagen, dass die ärztliche Tätigkeit und Kompetenz wenig geschätzt wird und dass die gut bezahlten ärztlichen Mitarbeiter als „teures Anhängsel“ gelten. In diesem Zusammenhang wird auch klagend festgestellt, dass die Erwerbsminderungsrenten in der Relation zum Hauptgeschäft der DRV den Altersrenten finanziell nicht sehr bedeutend sind, was auf die Wertschätzung der ärztlichen Entscheidungen zurückwirkt.

Interviewausschnitt L2³⁹ zur Stellung des Sozialmedizin innerhalb der DRV:

³⁹ Interview L2; Ausschnitt: #00:56:12# bis #00: 58:28#

- I: Wie sieht die Stellung der sozialmedizinischen Begutachtung innerhalb der Rentenversicherung aus?
- L2: Da würde ich jetzt am liebsten das Mikrofon ausmachen; ((beide lachen)) wir haben keinen großen Stellenwert; (...)
Die Erwerbsminderungsrenten haben keinen so keine so große Bedeutung für dieses Haus hier; würde ich mal denken; wir haben hunderttausend Anträge im Jahr; juckt die eh nicht groß ((lacht leise)) (...)Das sind siebenhunderttausend oder achthunderttausend Anträge; und mit den unendlichen Altersrentenanträgen, Witwenrenten oder wie auch immer; also die Erwerbsminderungsrenten die sind hier, ja es ist eben ein Anspruch darauf da; es muss darüber entschieden werden; aber (.) ((lacht leise)) ich glaube wir haben keinen großen Stellenwert;
- I: Im Unterschied zur politischen Diskussion, in der politischen Diskussion hat ja die Frühberentung einen enormen Stellenwert; (...)
- L2: Ich glaub wir sind mehr lästig;

Die sozialmedizinischen Dienste der verschiedenen DRV- Träger sind, so die Experten, derzeit mit Nachwuchsproblemen konfrontiert. Die Experten sehen vor allem die gegenüber der Klinik und der Arztpraxis günstigeren Arbeitsbedingungen als Anreiz für Ärzte an, sich im SMD zu bewerben. Dafür muss ein geringeres Einkommen in Kauf genommen werden. Vor dem Hintergrund des aktuellen Ärztemangels hat die DRV ein Problem mit der Konkurrenz durch andere Sozialversicherungsträger, deren Bezahlung besser ist. Als Folge dieser Situation werden auch Kollegen eingestellt, die den Einstellungs Voraussetzungen (wie Facharztstufe, Berufserfahrung, Querschnittsfach, eigene Erfahrung bei der Erstellung von Gutachten) nicht oder nur teilweise gerecht werden, was wiederum Probleme bei der Einarbeitung und in der laufenden Arbeit verursachen kann. Die grundsätzlich günstigen Arbeitsbedingungen in der DRV werden von den Experten als Grund für den hohen Frauenanteil in den sozialmedizinischen Diensten eingeschätzt. Ohne die in der Klinik üblichen Nacht- und Wochenenddienste und ohne notfallmäßige Überstunden ist eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistet.

5.1.3 Besondere Herausforderungen im Begutachtungsprozess der Entscheidungen nach Aktenlage

Ein grundsätzlicher organisatorischer Unterschied zwischen den verschiedenen Trägern ist die regionale bzw. überregionale Struktur, die zu verschiedenen Wegen bei der Begutachtung führt. Die DRV Bund als überregionaler Träger verfügt über keine Untersuchungsstellen, sondern wickelt die fachärztliche Begutachtung ausschließlich über niedergelassene Ärzte als Gutachter ab. Bei den verschiedenen Regionalträgern gibt es Untersuchungsstellen, in denen die Begutachtung stattfinden kann. In welchem Maße hier jeweils nach Aktenlage entschieden wird, die Begutachtung in der Untersuchungsstelle durchgeführt wird oder aber dennoch externe fachärztliche Gutachten verwendet werden, variiert von Träger zu Träger erheblich.

Die Experten sehen die sozialmedizinischen Dienste dem Druck zur Kostenersparnis auf der Ebene der Verwaltungskosten ausgesetzt. Dies führt zu einer zunehmenden Arbeitsbelastung, d.h. mehr Fälle sind in weniger Zeit und folglich weniger gründlich zu bearbeiten.

Bei den Regionalträgern fallen die Zahlen der Akten dadurch niedriger aus, dass auch persönliche Begutachtung einkalkuliert werden muss. Für diese Fälle gibt es konkrete Zeitvorgaben, in denen die Aktenlektüre, der Patientenkontakt und das Diktat sowie die Korrektur des Gutachtens erledigt sein muss.

Verstärkt wird die Arbeitsbelastung durch unbesetzte Stellen in den Sozialmedizinischen Diensten. Auch die Kosten durch die Einholung externer Gutachten sind zu kontrollieren. Der Prüfartz muss abwägen, ob er ein Gutachten einholt und von welchem Facharzt es erstellt werden soll. Bei den Regionalträgern sind die Kosten durch die Begutachtung in den Untersuchungsstellen zu kontrollieren. Die Experten geben im Gespräch zu bedenken, dass Kostenersparnis bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung zusätzliche Kosten durch fälschlich bewilligte Renten verursachen kann. Sie stellen zugleich fest, dass diese Gegenrechnung in der Organisation nicht gemacht wird, da es sich um Ausgaben unterschiedlicher Abteilungen handelt.

5.1.4 Externe Gutachten

Bei der vorliegenden Aufgabenstellung richtete sich ein besonderes Augenmerk auf den Prozess und die inhaltlichen Muster der „Herstellung“ des Falls. Besonders mit Blick auf die reinen Aktenlageentscheidungen bei der DRV-Bund, ist hier hervorzuheben, dass die Fallentscheidung das Ergebnis einer Begutachtung von Gutachten (z.B. ihrer inneren Logik, ihrer Informationshaltigkeit, der Stichhaltigkeit ihrer Argumente, kurz: ihrer Glaubwürdigkeit) , einer Bewertung von Befunden (vor dem Hintergrund von Lebenslage, Lebensweise, Alter, Berufs- und Krankheitsbiografie) darstellt und nicht durch eine eigene Untersuchung und persönliche Gespräche erfolgt. Hierbei müssen also innerhalb des Entscheidungsprozesses bereits vorgenommene Begutachtungen, bereits bewertete Befunde noch einmal begutachtet und bewertet werden. In diesem Prozess ist der Antragsteller anders als beim direkten Arztgespräch nicht mehr beteiligt - er kann sich nur noch durch einen Widerspruch gegen einen ablehnenden Bescheid wieder ins Spiel bringen: er wird nur noch durch den Filter bereits von anderen erhobener Befunde und Gutachten sichtbar; die Konstruktion seiner krankheitsbedingt entweder eingeschränkten oder nicht beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt muss hier die Fiktion einer Objektivität als Realität plausibilisieren.

Von besonderer Bedeutung sind die in der Akte vorhandenen externen Gutachten. Die Erstellung eines differenzierten Leistungsbildes nach Aktenlage wird grundsätzlich als schwierig erachtet, besonders dann, wenn keine „guten“ Entlassungsberichte oder Gutachten vorhanden sind. Gutachten werden im Auftrag der DRV erstellt. Dabei kann die Fragestellung an den Gutachter variieren. So ist es möglich, den Gutachter, auch wenn er Facharzt ist, um eine umfassende Stellungnahme zum Gesundheitszustand des Antragsstellers zu bitten, die über das eigene Fachgebiet hinausgeht. Es ist ebenfalls möglich, die Fragestellung auf das Fachgebiet des Gutachters zu begrenzen, der dann Aspekte, die andere Fachrichtungen betreffen, nur streift. Ein problematisches Gutachten liegt vor, wenn die Argumentationskette schwach ist, z.B. wenn Beschwerden geschildert werden, die mit der Vorgeschichte nichts zu tun haben oder der Krankheitsverlauf nicht mit den geschilderten Beschwerden in plausibler Korrelation erscheint. Qualitativ gute Dokumente sind zentrale Voraussetzung für Aktenlageentscheidungen. Ein gutes Gutachten muss in sich „schlüssig“ sein. Die Qualität eines Gutachtens ist abhängig von der Fähigkeit des Gutachters, die persönliche Untersuchung und Begutachtung des Versicherten umfassend und kompetent durchzuführen sowie den jeweiligen Fall entscheidungsbezogen und schlüssig darzustellen. Der Begriff „Schlüssigkeit“ ist mehrdeutig, weil er nicht allein logische Konsistenz beinhaltet, sondern nachvollziehbare Plausibilität, bezogen sowohl auf den - ja nur selten gegebenen kausal eindeutigen - Zusammenhang zwischen medizinischer Diagnose und Erwerbsfähigkeit als auch bezogen auf kontextbezogene (d.h. von dorthin gegebene erfahrungsgesättigte) Plausibilität. Besonders aufschlussreich für die Entscheidung sind alltagsbezogene Daten im Gutachten, d. h., dass der Gutachter den Antragssteller nach seiner Alltagsbewältigung und verschiedenen alltäglichen Verrichtungen befragt hat. Es zeigt sich, dass neben der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Antragsstellers vor allem die Beurteilung der Qualität der Gutachten im Zentrum der prüfärztlichen Tätigkeit steht. Interessant hierbei ist, dass nur externe Gutachten in dieser Form geprüft werden. Als Voraussetzung dafür, ein externes Gutachten zu beurteilen und zu verwerten, wird eigene gutachterlicher Tätigkeit genannt.

5.1.5 Unsicherheitsfaktoren bei der Entscheidungsfindung – Die Frage der Objektivierbarkeit

Aktenlageentscheidungen werden getroffen, ohne den Versicherten zu sehen. Dies ist an sich schon eine Herausforderung. Allerdings gibt es unter den Experten den Konsens, dass bei klarer Befundlage bzw. bei bestimmten Erkrankungen und „messbaren“ Befunden, die Entscheidungen gut nach Aktenlage getroffen werden können. Eine große Herausforderung für die Sozialmedizin stellt die zunehmende Multimorbidität dar. Dies sind Fälle, wo verschiedene Leiden zusammenkommen, von denen jedes für sich genommen womöglich

nicht sehr bedeutsam ist, die aber in der Summe eine Erwerbsunfähigkeit begründen können. Dem gegenüber stehen „knackige Befunde“, d.h. dass große Einschränkungen/Folgen und eine nicht absehbare Besserung einfacher zu bewerten sind.

Interviewausschnitt L1⁴⁰ zur Objektivierbarkeit von Leiden „wie wattig das ganze wird“

L1: Also diese ganzen schönen Dinge von denen sie sprechen, also Leitlinien zur Sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (...) haben in der Praxis eine gewisse Schwäche; weil sie sich nicht ohne weiteres; sie sind nicht wie ein Kochbuch auf den Einzelfall übertragbar sondern sie liefern einem so einen ungefähren Orientierungsrahmen; also sprich, ein Bandscheibenvorfall der eben nicht mit einer Störung der Magen-Darm- äh der Darmentleerung einer Störung der Harnentleerung und ähm motorischen Störungen einhergeht, der ist natürlich völlig anders zu bewerten als jemand der eben Lähmungserscheinungen hat und bestimmte Dinge, d. h. der Sozialmediziner tut sich dann leicht wenn er knackige Befunde hat; wenn er irgendwie eine Körperfunktion nicht hat, dann wird, das ist zwar für den Betroffenen bedauerlich, aber für die Entscheidung für den Sozialmediziner ist es einfach; jemand der eine Halbseitenlähmung hat nach einem Schlaganfall, da braucht man nicht, den braucht man sich gar nicht anzusehen; da kann man die Befunde zusammentragen und weiß, es kann sich innerhalb eines Jahre noch einiges ändern und danach eigentlich fast nichts mehr, und dann kann man das so ein bisschen betrachten; schwierig sind immer die Fälle wo man A ne Häufung unterschiedlicher Leiden hat und das dann eben zusammen zu bringen, wobei sagen wir mal ein sozialmedizinischer Grundsatz ist schon, für jedes Leiden das einzeln durch zu deklinieren; sie haben ja sicher dieses Krankheitsfolgenmodell, also von der ICF gesehen, also wir haben A ne Gesundheitsstörung und wir versuchen dann aus dieser Gesundheitsstörung zu beschreiben welche Körperfunktionen dadurch beeinträchtigt sind, und in einem dritten Schritt gehen wir dann wie wirkt sich die Beeinträchtigung dieser Körperfunktion auf die Sozialmedizin aus; auf die letzte Tätigkeit wie auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt; schauen dann oben und unten noch, was gibt es für Kontextfaktoren und dann wird eine Entscheidung gefällt; und diese Komplexität, da merkt man sofort, das ist irgendwie mehr, als in diesen blauen Büchern drin ist oder in diesen ganzen Sachen; und wenn man dies jetzt sagen wir mal für drei vier fünf Leiden, sprich n Rückenschmerz der nicht irgendwie schwerwiegende Funktionsstörungen macht; n Hochdruckleiden das schlecht eingestellt ist; ne ähm was haben wir noch? Ähm vielleicht noch irgendwie so eine Art Muskelrheuma, na bleiben wir mal gehen wir mal nicht gleich in die Psyche rein, und das für diese drei Dinge durch zu deklinieren; da merkt man, (.) wie wie wattig das ganze wird; wie wenig greifbar das ist;

Hier spielt auch eine Rolle, ob vorhergehende Rehabilitationsmaßnahmen eine Besserung erbracht haben. Die Schwierigkeit besteht nun darin, zu erkennen, ob jemand aufgrund einer Krankheit/Behinderung nicht mehr erwerbsfähig ist - insbesondere, wenn bei verschiedenen Antragsstellern mit gleicher Grunderkrankung die Krankheit und die Funktionseinschränkungen unterschiedlich erlebt werden.

Neben den Dokumenten spielt die Art, Schwere und Verlauf einer Erkrankung eine große Rolle im Entscheidungsprozess. Eine klare Trennung von rein somatischen Leiden, also Strukturstörungen, die sich z. B. durch bildgebende Verfahren zeigen oder durch Messungen

⁴⁰ Interview L1; Ausschnitt: # 01:01:12# bis # 01:04:04#

z. B. von Bewegungsradien belegt lassen, einerseits und psychosomatischen Leiden andererseits erweist sich als schwierig; dies ist zum Teil bedingt durch die komplexe Interaktion etwa zwischen Strukturschaden und Schmerz, zum Teil aber auch durch eine immer weiter verfeinerte Diagnostik. Eine Frage, die sich hier stellen kann, ist: wann erkennt der Arzt, dass es sich im konkreten Fall z. B. um eine orthopädische Leitdiagnose handelt, die aber psychosomatisch bedingte Ursachen hat? Interessant ist in diesem Zusammenhang, welcher Facharzt in seinem solchen Fall beauftragt wird, eher ein Orthopäde oder ein Nervenarzt? Die beschriebene ‚Scheinobjektivität‘ somatischer Leiden macht einen wesentlichen Teil der Unsicherheit im Entscheidungsprozess aus.

Ein weiterer Unsicherheitsfaktor betrifft die Beurteilung des Leistungsbildes, die durch eine unvermeidbare Fehlerwahrscheinlichkeit gekennzeichnet ist. Eine möglichst große Transparenz, also die Dokumentation, warum man zu einer bestimmten Entscheidung gekommen ist, wirkt dem entgegen, aber das Bild vom Versicherten, welches während der Arbeit mit der Akte entsteht, kann dennoch verzerrt sein. Entscheidungen sind damit nie 100% sicher. Der Anspruch von Objektivität und „Richtigkeit“ im Entscheidungsprozess nach Aktenlage wird insgesamt relativiert. Diese Bedenken gehen bei einigen Gesprächspartnern so weit, dass sie die eigene Befähigung, die Entscheidungen über die EM-Rentanträge zu treffen, nicht nur durch die ärztliche Kompetenz, sondern vor allem durch den gesellschaftlichen bzw. institutionellen Auftrag begründet sehen.

Interviewausschnitt L5⁴¹ zur Unsicherheit der Entscheidungen

L5: dadurch dass ich jetzt bei der Behörde bin, hält sich die Gesellschaft irgendjemanden der es am Schluss halt entscheiden soll. ja? der kann es so oder anders entscheiden, das ist auch alles nicht objektiv, aber irgendjemand muss es entscheiden ja im Sozialgerichtsverfahren ist das am Schluss der Richter, das ist auch nicht objektiv (...) man kann versuchen das so objektiv wie möglich zu machen und seine eigene Entscheidung so transparent wie möglich zu machen, man ist aber nie davor gefeit, dass jemand der das Gutachten liest hinterher sagt, das ist ja nicht richtig.

Persönliche Merkmale wie Strenge oder Nachsicht spielen aus Sicht vieler Befragter eine große Rolle in den Entscheidungen. Mit zunehmender Berufserfahrung und einem reflexiven Umgang mit Widerspruchsverfahren und einem regelmäßigen Austausch mit Kollegen und Weiterbildungen wird angestrebt, dem Widerspruch zwischen dem Problem, dass Objektivität letztlich nicht herstellbar ist, und der Notwendigkeit, eine eindeutige Entscheidung zu treffen, zunehmend gerecht zu werden. All dies spricht für die These von einer bedingten Rationalität und der Entwicklung einer „praktischen Klugheit“, wie es Thomas Schwandt (2002) mit Bezug auf die Evaluationsforschung formuliert hat.

⁴¹ Interview L5, Ausschnitt: #00:34:50# bis #00:35:43#

Jenseits des offenen „Objektivitätsproblems“, so die Experten, seien die Aktenlageentscheidungen allerdings insgesamt hoch reliabel, ein Sachverhalt der darauf verweist, dass sich im Verlauf der Sozialisation in der Organisation, durch Inhouse-Schulungen, den Austausch der Kollegen untereinander eine einheitliche Kultur der Problemwahrnehmung und -lösung entwickelt hat, der mit einer gewissen „Tendenz zur Mitte“ verlässlich reliable Resultate erzeugt.

Einen Kontrapunkt zu den Experteninterviews innerhalb der DRV stellte ein Interview mit einem externen Experten dar:

Der befragte externe Experte bezieht sich in seinen Ausführung nicht auf die konkreten Bedingungen in der DRV, sondern spricht allgemein über Probleme der Leistungsbeurteilung in der Sozialmedizin. Die Argumentation bezieht sich stark auf die „bounded rationality“, die als Grundlage der gesamten Arbeit angesehen wird. Der Begriff der „Objektivität“ wird grundsätzlich hinterfragt. Objektivistisches Vorgehen und „etatistisches“ Gebaren der Institutionen wird kritisiert. Ein wichtiges Anliegen ist die Einführung systematischer Instrumente in den Begutachtungsprozess, die arbeitsplatzbezogen und vergleichbar sind, wie z. B. ERGOS oder EFL oder Dokumentationssysteme wie MELBA oder IMBA. Deren regelhafte Anwendung würde die Qualität der Beurteilung steigern, ohne Objektivität vorzuspiegeln. Auch die Berücksichtigung der ICF wird ausdrücklich als Möglichkeit verstanden, die Qualität der Begutachtung zu steigern. Dabei soll keine Kodierung erfolgen, sondern das ausgearbeitete Kriteriensystem des ICF kann als Leitfaden dienen, der vom einzelnen Prüfarzt individuell „kundig“ und vor allem „reflexiv“ genutzt wird. Die Begutachtung sei ausdrücklich „kein Messprozess“. Die Differenzierung nach Fächern (Orthopädie, Psychiatrie; somatische, psychosomatische, psychische Erkrankungen) wird eher als Etikettierungsphänomen verstanden und spielt nach seiner Auffassung keine zentrale Rolle. Mit Blick auf die Antragsteller werden Phänomene wie Aggravation und Simulation eher als Ausnahmen angesehen.

5.1.6 Zur Berücksichtigung von Kontextfaktoren und Arbeitsmarkt

Unterschiedliche Entscheidungen können auf die unterschiedlich realisierte Einbeziehung von Kontextfaktoren durch den jeweiligen Mediziner zurückzuführen sein. Der Aspekt des Einbezugs von Kontextfaktoren, wie die regionale Arbeitsmarktsituation und das Alter des Versicherten in die Beurteilung eines Falles wird insgesamt unter drei Gesichtspunkten (durchaus auch widersprüchlich) diskutiert:

1. Kontextfaktoren spielen keine Rolle bei der medizinischen Sachaufklärung. Hier wird nur nach der Leistungsfähigkeit beurteilt.

2. Kontextfaktoren dürfen/sollten keine Rolle spielen, können aber im Rahmen des Entscheidungsprozesses nicht ganz ausgeblendet werden.
3. Kontextfaktoren spielen eine Rolle bei der Sachaufklärung und Entscheidungsfindung und werden bewusst einbezogen.

Interviewausschnitt L3⁴² zur Relevanz von Kontextfaktoren

L3: „Also natürlich ist das immer wichtig; ja schon der Blick wenn es darum geht (.) also es ist ein Kontextfaktor der natürlich in der Rentenversicherung nicht (.) dafür kann also okay der Antrag auf Rente den kann ich jetzt sozialmedizinisch positiv votieren weil der eh keine Chance mehr hat mit diesen Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem Alter jetzt ne Arbeit zu finden; aber natürlich ist der Hintergrund immer irgendwo gegeben, ist insofern auch gegeben (...)Aber natürlich bei jemand der dann dreiundsechzig Jahre alt ist, ist es ganz klar, es ist ein Kontextfaktor der nicht dazu führen darf dass wir sagen können okay Erwerbsminderungsrente jetzt ein Stück eher, aber es ist natürlich äh unstrittig; dass auch ein Sozialmediziner auf das Alter guckt; und der guckt der hat jetzt keine Arbeit; und ist dreiundsechzig und jetzt hat er Gesundheitsstörungen und wenn der Mann jetzt gerade in der Grauzone sich befindet; das ist ja dann Grauzone; kann er noch kann er nicht mehr; also die berühmte Gretchenfrage; ist man natürlich bei dreiundsechzig Jahren eher geneigt zu sagen; keine Arbeit; ja kurz vorm Eintritt in das Altersrentenalter; dann sag ich eher mal unter drei Stunden wenn er natürlich die gleichen Gesundheitsstörungen hätte und wäre Mitte dreißig; würde man sicher ein Stück anders entscheiden. Obwohl wie gesagt das als Kontextfaktor unstrittig besteht, aber eigentlich für unsere Entscheidung nicht die Rolle spielen darf, aber natürlich sind wir auch Realisten und sind auch Subjekte im Prozess und da guckt man schon mal hat er noch Arbeit oder hat er keine mehr.“

Die Experten sehen den Widerspruch zwischen der formalen Verpflichtung, die Entscheidung auf ausschließlich medizinische Argumente zu stützen, und der Tatsache, dass es zwischen medizinischer Diagnose und Erwerbsfähigkeit keinen linearen Zusammenhang gibt. Hier zeigt sich ein Paradox des Aufeinandertreffens von zwei Sphären: der ausdifferenzierten medizinischen Tradition, die Befunde ausgehend von Strukturschäden und Körperfunktionen ggf. auch von Aspekten des Befindens (z.B. des Schmerzerlebens oder von Ängsten) her denkt und auf Behandlung hin zentriert und der Sphäre der an den Einzelnen gestellten Anforderungen der alltäglichen Lebensführung (also des Arbeitsmarkts wie auch der Selbstversorgung, die ja beide ein bestimmtes Maß an Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit oder allgemeiner: eine zumindest bedingte Gesundheit voraussetzen). In diesem Sinne ist die Denkfigur und Praxis des Tests auf die Wahrnehmung häuslicher Aufgaben oder von Freizeitaktivitäten der Antragsteller als Hinweis auf mögliche Arbeitsfähigkeit plausibel, wenn man vom zentralen Kontextfaktor etwa psychisch belastender Arbeitsbedingungen absieht. Zusammen gehalten werden die beiden Sphären in der sozialmedizinischen Begutachtungspraxis durch ein normatives Gerüst (Abwägung der individuellen gesundheitlichen Zumutbarkeit und Verpflichtung gegenüber der Solidargemeinschaft), durch rechtliche Vorgaben und eine bewährte Tradition der Rentenversicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung, die zugleich von der

⁴² Interview L3, Ausschnitt: #00:10:23# bis #00:13:31#

Organisation weiterentwickelt wird. Die theoretisch-konzeptionelle „Lücke“ zwischen medizinischem Befund und Erwerbsfähigkeit scheint durch diese Klammer aber nur oberflächlich geschlossen zu werden und bleibt brüchig, eben weil vom medizinischen Befund nur selten ein direkter und kein kausaler Pfad zur Erwerbsfähigkeit führt und weil Befund und Anforderung aus dem Arbeitsfeld durch die subjektive Wahrnehmung, Interpretation und dadurch mitbedingte emotionale Wertung (Befinden) strukturiert und gefiltert wird. Dabei wiederum spielen Kontextfaktoren sowohl als externe Vorgaben (Arbeitsmarkt, Konjunktur, Arbeitsanforderungen) als auch als subjektiv gefilterte (Überforderung, Selbstvertrauen, Motivation, etc.) eine zentrale Rolle auch wenn die spezifischen Wirkmechanismen von der Gesundheits- und Arbeitswissenschaft erst zum Teil genauer bestimmt wurden.

Es sind also gerade die Kontextfaktoren bzw. die Art und Weise der Krankheitsbewältigung durch den Antragssteller, die die Prüfärzte zu beurteilen haben.

Angesprochen auf die äußerst selten ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen in den Rentenentscheidungen verweisen die Experten zunächst auf die Vorgeschichte im jeweiligen Einzelfall. In vielen Fällen sei kein „Durchbruch“ durch eine Reha zu erwarten, da die therapeutischen Mittel bereits ausgeschöpft seien. Zudem sei der für die Motivation bedeutsame Faktor zu bedenken, dass der Antragsteller zu einer weiteren Rehabilitationsmaßnahme wohl auch nicht motiviert sei, sonst hätte er keinen Antrag auf EM-Rente gestellt. Auch ökonomische Überlegungen werden angeführt, etwa dass der Antragssteller bereits zu alt sein könne, so dass eine Reha-Maßnahme für die Rentenversicherung keinen wirtschaftlichen Vorteil mehr bringen könne.

Der allgemeine Arbeitsmarkt und Unklarheiten seiner Bestimmung in der Praxis

Der Prozess der Aktenlageentscheidungen ist eingebettet in die aktuelle Arbeitsmarktsituation in der Region des Versicherten. Die Definition des „allgemeinen Arbeitsmarkts“ fällt in den Experteninterviews nicht eindeutig aus. Operationalisiert wird die Beziehung zwischen Erwerbsfähigkeit und Arbeitsmarkt durch einzelne Merkmale wie Arbeitsschwere, Körperhaltungen also das positive und negative Leistungsbild. Die konkrete Entscheidung, ob diese Fähigkeiten tatsächlich für den ersten Arbeitsmarkt reichen und wenn ja, für welche Tätigkeit, wird durch die Verwaltung gefällt. Es herrscht Konsens in der Erläuterung des Auftrags des Sozialmediziners - er nimmt nur die medizinische Leistungseinschätzung vor. Der Versicherte ist bei ausreichender Leistungsfähigkeit damit wieder dem Risiko des Arbeitsmarktes ausgesetzt so wie jeder andere Arbeitssuchende

auch. Ein Sonderfall ist die teilweise Erwerbsminderung, die bei „verschlossenem Arbeitsmarkt“⁴³ ebenfalls zu einer vollen Erwerbsminderungsrente führen kann.

Eine angespannte Arbeitsmarktlage in der Region des Antragstellers kann einen Einfluss auf das Rentenbegehren haben. Den Experten ist bewusst, dass die Motivationslage vor diesem Hintergrund kritisch betrachtet und hinterfragt werden kann, da dieser Kontextfaktor formal keine Rolle in der medizinischen Sachaufklärung spielen darf. Unter Berücksichtigung des Alters relativiert sich diese Einstellung allerdings, wenn es sich beispielsweise um einen älteren langzeitarbeitslosen Versicherten handelt.

5.1.7 Einflussfaktoren auf Entscheidungen nach Aktenlage

Zusammenfassend lassen sich aus den Experteninterviews bezogen auf die Fragestellung nach Einflussfaktoren auf die Entscheidung nach Aktenlage folgende Aspekte identifizieren:

Rahmenbedingungen

- Für die Aktenlage-Entscheidungen stehen zu vielen Krankheitsbildern Leitlinien zur Verfügung.
- Eher vage äußern sich die Experten dazu, wie sich sozialpolitische Konjunkturen als Rahmenbedingungen auswirken.
- Vorgaben aus der Verwaltung: es gibt bestimmte Vorgaben, die die Entscheidungen beeinflussen. Dies sind einerseits die „Schlagzahl“, also die Zahl der Akten, die an einem Tag zu bewältigen sind oder andersherum „Durchlaufzeiten“, also Zeiten, die eine Akte im Entscheidungsprozess „unterwegs“ sein darf.
- Taktische Überlegungen: Was würde ein Sozialgericht dazu sagen? Hierbei ist interessant, dass dies einen Bias zu positiven Entscheidungen bewirkt. So werden Rentenbewilligungen nicht weitergehend geprüft, während bei einer Ablehnung stets mit einem Widerspruch gerechnet werden muss. Ablehnungen müssen also besser begründet sein als Bewilligungen.

Diagnose/Art der Erkrankung

- psychiatrisch begründete Anträge haben mehr Aussicht auf Erfolg, das wird von allen Experten/Expertinnen bestätigt
- alle Experten differenzieren zwischen Diagnose (ICD 10) und daraus resultierenden Problemen (ICF)
- eindeutige Fälle, z.B. schwere Krebserkrankung können relativ schnell und klar identifiziert und entschieden werden
- Multimorbidität verursacht „Probleme“ in der Begutachtung

⁴³ Auch nach dem EM-REformG werden wegen der derzeit noch bestehenden ungünstigen Arbeitsmarktsituation die konkrete Betrachtungsweise und damit die arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten bis auf weiteres beibehalten. Versicherte mit einem Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden tägliche, die damit teilweise erwerbsgemindert sind und daher an sich nur einen Anspruch auf eine halbe Erwerbsminderungsrente haben, erhalten dennoch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie keinen Teilzeitarbeitsplatz finden können. Die Beibehaltung der konkreten Betrachtungsweise hat zur Folge, dass die Risikoverteilung zwischen Arbeitslosen- und Rentenversicherung weiterhin zuungunsten der Rentenversicherung verschoben bleibt.“ (VDR 2003)

Motive der Antragstellung

- Formal sind ausschließlich gesundheitliche Gründe für den Bezug einer EM-Rente legitim.
- Dennoch kann der Antrag auf EM-Rente anders motiviert sein. Vor allem Arbeitslosigkeit kann der eigentliche Auslöser für die Antragsstellung sein. Nach § 51 SGB V oder § 125 SGB III können auch andere Sozialleistungsträger den Anstoß zu einem Antrag auf EM-Rente geben.

Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren)

- Die letzte ausgeübte Tätigkeit ist von Bedeutung - nicht nur für die vor 1961 geborenen Antragsteller.
- Die Berücksichtigung des Arbeitsalltag ist zwiespältig: die tatsächlich zuletzt ausgeführte Tätigkeit ist nur ein Anhaltspunkt für die Beurteilung des Leistungsbildes. Auch wenn der Antragssteller die letzte Tätigkeit nicht mehr ausführen kann, so besteht evtl. die Möglichkeit, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzunehmen, die geringere Anforderungen an die Belastbarkeit stellt.
- Arbeitsmarkt - Der „allgemeine Arbeitsmarkt“ ist ein theoretisches Konstrukt, in der Leistungsbeurteilung werden damit in erster Linie Tätigkeiten mit geringsten Ansprüchen an die Leistungsfähigkeit gemeint⁴⁴. Den Experten ist bewusst, dass solche Tätigkeiten (Pfortner, Museumsaufsicht, usw.) zwar theoretisch existieren, dass aber der Versicherte u. U. kaum die Möglichkeit hat, eine solche Tätigkeit aufzunehmen.
- Arbeitslosigkeit - Das Vorhandensein bzw. das Fehlen eines Arbeitsplatzes kann die Entscheidung beeinflussen. So ist Rehabilitation vor allem dann sinnvoll und möglich, wenn ein konkreter Arbeitsplatz berücksichtigt werden kann. Ist der Versicherte schon länger aus dem Arbeitsprozess, dann haben Rehabilitationsmaßnahmen wenig Aussicht auf Erfolg, so die Experten.
- Alter – Bei sehr jungen Antragsstellern werden die Kosten einer langfristig zu zahlenden Rente bedacht. Zudem wird von einer günstigeren Erfolgsprognose einer Reha-Maßnahme ausgegangen. Bei älteren Versicherten kann die Frage im Raum stehen, ob eine Rehabilitation noch „rechtzeitig“ zum Erfolg führen kann.
- Andere Faktoren wie die Familiensituation oder Teilzeitbeschäftigung scheinen keine Rolle zu spielen, bzw. werden von den Interviewpartnern explizit ausgeschlossen.
- Bei der Berücksichtigung von Kontextfaktoren sind zwei Denkrichtungen nachvollziehbar. *Einerseits* gehen die Sozialmediziner davon aus, dass Kontextfaktoren das Befinden und die Befindlichkeit des Antragstellers beeinflussen, d. h. dass z. B. ein junger Mensch mit stabilem sozialen Netzwerk eine Krankheit leichter bewältigt und sich besser fühlt, als es ein alter Mensch täte. *Andererseits* beeinflussen die Kontextfaktoren die Entscheidung der Sozialmediziner in dem Sinne, dass etwa Aufwand und Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen durchaus auch im ökonomischen Sinne abgewogen werden: ist der Antragssteller so jung, dass sich die Reha noch lohnt, gibt es einen Arbeitsplatz, auf den sich die Reha beziehen kann, usw.

⁴⁴ „Ergebnisse berufskundlicher Ermittlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund
Berufskundliche Ermittlungen im Zeitraum 2003 bis 2006 bei Industrieunternehmen haben zu dem Ergebnis geführt, dass in der Bundesrepublik Deutschland eine nennenswerte Anzahl (mehr als 300) von körperlich leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bzw. der unteren Anlernenebene existiert. Diese Arbeitsplätze sind in der Metall- und Elektroindustrie, in der Kunststofffertigung und in der Spielzeugherstellung vorhanden.“
(http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_240ANL2, Zugriff: 20.01.2011)

Gerechtigkeitserwägungen (u. a. ökonomische Aspekte)

- Für die Experten ist es wesentlich, bei der Verteilung der Ressourcen Gerechtigkeit gegenüber dem Einzelnen ebenso wie gegenüber der Versichertengemeinschaft zu üben. Dabei wird auch der Aspekt erwähnt, dass den Beitragszahlern die Entscheidungen, bestimmten Menschen Renten zu gewähren, vermittelbar sein sollten.
- Kosten der Rente z. B. gemessen am Alter des Antragssteller werden in diesem Zusammenhang betrachtet.

Dokumente

- Qualität und Plausibilität der Gutachten sind von hoher Bedeutung
- andere vorhandene Dokumente: über den Nutzen und die Vertrauenswürdigkeit verschiedener Dokumententypen herrscht unter den Experten keine Einigkeit. So werden hausärztliche Befundberichte von einigen kritisch gesehen, weil keine Unabhängigkeit gegeben ist; andere heben die Vertrautheit des Hausarztes mit der gesamten Lebenslage des Patienten hervor; einige bewerten Reha-Entlassungsberichte eher positiv, weil sie auf Testverfahren und der Beobachtung über einen längeren Zeitraum beruhen, andere sehen sie eher kritisch wegen der Alltags- und Berufsferne.
- **Prüfarzt/Gutachterpersönlichkeit**
- *Fachrichtung* des Prüfarztes: Mehrfach wird betont, dass „große Fächer“, die den ganzen Menschen im Blick haben, günstig sind. Die Meinungen, ob die Fachrichtung sich auch in „Strenge“ oder „Milde“ äußert, ist in den Interviews gemischt. Einerseits werden Psychiater als empathischer dargestellt und Chirurgen z. B. als strenger, andererseits wird der Einfluss bestritten. Durchgehend wird aber darauf verwiesen, dass psychiatrisch begründete Anträge mehr Aussicht auf Erfolg haben.
- *Fachwissen* des Prüfarztes: Neben dem medizinischen Fachwissen im engeren Sinne, also den Kenntnissen über Diagnostik, Verlauf und Prognose bestimmter Erkrankungen, sind hier auch Erfahrungen als Gutachter und als Prüfarzt gemeint.
- Der Einfluss des *Geschlechtes*: der entscheidenden Person wird von den Gesprächspartner bestritten; in unserem kleinen Sample deutet sich aber implizit an, dass Frauen zu strengeren Entscheidungen neigen.
- Schließlich wird übereinstimmend angenommen, dass es „strengere“ und „mildere“ Prüfarzte gibt, ein Einflussfaktor, den es zu kontrollieren gelte.

5.2 Ergebnisse der Aktenanalyse: Dokumente als Grundlage der Entscheidung

5.2.1 Der Aufbau (Gliederung) der Akte

Entsprechend der von der Forschungsgruppe durchgeführten Aktenanalyse sind die Akten wie folgt aufgebaut:

- Die Akten sind in der DRV Bund **chronologisch** nach Eingang oder Bearbeitung in der DRV geordnet. D. h. das unter Umständen ein älteres Dokument (z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Arztbriefe usw.), das nachträglich eingegangen ist, dementsprechend an der „falschen“ Stelle erscheint. Die Seiten sind von Hand nummeriert und zwar fortlaufend durch alle vorfindlichen Dokumente, die unter

Umständen noch einmal in sich nummeriert sind. Grundsätzlich gibt es im Rentenantragsverfahren die Reihenfolge: Erstantrag, bei Ablehnung Widerspruchsverfahren, bei weiterer Ablehnung Sozialgerichtsverfahren (für letzteres wird eine Nebenakte angelegt). Oder nach einem bewilligten Erstantrag folgt ein Antrag auf Weiterzahlung.

- Jeweils am **Anfang** eines Verfahrensabschnittes (Erstantrag, Widerspruch, Antrag auf Weiterzahlung usw.) befinden sich die Unterlagen, die der Antragssteller eingereicht hat (Antrag, Widerspruchsschreiben, Klageschrift usw. mit den hinzugefügten Unterlagen wie Zeugnisse, Personendokumente, medizinische Unterlagen).
- Das **Antragsformular** für die Erwerbsminderungsrente (R 210) beinhaltet nur einen kleinen Raum für die Angaben zu den Gründen. Hier sind meist die wichtigsten Diagnosen stichwortartig angegeben. Der Antrag gibt dem Versicherten wenige Möglichkeiten, zu seiner Erkrankung Stellung zu nehmen. Einige Versicherte legen Blätter dazu, in denen sie ihre Krankengeschichte schildern. Gelegentlich findet man daneben Briefwechsel zwischen DRV und Versichertem. Aufschlussreich innerhalb des Antragsformulars ist oftmals die Rubrik, in der der Antragssteller seine berufliche Laufbahn tabellarisch aufführt. Hier werden die Tätigkeiten im jeweiligen Zeitraum angegeben und auch der Grund der Aufgabe einer Tätigkeit, z. B. Krankheit, aber auch Schließung der Firma.
- Ebenfalls am Anfang jedes Verfahrensabschnittes befinden sich **Verwaltungsteile**, z. B. bezüglich des Versicherungsverlaufs (Versicherungskonto).
- Es folgen in unterschiedlicher Reihenfolge: Befundanforderungen durch den zuständigen Prüfarzt, ärztliche Unterlagen, Krankenhausentlassungsberichte usw., Briefwechsel mit dem Versicherten, Bescheide usw.
- Der **Befundanforderung** kann entnommen werden, welche Information der jeweilige Prüfarzt für notwendig befindet: hausärztliche oder fachärztliche Befundberichte (d. h. Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, die der Antragssteller im Antrag angegeben hat, oder fachärztliche Gutachten durch Gutachter, die von der DRV bestimmt werden). Den Befundanforderungen kann auch entnommen werden, welche der bereits vorliegenden Unterlagen gegebenenfalls einem externen Gutachter zur Verfügung gestellt werden.
- Am Ende eines Verfahrensabschnitts befindet sich jeweils das Formblatt (R 3301 SB) mit der **sozialmedizinischen Beurteilung**, d. h. der konkreten Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes bezogen auf die letzte Tätigkeit und auf den allg. Arbeitsmarkt, sowie Angaben zu evtl. vorliegenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, die zu berücksichtigen sind. Es folgen die abschließenden

Dokumente durch die Verwaltung: Entscheidungsvorlagen, Anschreiben an den Versicherten mit Bewilligung oder Ablehnung.

Bei den Regionalträgern, die an der Untersuchung teilnahmen, sind medizinische und Verwaltungsakte getrennt. In den Akten, die der Forschungsgruppe dort vorlagen, waren dementsprechend nur medizinische Dokumente, nicht aber Verwaltungsunterlagen enthalten.

Im Zusammenhang mit der Fragestellung des Projektes sind insbesondere die **medizinischen Unterlagen** von Interesse. Die folgenden Dokumente liegen in den verschiedenen Akten vor:

1. Haus- oder fachärztliche Befundberichte

Die Befundberichte liegen auf einem Formblatt der DRV vor (blauer Rand), in den die Diagnosen, die Therapie und Prognose, die Epikrise und die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsbildes (quantitativ und qualitativ) vorgegeben sind. Diese Befundberichte sind meist stichwortartig gehalten, gelegentlich sind Computerausdrucke der Patientenakte in die entsprechenden Felder des Formulars eingeklebt. Die letzte Konsultation und die Häufigkeit der Konsultationen werden im Formular abgefragt. Hat der AS den Arzt regelmäßig aufgesucht und in welchem zeitlichen Abstand? Ebenso wird ausdrücklich nach einer Verbesserung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten gefragt. Verschiedenen ärztlichen Befundberichten liegen Kopien weiterer medizinischer Unterlagen bei: Arztbriefe anderer behandelnder Ärzte, Krankenhausentlassungsberichte, Laborbefunde, Befunde bildgebender Verfahren und anderer technischer Untersuchungen (Lungenfunktion, EEG usw.) Den beiliegenden Verwaltungsunterlagen zur Abrechnung ist zu entnehmen, dass ein Befundbericht jeweils mit 25€ vergütet wird.

2. Fachärztliche Gutachten

Deckblatt und Schlussblatt der Gutachten sind Formblätter der DRV, in der die Epikrise in der üblichen Form (wie R 3301 SB) eingetragen werden kann. Dazwischen findet sich freier Text. Üblicherweise beginnt das Gutachten mit einem Referat der zur Verfügung gestellten Unterlagen. Wenn keine Unterlagen zu referieren sind, dann beginnt das Gutachten mit der Anamnese. Die dokumentierte Anamnese ist durch die fachärztliche Ausrichtung bestimmt. Eine allgemeinmedizinische Anamnese mit Erkrankungen in der Familie, Kinderkrankheiten, durchlittenen Erkrankungen, Unfällen, Operationen, Medikamenteneinnahme, Konsum von Alkohol und Nikotin ist stets zu finden. Der sozialmedizinischen Fragestellung wird durch eine Sozial- und Berufsanamnese Rechnung getragen. Hier findet man innerhalb der Gesamtkarte oft die ausführlichsten Angaben über die Biografie des AS, die z. B. im Antragsformular nur sehr reduziert aufgeführt sind. Die Familienverhältnisse und die Bildungs- sowie die Berufsbiografie werden hier angegeben. Psychiatrische Gutachten enthalten hier sehr viel ausführlichere Angaben, da eine biografische Anamnese erhoben wird, die in orthopädischen Gutachten ausbleibt. Es folgen die körperlichen und gegebenenfalls die psychiatrischen Untersuchungsergebnisse, die mit der Beschwerdebeschreibung des AS beginnen. Hier wird wiedergegeben, was der AS beim Gutachter vorträgt. Einige Gutachten enthalten die von den Experten als sehr nützlich bewerteten Angaben zur Alltagsbewältigung. Die der Forschungsgruppe vorliegenden orthopädischen und psychiatrischen Gutachten enthalten dann stets Angaben zum Allgemein- und Ernährungszustand und einen grob orientierenden internistischen Status des Patienten (Blutdruck, Puls, Palpationsbefund Abdomen und dergleichen). Ausführlich wird die fachärztliche Befunderhebung dokumentiert. Beim Orthopäden erfolgt dies meist mittels quantifizierter Beweglichkeits- und Belastbarkeitsmaße, Auswertung bildgebender Verfahren und anderer standardisierter Tests. In psychiatrischen Gutachten wird regelmäßig das Ergebnis einer neurologischen Untersuchung vorangestellt, dann folgen die Ergebnisse der psychiatrischen Exploration bezüglich Orientierung, Stimmung, Schwingungsfähigkeit usw. Die Untersuchungsergebnisse resultieren in Diagnosen, die in den meisten Fällen mit der ICD 10 Kodierung versehen sind. In der Epikrise werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst. Hier kommt es zur abschließenden Bewertung der

Diagnosen und ihrer funktionellen Auswirkungen. Es wird ausdrücklich zur sozialmedizinischen Fragestellung der Erwerbsfähigkeit Stellung genommen. Diagnose und Epikrise werden in das Schlussblatt des Gutachtens übertragen, wo die Quantifizierung nach Stunden (<3, 3-6, >6h) erfolgt. Die eingesehenen Gutachten sind auch für den medizinischen Laien von erkennbar unterschiedlicher Qualität. So gibt es Gutachten mit offensichtlichen Nachlässigkeiten (AS ist im gleichen Gutachten mal ein Mann, mal eine Frau; mal normalgewichtig, dann aber schwer adipös; in der frei formulierten Epikrise wird vollschichtige Erwerbsfähigkeit angegeben, auf dem Schlussblatt aber nur 3-6h, usw.), andere machen einen sehr sorgfältigen Eindruck.

3. Reha-Entlassungsberichte

Die Reha-Entlassungsberichte sind formal den fachärztlichen Gutachten sehr ähnlich. Sie enthalten ebenfalls Anamnese, Befunde, Diagnose, Prognose, Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung. Daneben ist hier von Interesse, dass es zu Beginn der Reha jeweils eine Festlegung der Reha-Ziele gibt, zu denen sich auch der Rehabilitand zu äußern hat. Auch seine Motivation und sein Engagement in der Reha werden beurteilt. Daneben wird ein KTL aufgeführt und der Verlauf der Reha dokumentiert. Der Bericht gibt schließlich Auskunft über die Reha-Ergebnisse. Schließlich erfolgt wiederum auf dem einschlägigen Formblatt die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit.

4. Gutachten anderer Träger

Sozialmedizinische Gutachten des MDK oder der BG oder der BA zur Frage der Arbeitsunfähigkeit, zu Arbeitsunfällen oder anderen Fragestellungen. Hier ist zu berücksichtigen, dass es sich um ärztliche Stellungnahmen zu anderen Fragestellungen als der Erwerbsminderung handelt, sich alsoz. B. Arbeitsunfähigkeit jeweils auf den aktuellen Arbeitsplatz bezieht.

5. Andere ärztliche Unterlagen

Arztbriefe enthalten stark zusammenfassende Informationen meist von Fachärzten an den überweisenden Hausarzt mit Diagnosen, Therapieempfehlungen und Prognose. Sie enthalten keine sozialmedizinische Beurteilung, da sie in aller Regel außerhalb des Rentenantragsverfahrens entstanden sind. Gleiches gilt für Krankenhausentlassungsberichte.

5.2.2 Der Begutachtungsverlauf eines Falles nach Aktenlage

Der Begutachtungsverlauf einer Akte beginnt – so das Ergebnis der Aktenanalyse – mit der **Informationssammlung**. Diese umfasst folgendes: vom Ausgangsstand ausgehend die Angaben, die der Antragssteller macht, dies sind mehr oder weniger klar bestimmte Beschwerden und Einschränkungen. Hierbei zeigen sich wesentlichen Unterschiede in Umfang und Detaillierungsgrad der Ausführungen. Einige Versicherte ergänzen das Formular durch zusätzliche Blätter, auf denen sie sich zu Erkrankungen, ihren Folgen und den Maßnahmen der behandelnden Ärzten äußern. Die Angaben des Versicherten sind gegebenenfalls bereits durch medizinische Unterlagen belegt, die der Antragssteller mit eingereicht hat.

Bezugnehmend auf diese Ausgangslage fordert der Prüfarzt nun **weitere Unterlagen** bzw. die Erstellung aktueller Gutachten an. Dies ist von Fall zu Fall und von Arzt zu Arzt unterschiedlich. Wie bereits im Gespräch mit den Experten deutlich wurde, gibt es Ärzte, die mehr Informationen einholen als andere. Das ist in den Akten vielfach nachvollziehbar, wenn z. B. ein psychiatrisches Gutachten eingeholt wird, obwohl keine psychiatrischen Beschwerden geltend gemacht werden. An dieser Stelle erfolgt bei den Regionalträgern die Entscheidung, ob die Aktenlage ausreicht oder eine Begutachtung erfolgen muss.

Neben den im engeren Sinne medizinischen Angaben stehen dem Prüfarzt zu diesem Zeitpunkt die Angaben des Versicherungsverlaufes, Angaben über die Berufsbiografie (sehr wenige Angaben im Antrag), beim Vorliegen psychiatrischer Gutachten ausführliche biografische Anamnesen und gelegentlich Anschreiben, Bilder usw., die der Antragssteller eingereicht hat, zur Verfügung. Inwieweit diese Daten im Sinne von „Kontextfaktoren“ einbezogen werden, kann mittels der Aktenanalyse nicht geprüft werden.

Beim Aktenstudium kann in einigen Einzelfällen nachvollzogen werden, welche der vorliegenden Dokumente die **Entscheidung** stützen, z. B. dann wenn in der Epikrise des Prüfarztes ausdrücklich darauf Bezug genommen wird, was leider nicht oft der Fall ist. In einzelnen Fällen kann man sehen, welche Einzelfakten im externen Gutachten als bedeutsam markiert werden, da diese beispielsweise durch Anstreichungen hervorgehoben wurden.

Liegen die angeforderten Unterlagen vor, dann trifft der Prüfarzt die Entscheidung und dokumentiert sie, meist ohne eine ausführliche **Begründung**, auf einem Formblatt. Dieser letzte Entscheidungsschritt ist durch das Formblatt hoch formalisiert und meist sind nur Ankreuzungen vorzufinden, selten eine direkte Bezugnahme auf vorliegende Unterlagen, selten auch eine ausformulierte Begründung. Den Experteninterviews ist zu entnehmen, dass das Fehlen einer ausdrücklichen Begründung durch den Prüfarzt in der Regel bedeutet, dass dem vorliegenden Gutachten gefolgt wird.

Die Entscheidung wird auf dem vierseitigen Formblatt R 3302 SB (DRV Bund) dokumentiert. Auf der ersten Seite ist für diese Untersuchung in erster Linie der Punkt Zwei von Interesse. Hier kann angekreuzt werden, welche medizinischen Unterlagen für die weiteren Ermittlungen anzufordern sind.⁴⁵ Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung findet sich auf der zweiten Seite unter Punkt 2 mit verschiedenen Unterpunkten. Hier kann vorwiegend per Ankreuzen dokumentiert werden. Es gibt zwei kleine Freitextfelder für die Beschreibung des Leistungsbildes und Gründe, warum nicht mit einer Besserung zu rechnen ist.

Auf der Seite 3 können mögliche Ursachen und Angaben zur Nachprüfung sowie zur Verbesserung oder Verschlechterung der Erkrankung angekreuzt werden. Ein größeres Freitextfeld gibt die Möglichkeit zu begründen, warum einem Gutachten nicht gefolgt wurde.

Seite 4 umfasst drei Freitextfelder. Im ersten können Begründungen, Hinweise und Stellungnahmen niedergeschrieben werden. Im zweiten sollen die herangezogenen medizinischen Unterlagen notiert werden. Das letzte Feld soll schließlich die Diagnosen umfassen, wie sie dem Versicherten mitgeteilt werden können.

In den älteren Teilen der Akten fanden sich Variationen dieses Aufbaus, auch bei den Regionalträgern fanden sich ähnliche Formblätter.

⁴⁵ Unter 1.2 kann der Prüfarzt ankreuzen, ob der Versicherte ohne weiteres Akteneinsicht erhalten kann, oder ob dies unter ärztlicher Beratung erfolgen sollte.

In den Fällen, in denen in der DRV Bund eine Stellungnahme durch einen psychiatrischen Referenten angefordert wurde, liegt diese fachärztliche Stellungnahme, meist von wenigen Zeilen bis höchstens eine A4-Seite vor. Diesen Stellungnahmen kann dann entnommen werden, auf welche Sachverhalte und Unterlagen die Entscheidung gestützt wird.

Die Analyse der insgesamt 130 Akten erwies sich insbesondere als wertvoll, um einen ersten Eindruck über die Art und Struktur der Akten, über die Verfahrensschritte und die geltend gemachten Leiden zu gewährleisten. Durch die Aktenanalyse waren die Mitglieder der Forschungsgruppe in der Lage in den Interviews, bei der Think-Aloud Methode und den retrospektiven Besprechungen qualifiziert zu fragen bzw. das Vorgehen der Prüfer im Verlauf der Aktenbearbeitung zu verfolgen und zu rekonstruieren. Die folgenden Fallbeispiele zeigen interessante Besonderheiten, wie sie für das Verständnis der weiteren erhobenen Daten hilfreich sein konnten.

Empirische Beispiele für verschiedene Strategien bei der Aktenarbeit:

→ Systematische Suche, allerdings unvollständig:

In der Akte 44 sucht die Prüferin sehr systematisch nach Informationen, anhand derer sie entscheiden kann, berücksichtigt aber eine versicherungstechnische Besonderheit (Leistungsfall und Versicherungszeiten) des Falles nicht. Im Widerspruchsverfahren sucht sie wiederum systematisch nach Informationen, die diese spezielle Fragestellung (Leistungsfall, also Beginn der Erwerbsminderung) aufklären können.

→ Zahlreiche gleichlautende externe Gutachten. Problem, dass die Antragsstellerin nicht locker lässt

In der Akte 52 fällt auf, dass neben den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen durch behandelnde Ärzte insgesamt drei orthopädische Gutachten innerhalb von 2 ½ Jahren angefordert werden (eines davon allerdings durch das Sozialgericht). Keines der Gutachten ergibt etwas Neues, alle sprechen sich gegen die Berechtigung des Rentenbegehrens aus. Daneben wird ein psychiatrisches Gutachten angefordert, dessen Sinn unklar bleibt, da die AS keine psychischen Beschwerden angibt.

→ Vorgeschichte bei anderem Leistungsträger

In der Akte 53 ist nachvollziehbar, dass GKV und DRV unterschiedliche Kriterien zu berücksichtigen haben. Aufgrund einer längeren AU prüft die GKV deren Berechtigung wiederholt und initiiert dann einen Rentenantrag. Die Ärzte der DRV lehnen diesen ab, da die

Versicherte zwar in der letzten Tätigkeit, nicht aber bezogen auf den allg. AM erwerbsgemindert ist.

→ *Revision der Entscheidung durch DRV-Facharzt*

Im Fall 81 ist die Aktenlage widersprüchlich (ein Gutachter bescheinigt volle Erwerbsminderung, eine Gutachterin dagegen teilweise Erwerbsfähigkeit unter Hinweis auf die nicht ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten) und die Prüfärztin zieht einen psychiatrischen Referenten der DRV zur Entscheidung im Widerspruchsverfahren hinzu. Dieser berücksichtigt offensichtlich das andere Gutachten als die Prüfärztin und entscheidet nun zu Gunsten des Antragsstellers.

→ *Eindeutige Entscheidung, klarer Fall*

Akte 1 zeigt so etwas wie einen „klaren Fall“: der Antragssteller hatte einen Motorradunfall mit einer schweren Beckenverletzung. Am Ende der Rehabilitation wird ihm noch praktisch volle Erwerbsfähigkeit bescheinigt, dennoch verliert er seinen Arbeitsplatz. Zwei Jahre nach dem Unfall ist die Verletzung nicht ausgeheilt, er nimmt starke Schmerzmittel und Psychopharmaka, hatte inzwischen einen Hörsturz mit Folgeerscheinungen. Die Rente wird für zwei Jahre bewilligt und auf die Möglichkeit einer weiteren operativen Korrektur des verletzten Hüftgelenks hingewiesen.

5.3 Ergebnisse aus Interviews, Think-Aloud und retrospektiven Besprechungen

Die Aktenanalyse ermöglichte einen ersten Einblick in den Begutachtungsprozess und zeigte einige bereits identifizierbare Strategien der Prüfärzte im Rahmen der Begutachtung auf, wie z.B. die Suche nach weiteren Informationen, der Einbezug der Vorgeschichte und das Vorgehen bei klaren Fällen etc. Der Begutachtungsprozess mit seinen impliziten Heuristiken, mit den iterativen Suchstrategien der Prüfärzte und der sich verdichtenden Entscheidungskette bleibt jedoch weitestgehend im Dunkeln, auch da sich in den Akten nur begrenzt schriftliche Begründungen für die Voten finden. In diesem Zusammenhang erweisen sich die Think-aloud Befragungen und die retrospektiven Besprechungen als hilfreich um den Begutachtungsprozess in actu detailliert zu erfassen und damit rekonstruieren zu können.

5.3.1 Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen

Die Akten erreichen die Prüfärzte mit einer Vorlage der Verwaltung, die die jeweilige Fragestellung beinhaltet. Dies ist in der Regel die Beurteilung des Leistungsbildes, es kann

aber auch um die Überprüfung des Leistungsfalles oder andere eingegrenzte Fragestellungen gehen.

- In der Mehrzahl der Fälle, die uns zur Verfügung standen, reicht die Aktenlage bei dieser ersten Vorlage zu einer begründeten Entscheidung nicht aus und die Akte wird mit einer Zusammenstellung der benötigten Unterlagen an die Sachbearbeitung zurückgereicht.

Im Falle der Regionalträger kann hier auch die Entscheidung zu einer persönlichen Begutachtung fallen, so dass die Akte mit der Bitte um Einbestellung des Versicherten in die Untersuchungsstelle an die Sachbearbeitung geht. Dieses Entscheidungsstadium findet sich in mehreren TAM-Protokollen. In der folgenden Auflistung können die Begründungen entnommen werden, warum z.B. P18 in verschiedenen Fällen die Aktenlage für eine Entscheidung nicht für ausreichend hielt:

Fallbeispiel P18 – Gründe für weitere Ermittlungen

- die ärztlichen Unterlagen enthalten ICD10 Diagnosen, aber keine weiter gehenden Schilderungen der Befunde und der daraus resultierenden Leistungsbeeinträchtigungen
- die Angaben wirken spekulativ
- es liegen keine objektiven Daten vor, die angegebenen Daten scheinen für eine Entscheidung nicht geeignet
- es gibt keine Angaben, wie stark ausgeprägt eine funktionelle Beeinträchtigung ist, es liegen zwar qualitative Angaben vor, aber keine Quantifizierungen
- Angaben über die Auswirkungen der Beeinträchtigung auf den Tagesablauf und das soziale Leben des Versicherten fehlen

Andererseits kann bereits bei dieser ersten Vorlage die Aktenlage ausreichend sein, (vgl. Beispielfall P5/TAM6, Anhang I), hier betont die Prüffärztin ausdrücklich, dass die anstehende Entscheidung – es handelt sich um die Verlängerung einer befristeten Rente – trotzdem anhand des vorgelegten Befundberichtes getroffen werden kann.

5.3.2 Beurteilung der medizinischen Dokumente

Die Mehrzahl der vorliegenden Think-aloud-Fälle und retrospektiven Besprechungen bezieht sich auf Fälle, die dem jeweiligen Arzt bereits vorgelegen haben und wo bei der ersten Vorlage bestimmte Unterlagen von den Behandlern angefordert bzw. Gutachten ausgelöst wurden. In den meisten Fällen war den Prüffärzten die Akte aus der vorherigen Vorlage bereits bekannt, es gibt aber auch einige Fälle, wo sich der Prüfarzt bei dieser erneuten

Vorlagen ganz neu in der Akte orientieren muss. Der formale Aufbau der Akten kann Kapitel 5.2.1 zur Aktenanalyse entnommen werden. Für die sozialmedizinische Entscheidung ziehen die Prüfer in erster Linie die medizinischen Unterlagen heran (vgl. Kerstholt et al 2009, Kapitel 2 dieses Berichts). Die gegebenenfalls vorliegenden Verwaltungsunterlagen und andere Dokumente werden von verschiedenen Prüfern in sehr unterschiedlichem Maße berücksichtigt. Für die Beurteilung der medizinischen Dokumente konnten folgende Kriterien rekonstruiert werden.

1. Haus- oder fachärztliche Befundberichte

→ Die Einschätzung der Prüfer bezüglich der ärztlichen Befundberichte variiert sehr stark. Einerseits wird diesen ein hoher Stellenwert zugeschrieben, da ein Hausarzt den Gesundheitszustand des Versicherten als Ganzes überschauen kann und den Versicherten auch in seiner sozialen Situation am besten kennt. Auf der anderen Seite wird von zahlreichen Prüfern die Neutralität der Befundberichte in Zweifel gezogen. Der Behandler sei dem Patienten verpflichtet und schreibe deshalb in seinem Sinne. Schließlich beklagen die Prüfer, dass viele Befundberichte nicht sehr sorgfältig bearbeitet sind und geben zu bedenken, dass man „nicht Torte erwarten könne, wenn Schwarzbrot bezahlt wird“ (Zitat Interview P8).

2. Fachärztliche Gutachten

→ Die Gutachten nehmen bei der Leistungsbeurteilung eine zentrale Stellung ein. Da es sich in der Regel um fachärztliche Stellungnahmen zu exakt der Fragestellung handelt, die es zu entscheiden gilt, wird sowohl die medizinische Kompetenz des Gutachters als auch die Passgenauigkeit seiner Ausführungen schon rein formal als gut eingeschätzt. Eine Rente abzulehnen, insbesondere eine befristete Rente abzuerkennen geht aus der Sicht der Prüfer nur mit einem Gutachten, das damit bezogen auf seine Wertigkeit über allen anderen Unterlagen steht. Dennoch werden die Gutachten von den Prüfern jeweils einer Prüfung unterzogen, die sich nach bestimmten Kriterien richtet. Vor allem im Vergleich zwischen den regional organisierten Trägern und der DRV Bund fällt auf, dass es für die Beurteilung eines Gutachtens von großem Vorteil ist, wenn der Prüfer den Gutachter kennt. Dies ist bei der DRV Bund eher selten der Fall. In einigen Interviews wird zwar erwähnt, dass es bestimmte Gutachter gibt, von denen eine bestimmte Gutachtenqualität erwartet wird. Dies bezieht sich in der Regel nicht auf eine persönliche Bekanntschaft oder eine frühere Zusammenarbeit zwischen Gutachter und Prüfer, sondern eher auf Erfahrungen

mit früheren Gutachten. So werden von den Prüfern Gutachter erwähnt, die grundsätzlich zu Ungunsten der DRV urteilen, andere bescheinigen regelmäßig Erkrankungen, die in der fachlichen Diskussion insgesamt eher als exotisch gelten (P6 spricht beispielsweise von einem „Vergiftungspapst“). Bei den Regionalträgern kommt es durchaus vor, dass Gutachter und Prüfer persönlich bekannt sind. In solchen Fällen wird dies in den Think-Aloud Protokollen erwähnt: dieser Gutachter ist persönlich bekannt, seinem Urteil kann man vertrauen bzw. nicht vertrauen. Die Prüfer, die sich so äußern, erklären dies als ausgesprochenen Vorteil der regionalen Organisation. Einigen Gutachten ist anzumerken, dass sie im Wesentlichen von einem Assistenzarzt in einer Klinik erstellt wurden, und der Chefarzt, der nominell der Gutachter ist, den Versicherten nicht wirklich untersucht hat. In diesen Fällen sind die Prüfer ausgesprochen skeptisch, da das Gutachten de facto nicht von einem Facharzt stammt (z. B. P6 Retro7). Ein anderer spezieller Fall liegt vor, wenn ein Prüfer in einem fortgeschrittenen Verfahrensstadium ein Gutachten aus der eigenen Untersuchungsstelle vorfindet. Die Gutachten der eigenen Kollegen genießen höchstes Vertrauen, da sie von einem Sozialmediziner erstellt wurden. Schließlich sind in den Klageverfahren die Gutachten zu unterscheiden, die nach §106 oder aber nach §109⁴⁶ in Auftrag gegeben wurden. Im Falle von §106 bestimmt das Gericht den Gutachter, im Falle von §109 benennt der Kläger einen Gutachter seines Vertrauens. Die Gutachten nach §109 können, so die Prüfer, mit dem Makel fehlender Neutralität behaftet sein. Im Wesentlichen werden Gutachten nach bestimmten inhaltlichen Kriterien beurteilt. So wird darauf Wert gelegt, dass

⁴⁶**§ 106 SGG**

[Aufklärungspflicht des Vorsitzenden]

(1) Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, daß Formfehler beseitigt, unklare Anträge erläutert, sachdienliche Anträge gestellt, ungenügende Angaben tatsächlicher Art ergänzt sowie alle für die Feststellung und Beurteilung des Sachverhalts wesentlichen Erklärungen abgegeben werden.

(2) Der Vorsitzende hat bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen zu treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen.

(3) Zu diesem Zweck kann er insbesondere

1. um Mitteilung von Urkunden ersuchen,
2. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder beiziehen,
3. Auskünfte jeder Art einholen,
4. Zeugen und Sachverständige in geeigneten Fällen vernehmen oder, auch eidlich, durch den ersuchten Richter vernehmen lassen,
5. die Einnahmen des Augenscheins sowie die Begutachtung durch Sachverständige anordnen und ausführen,
6. andere beiladen,
7. einen Termin anberaumen, das persönliche Erscheinen der Beteiligten hierzu anordnen und den Sachverhalt mit diesen erörtern.

§ 109 SGG

[Anhörung eines bestimmten Arztes]

(1) Auf Antrag des Versicherten, des Behinderten, den Versorgungsberechtigten oder Hinterbliebenen muß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden. Die Anhörung kann davon abhängig gemacht werden, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgültig trägt.

Befunde, Diagnosen und epikritische Beurteilung „schlüssig“ zueinanderpassen. Die ICD 10 Codes der Diagnosen und die quantitative Leistungsbeurteilung sind auf den letzten Seiten des Gutachtens zu finden, so dass vielfach die Lektüre des Gutachten hier beginnt und, wenn Diagnosen und Beurteilung nachvollziehbar zueinander passen, auch gleich wieder endet. Eine detailliertere Prüfung auch der Befunde erfolgt nicht in jedem Fall. Wenn dies geschieht, dann greifen wiederum bestimmte Beurteilungskriterien. So umfasst ein gutes orthopädisches Gutachten beispielsweise exakte Beobachtungs- und Messdaten zur Beweglichkeit und Belastbarkeit des Bewegungsapparates. In diesem Zusammenhang wird von vielen Prüfärzten auf die Beobachtungen abgehoben, die am Rande der Begutachtungssituation erfolgen, wenn der Patient sich noch quasi unbeobachtet fühlt. Ausdrücklich wird im Falle orthopädischer Gutachten auch der Zustand von Hilfsmitteln und Schuhwerk genannt, der von einem „guten“ Gutachter zur Kenntnis genommen und im Gutachten mitgeteilt wird. Es können Detailangaben sein, die eine tatsächliche Beurteilung überhaupt erst ermöglichen, z. B. bei Problemen an einer Hand die „Händigkeit“ des Patienten (vgl. Beispielfall P11/TAM3, Anhang J).

Bei psychiatrischen Gutachten nennen die Prüfärzte eine ausführliche Anamnese des Tagesablaufs und einen detaillierten psychopathologischer Befund als Qualitätsmerkmale. Auch plausible Festlegungen des Schweregrades einer psychischen Erkrankung sind günstig, dagegen ist es problematisch, wenn etwa eine Depression als „schwer“ bezeichnet wird, es aber keinen Hinweis auf eine dementsprechende Therapie, einen stationären Aufenthalt usw. gibt. Geschätzt werden in Gutachten aller Fachrichtungen spezifische Beschreibungen und exakte quantitative Angaben z. B. zu Funktionseinschränkungen, Therapie (Medikamente, Psychotherapie). Im Idealfall wird ein Gesamtbild hergestellt, dass sich aus möglichst detaillierten und relevanten Einzelinformationen zusammensetzt. Dabei spielt die Quantität keine Rolle, auch sehr kurze Gutachten können sehr „gut“ sein, längere dagegen können durch irrelevante Daten aufgebläht sein. Ein Beispiel für die Beurteilung des Gutachtens als „schlecht“ bietet der Beispielfall P11/TAM 3 (Anhang J).

3. Reha-Entlassungsberichte

- ➔ Reha-Entlassungsberichte werden in ihrer Wertigkeit für die Leistungsbeurteilung unterschiedlich eingeschätzt. Grundsätzlich wird positiv beurteilt, dass der jeweilige Bericht das Ergebnis einer mehrwöchigen Beobachtungszeit ist. Ein Reha-Entlassungsbericht kann insofern das Zünglein an der Waage sein.

Andererseits beklagen die Prüfarzte auch hier die oftmals mangelhafte Qualität der Berichte, die z. T. aus Textbausteinen zusammengestellt sind und vielfach vor allem als Legitimationsinstrument der Reha-Einrichtung fungieren. Schließlich wird beklagt, dass die Mitarbeiter der Reha-Kliniken offenbar nicht immer die sozialrechtlichen Konsequenzen ihrer Voten einschätzen könnten. So sei vielen nicht klar, dass das quantitative Votum 3-<6h bei einem arbeitslosen Versicherten zu einer vollen EM-Rente führe. Was also als Kompromisslösung im Sinne einer Teilzeitbeschäftigung gedacht sein, führe letztlich zur endgültigen Aussteuerung des Versicherten aus dem Arbeitsmarkt.

4. Gutachten anderer Träger

- Die Gutachten werden durchweg als zuverlässig bewertet, allerdings unter der Maßgabe, dass darin für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung andere Kriterien angelegt werden als bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Im Gegensatz zu diesen Unterlagen aus anderen Sozialversicherungsträgern scheinen Beurteilungen durch Gesundheitsämter wenig Vertrauen zu genießen.

5. Andere ärztliche Unterlagen

- Mehrfach wird zu Arztbriefen und Krankenhausentlassungsberichten angemerkt, dass es von Vorteil ist, dass diese Berichte außerhalb des Rentenverfahrens entstanden sind und daher als besonders neutral bewertet werden können. Da es sich um Berichte von Spezialisten an den Dauerbehandler handelt, wird auch in diesem Sinne besondere Objektivität angenommen, da bei einem einmaligen Facharztbesuch keine enge Arzt-Patienten-Bindung zustande kommt wie beim Hausarzt.

Von Nachteil ist hier, dass es praktisch keine Funktionsdiagnosen gibt, dass also nur die ICD 10 Diagnosen belegt werden können.

Die Beurteilung der medizinischen Unterlagen, der Abgleich zwischen verschiedenen Stellungnahmen und auch zwischen der eigenen Auffassung vom vorliegenden Fall und den vorliegenden Stellungnahmen ist ein zentraler Teil der ärztlichen Tätigkeit im sozialmedizinischen Dienst der DRV.

5.3.3 Verfahrensarten

Die in der Untersuchung bearbeiteten Akten bilden nur einen Ausschnitt der Gesamtheit der Akten zu Erwerbsminderungsrenten ab. Unser empirisches Material bezog sich auf

unterschiedliche Stadien und Arten von Erwerbsminderungsrenten. Dies waren im Einzelnen: Erstanträge, die den größten Anteil unseres Materials ausmachen, gefolgt von Widerspruchsverfahren, Verlängerungen von Zeit-EM-Renten, Klageverfahren, Umdeutungen von Reha-Anträgen nach §116 SGB 6. Vereinzelt lagen uns Witwen- oder Waisenrenten vor (vgl. Abbildung 9).

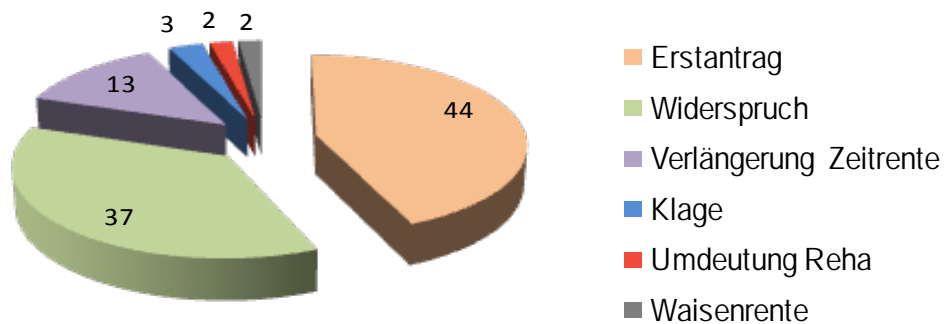


Abbildung 9: Differenzierung der Fälle nach Verfahrensarten (N = 101)

Noch bevor sich die Prüfärzte den medizinischen Unterlagen inhaltlich zuwenden, erfolgt in aller Regel eine grobe Orientierung über den Fall. Zu Beginn wird als erstes der Stand des Verfahrens geprüft. Einige Prüfärzte tun dies systematisch zu Beginn des Arbeitstages für alle ihnen vorliegenden Akten und sortieren sie nach diesem Ordnungskriterium. Auf diese Weise werden die Akten in eine individuell gewünschte Reihenfolge gebracht oder es wird eine persönliche Statistik über die Art der bearbeiteten Akten geführt. Insbesondere bezüglich der Intensität der Informationsbeschaffung wird in den verschiedenen Verfahrensarten unterschiedlich vorgegangen.

Nach dieser ersten Orientierung variiert die Art der Bearbeitung sehr stark entsprechend zur Art der Akte. So geben einige Prüfärzte ausdrücklich an, die verschiedenen Stadien des Rentenverfahrens unterschiedlich zu bearbeiten, wie folgender Interviewausschnitt verdeutlicht.

Interviewausschnitt P10⁴⁷ zum Thema „verschiedene Aktentypen: man lernt ein effektiveres Herangehen“

I: Wie gehen sie vor; wo fangen sie an, wo machen sie weiter; wo hören sie auf;

P10: Ist unterschiedlich nach (.) Aktentyp will ich jetzt mal sagen; ja? n Rentenantrag die drei großen Gruppen; sagen wir jetzt mal Rentenanträge Widersprüche Klagen; ne? äh bei der Klage rollen wir es mal von hinten auf, äh schaue ich nach meinem letzten Votum, ich schaue da steht meistens auch dann bei der Vorlage noch n bisschen was von der Sachbearbeitung mit dabei; und guck mir an was ist da jetzt in den auf den letzten Seiten gelaufen, ist jetzt n

⁴⁷ Interview P10, Ausschnitt: #00:08:40# bis #00:29:50#

Gutachten gekommen; sind s Befundberichte vom Gericht; dass ich einfach erst mal ne Sortierung habe; guck mir das letzte an was ich geschrieben habe; und ähm gucke dann ob das eigentlich schon reicht; weil das sind in der Regel Zwei- Dreibänder und wenn man die jedes Mal anfangen will dann ist der Tag gelaufen; ja also da lernt man einfach im Lauf der Zeit n effektiveres Herangehen; und wenn das nicht der Fall ist; jetzt bei Leistungsfall=äh=klagen; dann muss man natürlich auch da; fängt man fast jedes Mal wieder von vorne an, weil die Fragestellungen jedes Mal wieder anders sind; und ähm ja also da ist also ich denke mal wo man von hinten anfängt; beim Rentenantrag, da sind ja in der Regel nicht so die (.) schlimmen Sachen fang ich wirklich von vorne nach hinten an; von der ersten Seite, einfach das ich möglichst auch die Details hier erfasse, äh und nichts übersehe, was für diese Entscheidung von Bedeutung ist, und äh das ist einmal diese diese ganzen Rentenformulare was zur Rentenantragstellung mit dazu gehört, die wirklich noch mal genau anzugucken; dann zu gucken, was ist eventuell schon da? wenn ich nichts also wenn ich schon was angefordert habe und äh reicht das für eine Entscheidung schon; ja oder nein; ich habe schon immer, also nicht erst im letzten Jahr ist das ja nochmal verstärkt gefordert worden; so diese Behandler mit einzubeziehen, so die A und B Stellen Ärzte das haben sie ja vielleicht bei den anderen schon bemerkt, Gutachten; weg; fertig; ja? also ich sag das sind die Leute die den Versicherten am besten kennen, und äh wenn wir die Akten zum Rentenantrag bekommen hole ich zumindest immer vom Hausarzt und von dem vordringlichsten Facharzt was ein; dass man einfach erst Mal ne Orientierung hat zu den Informationen die der Versicherte gibt, was äh sehen die Behandler (.) vordergründig, das muss nicht immer unbedingt übereinstimmen, und äh auch was ist schon an Gutachten vielleicht äh bei anderen Stellen eingeholt worden; Reha-E-Berichte; Krankenhaus-E-Berichte; die in der Regel objektiver sind als alles was so von den Dauerbehandlern kommt, wo man oft Diskrepanzen mit dabei hat; und ja und gucke dann halt; also da versuche ich meistens mit einem Gutachten auszukommen; äh die Rentenanträge kriegen wir auch hier eher selten in dieser Form, weil die meistens über die A und B Stellen laufen, sondern wir bekommen die nach § 116, also diese Reha-Umdeutungen, wo wir eigentlich nur den Reha-E-Bericht haben und auf dessen Grundlage entscheiden (.) müssen, ja also es ist ganz ganz heikel; dass äh diese Festlegung getroffen ist; kein weiteren Ermittlungen; für Einzelfälle wo direkt schon drinne steht; ja hier wäre noch mal das und das erforderlich; aber die Order ist, und dadurch handeln wir uns Widersprüche ein die aus meiner Sicht vermeidbar sind aber das ist nicht so die Masse; meistens sind die relativ klar; und äh das zweite sind oder die dritte Gruppe sind noch diese abschlagsfreien Renten, also jetzt wegen Schwerbehinderung und EU, äh da versucht man auch mit möglichst Aufwand äh ne Entscheidung zu treffen und äh ja was haben wir sonst noch bei den Rentenanträgen; Waisen Witwen; das sind Einzelfälle, (...) Versorgungsehe, von uns allen herzlich und abgründig tief gehasst, (...) ja und bei den Widersprüchen, so dieser Stand dazwischen, dann äh ist es unterschiedlich na da kommst einfach auf den Schritt im Ablauf an; ist das ein ganz frischer Widerspruch; guckt man noch mal was war vorher drin was ist schon an Ermittlungen gelaufen, was wird zur Widerspruchsbeurteilung vorgebracht, ist irgendwas nicht vorher erwähnt worden, ist irgendwo noch nicht beachtet worden, ist hat sich was verschlechtert, ist was neu hinzu gekommen, äh checkt man das nach diesen, oft wird dann auch schon angegeben von welchem Arzt doch bitte noch mal was eingeholt werden soll, von den behandelnden Kollegen; das geht man dann auch zielgerichtet nimmt man natürlich (.) holt man das ein, ja; das geht relativ schnell, in der zweiten Stufe dann; wenn man das bekommt dann ist schon die ist ja die Frage dann schon ähm reicht das, für ne Entscheidung, mit dem was man vorher schon im Vorverfahren gehabt hat, oder braucht man noch ein Gutachten, und äh es gibt auch so Konstellationen wo man wenn man die Akte von vornherein schon hat also ist manchmal so, dann hol ich das nicht schon im Vorverfahren alles ein, (...) aber bei den anderen Widersprüchen ist es wo sich abzeichnet das wird nicht reichen, wenn sich ne Jahrgang 80 geborene wegen nes Fersensporns bei uns um ne Rente bewirbt äh dann mach ich nicht drei Gutachten; im Rentenvorverfahren; ja? und äh (5) da guck ich dann halt welche Gutachten erforderlich sind, fordere die noch mal an, und wenn die kommen dann ist es eigentlich meistens reif für ne Entscheidung; also wenn da jetzt nicht ausdrücklich nochmal in der in dem Gutachten was anderes empfohlen wird; und das wird zusätzlich noch durch Befundberichte durch die Widerspruchsbeurteilung so und der Widerspruchs hm sagen wir mal die Entscheidung dann dazu; da hab ich mir angewöhnt da noch mal die ganze Akte von vorne bis hinten durchzugehen; einfach um nichts zu übersehen, wir müssen ja dann auch noch angeben sagen was für die Entscheidung mit beigefügt worden ist, und in dem Moment wo man das aufschreibt, das hat man nicht alles so jetzt im Kopf; da Krankenhaus-E-Berichte; MDK Gutachten oder alle solche Dinge mit dabei sind; und äh und da geh ich einfach auch für mich systematisch hab ich mir so angewöhnt da von vorne nach

hinten noch mal durch, auch wenn das Zwei- oder Dreibänder sind, weil äh ich die Entscheidung ist ja nicht nur die für den Versicherten und über die Rente, sondern geh ich in die Klage damit oder nicht; also ich gehe nicht damit in die Klage, aber wie wahrscheinlich wird das dann und wie aussichtsreich ist das Ganze dann, sozusagen; bei einer Dreiundsechzigjährigen; wenn man ein bisschen Erfahrung hat wie die Gerichte ticken, da kann man kann die noch so gute vollschichtige Gutachten haben; auch in der Klage; (.) irgendwann (.) siegen dann andere Argumente, und das sind in der Regel nicht unsere und das äh sammelt man so seine Erfahrung im Lauf der Jahre; und guckt dann nach Kriterien nach denen wir eigentlich nicht gucken sollen; ne? Arbeitsmarktsituation; Alter, und da ist es einfach auch wichtig sich noch mal ein Bild von der gesamten (.) Funktionalität des Versicherten zu machen;

#00:29:50#

Erstanträge

Erstanträge werden, wie bereits erwähnt, vielfach in den A und B Stellen bearbeitet. Dennoch machen sie ein Gros in dieser Untersuchung aus. Die Frage der Informationssuche bei einem Erstantrag hängt von verschiedenen Faktoren ab. So weisen die Prüfarzte darauf hin, dass die DRV auf Antrag tätig wird, sprich, dass das in die Ermittlung einbezogen wird, was der Versicherte geltend macht. Da, wie an anderer Stelle vermerkt, die Antragsformulare nur wenig Raum für die Schilderung der Beschwerden bieten, sind die Aussagen der Versicherten nicht immer aufschlussreich. So beklagt z.B. P5, dass es auch Anträge gibt, die mit der schlichten Angabe „Rücken“ oder „Herz“ begründet sind. Auch Sprachschwierigkeiten bei Versicherten mit Migrationshintergrund beispielsweise, erschweren die Klärung des tatsächlich geltend gemachten Leidens. Zahlreichen Erstanträgen sind, so die Prüfarzte, Befundberichte oder andere ärztliche Bescheinigungen zu den angegebenen Leiden beigefügt. An dieser Stelle, also beim Vergleich zwischen den Angaben des Versicherten und denen des ärztlichen Befundberichtes, gibt es bereits erste Diskrepanzen. So erwähnt P10 im Interview, dass oftmals die ärztlichen Stellungnahmen andere Leiden enthalten oder zumindest andere Schwerpunkte setzen. Vom Prüfarzt ist nun die Entscheidung zu treffen, ob zusätzliche Informationen eingeholt werden müssen und wenn ja, welche. Dabei gibt es offenbar unterschiedliche Strategien. Im Experteninterview wurde der Forschungsgruppe mitgeteilt, dass gerade im Erstantrag eine gründliche Ermittlung gewünscht ist.⁴⁸ Auch in den Interviews mit den Prüfarzten ergab sich, dass es keine strikte Begrenzung der Anzahl der Gutachten nach oben gibt und dass der jeweilige Prüfarzt bei der Ermittlung grundsätzlich Herr des Verfahrens ist und anfordern kann, was er für erforderlich hält. Zugleich läuft eine Art „heimlicher Lehrplan“ mit, der auf Sparsamkeit ausgerichtet ist. Sowohl unnötige Gutachten als auch unnötige Wiedervorlagen sind zu vermeiden. So gibt es in den Interviews immer wieder ähnlich lautende Angaben dazu, dass es sinnvoll sei, mit Befundberichten und nur einem Gutachten auszukommen. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Ausführungen von P10, die ausdrücklich für den Fall, dass sie den Antrag für nicht sehr

⁴⁸ Für diese Strategie könnte sprechen, dass, so die Auskunft, viele Widersprüche mit nicht ausreichenden Ermittlungen begründet werden

aussichtsreich hält, ganz wenig Unterlagen anfordert, um im Widerspruchsverfahren nachlegen zu können. Auch P11 gibt ein ähnliches Vorgehen an: im Erstantragsverfahren ermittle er nur genau auf das bezogen, was der Versicherte angibt. Im Widerspruchsverfahren gebe der Versicherte dann an, was seiner Meinung nach zuwenig berücksichtigt wurde. Das könne dann wiederum genau eingegrenzt geprüft werden. In jedem Fall muss der Prüfarzt anhand der vorliegenden Unterlagen und der Begründung des Versicherten schwerpunktmäßig festlegen, in welchem medizinischen Fach die wesentlichen vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden anzusiedeln sind. Diese Festlegung steuert dann die Auswahl der Fachrichtung der Gutachten. Es ist also keineswegs eine triviale Entscheidung, ob man Schmerzen, die der Versicherte beklagt, also dem orthopädischen, neurologischen oder aber psychosomatischen Fachgebiet zuordnet. Praktisch alle Prüfarzte bestätigen, dass ein Antrag nicht nur aufgrund von Befundberichten abgelehnt werden kann. Für die Begründung einer Ablehnung muss also stets mindestens ein Gutachten angefordert werden oder aber es muss ein aktueller Reha-Entlassungsbericht vorliegen.

Widersprüche

Als die komplexeste Aufgabe erweisen sich in den Interviews und den Think-Aloud Fällen sowie den retrospektiven Besprechungen die Widerspruchsakten. Widerspruch kann gegen die Entscheidung über das Leistungsvermögen aber auch gegen die Festsetzung des Leistungsfalles, also des Beginns der Erwerbsminderung eingelegt werden. Eine Variante sind sogenannte Überprüfungsanträge nach §44 SGB X⁴⁹, die nicht an Fristen gebunden sind und auch noch nach abgeschlossenem Klageverfahren gestellt werden können.

Im Widerspruchsverfahren ist streng genommen, wie bei der Bearbeitung eines Erstantrags die Berechtigung des Rentenbegehrens zu prüfen. In den Interviews und bei Think-Aloud und Besprechungsfällen zeigt sich allerdings, dass in dieser Situation sehr viel stärker als zuvor auch strategische Überlegungen einbezogen werden. Die Prüfarzte haben sich die Frage zu stellen, wie aussichtsreich bzw. aussichtslos die weitere Ablehnung des Rentenbegehrens zunächst im Widerspruchsverfahren und im mit großer Wahrscheinlichkeit folgenden Klageverfahren sein wird. Ein Fall, in dem der Prüfarzt nach erneuter Aktenlagebegutachtung und Ermittlung dem Widerspruch nicht abhelfen zu können meint,

⁴⁹§ 44 Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.

wird dem Widerspruchsausschuss vorgelegt. Dies ist eine paritätisch besetztes Gremium, das die Berechtigung des Widerspruchs prüft. Es wird also in diesen Fällen eine zusätzliche Instanz neben dem sozialmedizinischen Dienst und der Verwaltung der DRV einbezogen.

Eine weitere Differenz zu den Rentenvorverfahren ist, dass der zeitliche Rahmen sich verlängert, also bestimmte Unterlagen nicht mehr als aktuell gelten können. Typischerweise werden in den Widerspruchsfällen daher neue Befundberichte der Behandler angefordert, die den nun aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten klären sollen. Eine große Rolle bei den weiteren Ermittlungen spielt die Widerspruchsbegründung. Das, was der Versicherte hier angibt, kann gegebenenfalls durch die Einholung neuer Gutachten geklärt werden. Nach Ansicht der Prüfärzte ist es dabei auch nicht selten, dass Leiden oder Funktionseinschränkungen, die im ursprünglichen Rentenantrag nicht angegeben waren, nun erwähnt werden. Als typisch wird etwa das Auftreten reaktiver psychischer Leiden als Folge der körperlichen Erkrankungen genannt. Dies kann einerseits als eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes interpretiert werden, andererseits beschreiben die Prüfärzte auch einen „Lernprozess“ bei den Versicherten, die im Laufe der verschiedenen Verfahrensschritte ihr Verhalten bei Gutachtern und ihre Angaben so verändern, dass ihr Antrag mehr Aussicht auf Erfolg hat. Diesem „Nachlegen“ von Leiden versuchen die Prüfärzte vorzubeugen, indem sie bei der Bearbeitung des Widerspruchs den Rentenantrag, die Widerspruchsbegründung und die medizinischen Unterlagen nochmals genau auf relevante medizinische Fragestellungen durchgehen und zu diesen in ihrer Entscheidungsbegründung Stellung nehmen. Es wird großer Wert auf Vollständigkeit gelegt.

Die erneute Ermittlung von medizinischen Fakten wird von den Prüfärzten als zweischneidig beurteilt. Ihnen ist bewusst, dass die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung durch Gutachter kein objektiver Messprozess ist. So kann es also passieren, dass zu den aus dem Vorverfahren vorliegenden Gutachten, die die Ablehnung des Rentenbegehrens stützten, nun unversehens ein neues Gutachten hinzukommt, das „runterzieht“, also eine teilweise oder vollständige Erwerbsminderung bescheinigt. Die zuvor bestehende schlüssige Begründungskette wird durch das neue Gutachten dann durchbrochen und der Prüfärzte ist (womöglich entgegen der eigenen Überzeugung) gezwungen, dem Widerspruch abzuwehren.

In jedem Fall sind die schriftlichen Begründungen bei Widerspruchsfällen deutlich ausführlicher als bei Rentenanträgen. Da der Widerspruchsausschuss als weitere Instanz mit dem Fall befasst wird, dokumentieren die Prüfärzte in diesen Fällen detaillierter, auf welche medizinischen Dokumente sie sich mit ihrem ablehnenden Urteil beziehen und wie. (Vgl. hierzu Beispielfall P11/TAM 3 (Anhang J), in dem erläutert wird, warum das vorliegende Gutachten als unbrauchbar qualifiziert wird und das Votum aus dem Rentenvorverfahren trotz dieses Gutachtens aufrechterhalten wird.) Bei der Begründung des Votums im Widerspruchsverfahren denken die Prüfärzte die womöglich erfolgende Klage vor dem

Sozialgericht bereits mit. Hier werden bereits die Argumente strukturiert und die verwendeten medizinischen Unterlagen genau zusammengestellt, was im Falle der Klage die Bearbeitung beschleunigt.

Die in dieser Untersuchung einbezogenen Widerspruchsfälle bei Regionalträgern fallen im Vergleich dadurch auf, dass recht lapidar und zügig geprüft wird, ob die vorliegende Befundlage hinreichend ist und ob es neue medizinische Sachverhalte gibt. Wenn aus dem Rentenverfahren ein Gutachten aus der eigenen Untersuchungsstelle vorliegt, dann wird dies praktisch immer angenommen und nicht weiter ermittelt.

Unmittelbar von Bedeutung für die Bearbeitung von Widerspruchsfällen ist auch die Arbeitsbelastung der Prüfärzte. So ist in verschiedenen Interviews zu hören, dass „wer zuviel ablehnt, den Schreibtisch immer voll hat“. Da die Prüfärzte davon ausgehen, dass auf einen ablehnenden Bescheid praktisch immer der nächste Verfahrensschritt folgt, sehen sie sich gezwungen, ihre eigene Arbeitsfähigkeit dadurch aufrecht zu erhalten, dass sie Widersprüchen, so dies vertretbar ist, abhelfen. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die Akten in diesem Verfahrensstadium bereits zu beachtlichen Bänden gewachsen sind.

Verlängerung und Überprüfung von EM-Renten

Als besonders „einfach“ erschienen in der Begutachtung die Akten, bei denen es um die Verlängerung einer befristeten Rente ging. Diese Fälle werden von den Prüfärzten im Interview im Allgemeinen als unkompliziert und schnell zu bearbeiten bezeichnet, in der täglichen Mischung der Akten sind sie die „Verdüner“. Hier liegt jeweils mindestens ein früheres prüfärztliches Votum vor, das zur Zahlung einer Rente geführt hat. Typischerweise wird in einer solchen Akte dieses frühere Votum herangezogen. Anhand aktueller Unterlagen – z. B. in Form eines Befundberichtes, der vielfach bereits vom Versicherten dem Antrag beigelegt wird⁵⁰ – ist nun zu prüfen, ob eine Verbesserung eingetreten ist, die die Beendigung der Rentenzahlung rechtfertigt, oder ob bei unverändertem oder verschlechtertem Gesundheitszustand die Rente weiter zu gewähren ist. Im Formular für ärztliche Befundberichte ist ausdrücklich nach Verschlechterung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes gefragt, so dass die Prüfärzte hier einen Anhaltspunkt vorfinden. In allen der Forschungsgruppe vorliegenden Think-Aloud Fällen bzw. retrospektiven Besprechungen, die sich mit Weiterzahlungsanträgen beschäftigen, zeigt sich, dass bei diesen Akten wenig Aufwand betrieben wird. Zur Begründung wird regelmäßig angegeben,

⁵⁰ Dieses Vorgehen wird offenbar durch die Organisation gefördert. Laut verschiedener Interviews werden die Versicherten rechtzeitig vor Ablauf der Rentenbefristung benachrichtigt. Sie werden für den Fall, dass sich der Gesundheitszustand nicht gebessert hat, aufgefordert einen Verlängerungsantrag zu stellen. Außerdem werden sie offenbar aufgefordert, einen ärztlichen Befundbericht einzuholen und dem Antrag beizulegen. Dieses Verfahren wird von mehreren Prüfärzten kritisch beurteilt. Einerseits sei multimorbiden Versicherten oft nicht bewusst, welches ihrer Leiden letztlich zur Berentung geführt habe. Der Befundbericht werde deshalb möglicherweise vom „falschen“ Facharzt angefordert. Ein anderes Problem wird darin gesehen, dass die Versicherten einen Arzt um einen Befundbericht bitten, von dem sie annehmen, dass er „viel“ aufschreibt, also das Rentenbegehren unterstützt.

dass die Aberkennung der Rente ein äußerst schwieriger Schritt sei, dem in praktisch jedem Fall der Widerspruch des Versicherten folge. (In insgesamt 130 erfassten Akten fanden sich nur wenige Fälle, in dem die befristete Rente wieder aberkannt wurde. Dies geschah in einem Fall einvernehmlich mit der Versicherten, die eine Beschäftigung aufgenommen hatte. (Aktenanalyse Nr.127). In einem anderen Fall wurde die befristete Waisenrente nicht verlängert. Der Sohn des Versicherten hatte während des Rentenbezugs trotz seiner Leiden ein Hochschulstudium erfolgreich beendet.(P6 Retro9). Obwohl vom Gesetzgeber die Befristung der Rente als Regelfall vorgesehen ist und die Rente nur auf Dauer gewährt werden kann, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes unwahrscheinlich ist, gilt offenbar in der Praxis, insbesondere – so die Prüfarzte – aus der Sicht der Versicherten, die Devise „Einmal Rente, immer Rente“. Für die Prüfarzte bedeutet die Aberkennung der befristeten Rente ein langwieriges Widerspruchs- und evtl. Klageverfahren mit zweifelhaftem Ausgang. Die Frage der Befristung im engeren Sinne, also die Entscheidung für welchen Zeitraum die befristete Rente zu gewähren ist, richtet sich in den von uns untersuchten Fällen sowohl nach medizinischen als auch nach verwaltungstechnischen Überlegungen. Im Prinzip wird die Rente für einen Zeitraum gewährt, in dem eine Besserung möglich ist, längstens für drei Jahre. Eine Mindestdauer der befristeten Erwerbsminderungsrente ergibt sich einerseits durch die erwartete Dauer der durchzuführenden Therapie, andererseits aber auch aus praktischen Erwägungen. So ist eine Rentendauer von weniger als einem Jahr nicht praktikabel, da die Rentenzahlung bei einer befristeten Rente erst sechs Monate nach Stellung des Rentenanspruchs beginnt. Somit müsste dann praktisch sofort der Verlängerungsantrag gestellt werden. Als übliche Dauer der Befristung wurde der Forschungsgruppe ein Zeitraum von zwei Jahren genannt. Nach insgesamt neun Jahren wird üblicherweise die Rente entfristet. (Auch in diesem Zusammenhang ist der Beispielfall P5/TAM6 im Anhang I von Interesse. In diesem Fall wird die Rente nach sieben noch einmal bis kurz vor dem Ablauf der neun Jahre befristet, da die Prüfarztin immer noch Heilungsaussichten sieht.) In einigen Fällen beklagen die Prüfarzte, dass die Renten durch die Verwaltung nicht früher entfristet werden, da der Krankheitsverlauf „aussichtslos“ ist und dass sie die Akte nach drei Jahren „wieder hingelegt“ bekommen. Umgekehrt gibt es auch Einzelfälle, in denen der Prüfarzt die Rente befristet, obwohl das Krankheitsbild bereits fortgeschritten ist und keine Aussicht auf Besserung besteht. Dies wird mit psychologischen Erwägungen begründet: ein schwer kranker Mensch könnte sich durch die endgültige Berentung „abgeschrieben“ fühlen.

Klageverfahren

In dieser Untersuchung waren nur drei Klagefälle vertreten, einer davon war bereits im Stadium der Berufungsklage. Anders als in den anderen Verfahrensstadien ist hier das

Gericht Herr des Verfahrens und in den wenigen vorliegenden Fällen beschränken sich die Prüfärzte (es handelt sich um zwei verschiedene Personen) darauf, die im Widerspruchsverfahren angelegte Argumentationslinie noch einmal nachzuvollziehen. Die inzwischen umfangreichen Akten werden nochmals „sinnvoll quer gelesen“, insbesondere werden die vorhergehenden Stellungnahmen erneut bedacht. Als neue Unterlagen kommen vom Gericht veranlasste Gutachten nach §106 oder §109 SGG hinzu, die durchgesehen, mit den vorherigen Unterlagen abgeglichen und kommentiert werden.

Umdeutungen nach §116 SGB 6⁵¹

Umdeutungen nach §116 stellen einen Sonderfall dar. Der Versicherte hat keinen Rentenantrag gestellt, sondern einen Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation. Wenn eine solche Maßnahme von vorn herein als aussichtslos eingeschätzt wird oder aber erfolglos bleibt, dann wird der Antrag mit den entsprechenden Unterlagen, hier vor allem der Reha-Entlassungsbericht den Prüfärzten zur Begutachtung vorgelegt. Diese haben zu prüfen, ob aus den vorliegenden Angaben eine Erwerbsminderung resultiert. Für diese Fälle gibt es in der DRV Bund die Maßgabe, dass keine weiteren Ermittlungen zu erfolgen haben. Es muss also, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in jedem Fall aufgrund der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden medizinischen Unterlagen entschieden werden, eine Regelung, die von mehreren Prüfärzten kritisiert wird (z. B. P10/TAM 4), da dies zu aus ihrer Sicht vermeidbaren Widersprüchen führt.

Die sozialmedizinische Begründung wird „rund gemacht“

Im Vergleich der verschiedenen Verfahrensstadien (Erstantrag, Widerspruch, Klage) wird deutlich, dass es sich bei der Arbeit der Prüfärzte im Verlauf eines Falles immer weniger um die (sozial)medizinische Entscheidung als solche und immer mehr um die Begründung der Entscheidung handelt. So wird ihnen mit einem Erstantrag oder einer Umdeutung tatsächlich ein offener Fall zur Entscheidung vorgelegt. Bei Widersprüchen und Klagen ist diese Entscheidung bereits gefallen und es ist nun zu klären, ob sie vor Dritten, also dem Widerspruchsausschuss oder dem Gericht so begründet werden kann, dass sie von diesen bestätigt wird. In einigen Interviews wird dazu angemerkt, dass die Klageverfahren vor allem zu Beginn der Tätigkeit als Prüfarzt eine große Herausforderung sind. Die Ärzte bei den

⁵¹**§ 116 Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe**

(2) Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

1. ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben.

Regionalträgern merken hierzu auch an, dass es besonders interessant ist, ein selbst durchgeführtes Gutachten vor Gericht zu vertreten.

Gerade bezogen auf die fortgeschrittenen Verfahrensstadien verwenden mehrere Prüfärzte den Ausdruck: „die Akte muss rund gemacht werden“. Das ist eine bildliche Umschreibung dafür, dass eine konsistente und lückenlose Argumentations- und Begründungslinie gebildet wird.

5.3.4 Der Versicherte und sein Lebenskontext

Auch über den Versicherten und seinen Lebenskontext erfolgt meist zu Beginn der Aktenbearbeitung eine Orientierung, die allerdings sehr unterschiedlich ausfallen kann. So nennt eine Prüfärztin beispielsweise vor der Bearbeitung der Akte laut den Namen des Versicherten, um die Akte zu personalisieren, andere Prüfärzte stellen dagegen einfach Alter und Geschlecht der versicherten Person fest. Auch dies ist nicht in allen Fällen so, gelegentlich wird erst im Laufe eines TAM-Protokolls klar, ob es sich um einen Mann oder eine Frau handelt. Einige Ärzte prüfen ausdrücklich, ob die Bearbeitungsvorlage aus der Verwaltung tatsächlich zur vorliegenden Akte gehört. Mit den Überlegungen zu Alter und Geschlecht des Versicherten ist eng die Frage der sogenannten Kontextfaktoren verbunden, die für die sozialmedizinischen Entscheidung bedeutsam sind. In unterschiedlichem Maße machen sich die Prüfärzte mit der Biografie und den Lebensverhältnissen des Antragsstellers vertraut

Alter des Antragstellers

Das Alter des Versicherten wird in mehrfacher Hinsicht in Betracht gezogen. So wird das Alter zunächst als unmittelbarer Faktor der Krankheitsbewältigung aufgefasst. Einer jüngeren Person werden bessere Regenerations- und Kompensationsfähigkeit zugeschrieben. So wird davon ausgegangen, dass gleiche ICD 10 Diagnosen bei jüngeren Antragsstellern geringere Funktionseinschränkungen verursachen. Bei sehr jungen Versicherten kann es Probleme mit den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geben, so dass die Festlegung des Leistungsfalles von besonderer Bedeutung ist.

Ebenfalls bei jungen Versicherten stellen sich die Prüfärzte die Frage, wie sich eine so frühe Berentung auf die weitere Biografie auswirken würde. Gerade in diesen Fällen wird deutlich, dass die Berentung nicht nur als Vorteil im Sinne des Versicherten verstanden wird, sondern auch als Form der Ausgrenzung aus dem Berufsleben, welches von hoher sozialer Bedeutung ist. Daher zögern die Prüfärzte, sehr jungen Versicherten die Erwerbsunfähigkeit zu bescheinigen. Bei älteren Versicherten zeigt sich, dass bestimmte rehabilitative Maßnahmen, wie Umschulungen oder Weiterbildungen, nicht mehr machbar sind.

Gerade wenn die Versicherten schon in der Nähe der Grenze zur Altersrente sind, wird das Alter auch strategisch bedeutsam. Die Prüfärzte ziehen dann in Betracht, dass ein durch Widerspruch und Klageverfahren verlängertes Verfahren in unmittelbare Nähe der Altersgrenze führen kann. In diesen Fälle kann das Alter als letzter Entscheidungsfaktor eine Rolle spielen, der eine medizinisch gesehen offene Entscheidung zur Rente hin tendieren lässt.

Geschlecht des Antragstellers

Das Geschlecht der Versicherten wird von den Prüfärzten bei der Orientierung in der Akte kaum als eigenständiges Merkmal zur Kenntnis genommen. An keiner Stelle in den Interviews, Think-Aloud Protokollen und retrospektiven Besprechungen finden sich jedoch konkrete Hinweise, dass das Geschlecht als solches (anders als ein Faktor in den Lebensumständen und in der Art und Zusammensetzung der Diagnosen) bei der sozialmedizinischen Beurteilung eine Rolle als Entscheidungskriterium spielen könnte. Es zeigte sich an einigen TAM-Protokollen, dass der Versicherte entweder geschlechtsneutral ‚der Mensch‘ oder zunächst abwechselnd mal als männlich oder weiblich bezeichnet wurde, bis der Name zu Kenntnis genommen wurde und eine eindeutige Geschlechtsbezeichnung übernommen wurde. Ein geschlechtssensibler Blick ist in der prüfärztlichen Praxis als eigenständig reflektierter Sachverhalt noch keineswegs angekommen. In einigen wenigen Gesprächen wurde das Geschlecht bei der Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einem ganz individuellen Sinne als Vergleichsdimension herangezogen: die Aufgabenerfüllung in der eigenen Geschlechtsrolle wird auch als Norm an die Antragstellerin angelegt. Eine systematische Schlussfolgerung ergibt sich daraus allerdings nicht.

Berufsbiografie/Arbeitsmarkt

Nicht in allen Fällen wird die Berufsbiografie des Versicherten vom Prüfarzt in Gänze nachvollzogen. Eine knappe Zusammenfassung der beruflichen Tätigkeit findet sich im Rentenantrag. Es gibt Prüfärzte, die die Versicherungsverläufe im Verwaltungsteil der Akte durchsehen und hier die Arbeitsbiografie recherchieren. Bei psychiatrischen Fällen finden sich in den Gutachten im Anamneseteil Hinweise auf die Berufsbiografie.

Für die vor dem 2.1.1961 geborenen Versicherten ist die Berufsbiografie im Rahmen der Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente von wesentlich größerer Bedeutung als für jüngere Versicherte. Sie genießen den sogenannten „Berufsschutz“. D. h., dass in diesen Fällen das Leistungsbild des Versicherten nicht nur auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu beziehen ist, sondern auf die gelernte und tatsächlich ausgeübte Tätigkeit. Die Formulare sehen hier eine getrennte Beurteilung vor. Tatsächlich ist es recht häufig, dass die Prüfärzte eine Tätigkeit im letzten ausgeübten Beruf aus gesundheitlichen Gründen ausschließen,

aber eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (und damit ist hier implizit körperlich leichte Arbeit, ggf. auch ohne besondere psychische Anforderungen gemeint) im vollen Umfang von über 6h für möglich halten. Bei den älteren Versicherten muss in diesem Fall die konkrete Verweisbarkeit geprüft werden, während jüngere Versicherte grundsätzlich ohne weitere Einschränkungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden können.

Steht eine Entscheidung medizinisch gesehen „auf der Kippe“, dann kann die Berufsbiografie auch in dem Sinne als zusätzliches Entscheidungskriterium herangezogen werden, dass kontinuierliche Berufstätigkeit auch unter widrigen Bedingungen als Hinweis auf das Bemühen des Versicherten ausgelegt wird, für den eigenen Unterhalt zu sorgen. Mit dieser Argumentation wird dementsprechend Simulation oder Aggravation durch den Versicherten ausgeschlossen.

Umgekehrt kann auch langjährige Arbeitslosigkeit oder krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit als „Entwöhnung vom Arbeitsmarkt“ dazu führen, dass eher zugunsten der Rente entschieden wird, da dem Prüfarzt eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt unwahrscheinlich erscheint. Dieses Phänomen findet sich vor allem bei den psychiatrischen Fällen, bei denen es um Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer Angststörung, Depression oder um psychische Erschöpfungszustände geht.

Arbeitslosigkeit wird von den Prüfarzten unisono als „Trigger“ für einen Rentenanspruch aufgefasst. In zahlreichen Fällen in dieser Untersuchung ist der Antragssteller arbeitslos. Dieser Umstand, also das Fehlen einer sozial akzeptierten Einkommensquelle (Hartz IV wird nicht als sozial akzeptiert gewertet) und der Einbindung in das soziale Leben, veranlasst, so die Prüfarzte, viele Versicherte, einen Rentenanspruch zu stellen. Hinzu kommt aus der Sicht der Prüfarzte, dass die Berentung als Grund, nicht berufstätig zu sein, nicht nur sozial akzeptiert ist, sondern auch im Gegensatz etwa zum Arbeitslosengeld nicht an Aktivitäten des Versicherten geknüpft ist. Dem Rentner können keine Bewerbungen oder Fort- und Weiterbildungen abverlangt werden. Schließlich ist es für die betroffene Person von Interesse, dass im Falle einer Rentenzahlung das vorhandene Vermögen nicht angetastet wird. Auch die mehr oder minder ausdrückliche Aufforderung zum Rentenanspruch durch andere Sozialversicherungsträger spielt eine Rolle. Aus einer befriedigenden, sinnerfüllten Berufstätigkeit heraus werden offenbar kaum Rentenansprüche gestellt. Insofern ist bei der Mehrzahl der EM-Anträge von einer Verquickung von Krankheit und Beschwerden auf der einen und aus der sozialen Lage bedingter Gründe auszugehen, die in der Entscheidung oft nicht klar getrennt werden können und auch in ihrem interaktiven Zusammenhang selbst im Hinblick auf die Beurteilung von Arbeitsfähigkeit wirksam werden.

Unmittelbar mit der Berufsbiografie des Versicherten verbunden ist der Arbeitsmarkt, in dem er sich zu bewegen hat. Für die Prüfarzte der DRV Bund ist es in der Regel schwierig, nachzuvollziehen, wie der relevante regionale Arbeitsmarkt aussieht. Dennoch gibt es in

einigen Think-Aloud Protokollen Hinweise hierauf, wenn etwa der Wohnort des Versicherten oder die Postleitzahl geprüft wird. Bei den Regionalträgern ist eine sehr viel eindeutigerere Einschätzung des lokalen Arbeitsmarktes möglich.

In beiden Fällen ist es jedoch so, dass die Prüferärzte zwar im Interview angeben, dass der Arbeitsmarkt gewissermaßen als Hintergrund Einfluss auf die Entscheidungen hat, etwa in dem Sinne: „wenn schon die Gesunden keine Arbeit finden, was soll dann ein Kranker tun“. In den Think-Aloud Protokollen und den retrospektiven Interviews findet sich dagegen kein Hinweis, dass der regionale Arbeitsmarkt im konkreten Fall als Entscheidungskriterium herangezogen wird. Letztlich verweisen die Prüferärzte darauf, dass das Arbeitsmarktrisiko Sache der Agentur für Arbeit und nicht der DRV sei.

Lebensverhältnisse

Nicht in allen Rentenakten ist es möglich, sich ein Bild von den konkreten Lebensverhältnissen zu machen. Den Rentenanträgen und Versicherungsverläufen kann der Familienstand und die Zahl der Kinder entnommen werden. Einige Versicherte, das zeigt die Aktenanalyse, schildern ihr tägliches Leben sehr ausführlich. Auch psychiatrische Gutachten gehen in der Anamnese meist sehr detailliert auf die Lebensbedingungen des Versicherten ein. Ob also ein Versicherter verheiratet oder ledig ist, ob er Kinder hat oder nicht, wie sein soziales Netzwerk darüber hinaus aussieht, kann vielfach nur in ausführlicher Lesetätigkeit ermittelt werden, für die die Prüferärzte in der Regel keine Zeit haben.

In einzelnen Fällen können die Lebensverhältnisse dennoch für die sozialmedizinische Entscheidung relevant werden. So kann es vorkommen, dass die Versicherten ihre alltäglichen Belastungen (Pflege von alten Angehörigen, Versorgung kleiner Kinder, aufwändige Arbeit in Haus und Garten) schildern und die Prüferärzte gerade diese Beschreibungen heranziehen, um die Leistungsfähigkeit einzuschätzen.

Vor allem in den psychiatrischen Fällen wird der konkrete Tagesablauf als möglicher Hinweis auf Funktionseinschränkungen gelesen. Wenn der Versicherte sich von sozialen Aktivitäten weitgehend zurückgezogen hat, dann wird das als Beleg für die geltend gemachte psychische Erkrankung wahrgenommen. In den orthopädischen Fällen findet man sehr viel seltener Hinweise darauf, dass die Lebensumstände als Kriterium herangezogen werden, hier ist der Blick stärker auf die quantifizierbaren Untersuchungsergebnisse gerichtet. Die Einbeziehung der konkreten Lebensumstände des Versicherten ist für die Prüferärzte insofern immer problematisch, als sie hier immer weitgehend auf die Aussagen des Versicherten angewiesen sind.

5.3.5 Die Erstellung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens

Der Kern der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrenten ist die medizinische Feststellung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens. In allen Think-Aloud Protokollen und retrospektiven Besprechungen wurde deutlich, dass dies der Kern der Entscheidungsarbeit im medizinischen Sinne ist, während die bereits genannten Kontextfaktoren und Überlegungen zu Verfahrensstadien letztlich modulierende Rahmenbedingungen darstellen, die in erster Linie zum Tragen kommen, wenn die Interpretation der medizinischen Fakten die Entscheidung nicht vollständig oder eindeutig determinieren können.

Befunde und Befinden

Bei der medizinischen Feststellung des Leistungsvermögens haben die Ärzte zunächst zu prüfen, welche Erkrankungen der Versicherte (im Sinne von ICD 10 Diagnosen) tatsächlich hat. Die erste Frage ist also, ob die im Rentenanspruch geklagten Leiden durch medizinische Dokumente bestätigt werden. So tritt regelmäßig ein Problem auf, wenn die angegebenen Leiden nicht mit den dokumentierten Befunden zusammenpassen. Die bloße „Befindlichkeit“ des Versicherten, die nicht auf objektivierbare Befunde gestützt ist, kann keine Rente begründen - dieser Zwiespalt ist besonders im Falle von Schmerzstörungen und Persönlichkeitsstörungen - ersichtlich. Die meisten Prüfarzte äußern sich dahingehend, dass Simulation äußerst selten ist, dass aber Aggravation durchaus auftritt, da damit einem Rentenbegehren Nachdruck verliehen werden kann. Die Prüfarzte entnehmen den Unterlagen systematisch bestimmte konkrete Hinweise auf die geltend gemachten Erkrankungen, dies sind regelmäßig in Anspruch genommene therapeutische Maßnahmen, eingenommene Medikamente, verwendete Hilfsmittel. Im Umkehrschluss führt das Fehlen von Therapie, Medikation usw. zu der Überlegung, dass die Erkrankung nicht so gravierend sein kann oder dass, da ja Therapie noch aussteht, es sich um einen sogenannten Behandlungsfall handelt. Letzteres ist grundsätzlich ein Ausschlussgrund für eine Berentung.

Im Prinzip ist bei der Aktenlageentscheidung der Prüfarzt darauf angewiesen, dass zuverlässige und für seine Entscheidung brauchbare Dokumente vorgelegt werden. Ob dies tatsächlich der Fall ist, wird im einzelnen Fall jeweils geprüft: wie glaubhaft, schlüssig, qualifiziert und neutral sind die Dokumente? Dabei geht es insbesondere um einen Abgleich zwischen dokumentierten Befunden und daraus folgenden Diagnosen, danach um den Abgleich zwischen diesen Angaben und den sich daraus ergebenden Funktionseinschränkungen. Es ist also im Einzelfall zu prüfen, ob der Zusammenhang zwischen Leiden und Erwerbsfähigkeit, der geltend gemacht wird, auch plausibel ist. Diese Prüfung kann nur für den einzelnen Fall (hier also das einzelne Dokument) erfolgen.

Hier zeigt sich allerdings eine grundsätzliche Schwierigkeit, dass nämlich bei gleichem Gesundheitszustand unterschiedliche Menschen anders reagieren. Ganz praktisch gesprochen: der eine stellt einen Rentenantrag, der andere nicht. Hier ist aus der Sicht der Prüfarzte eine unvermeidliche Quelle für die Subjektivität der sozialmedizinischen Entscheidungen.⁵² Wenn also in den medizinischen Unterlagen dieses Problem unterschiedlicher Krankheitsverarbeitung zutage tritt, dann muss es sich dabei nicht um eine mangelhafte Stellungnahme handeln. Es liegt in der Erfahrung und Kompetenz des Sozialmediziners zu beurteilen, welche Krankheitsfolgen noch plausibel sind und welche nicht mehr.

Problematisch ist auch die Situation, dass verschiedene Dokumente unterschiedliche Leistungsfähigkeit bzw. unterschiedliche Einschränkungen bescheinigen. Der Prüfarzt ist nun gezwungen, das eine oder das andere Dokument für glaubwürdiger zu erklären, was regelmäßig anhand der bereits genannten Kriterien geschieht.

Die zweite Frage, die zu klären ist, ist die, ob die Leiden, die der Versicherte unbestreitbar hat, in einer Verminderung des Leistungsvermögens resultieren, die eine Berentung rechtfertigt.

Das Leistungsvermögen, das demnach zu beschreiben ist, setzt sich aus einem qualitativen und einem quantitativen Leistungsvermögen zusammen. Beide sind nicht im Sinne einer Subsumtionslogik ineinander zu überführen. Also: eine große Zahl qualitativer Einschränkungen muss nicht zwangsläufig auch zu einer quantitativen Einschränkung führen und anders herum. Nur in den Fällen schwerster Erkrankungen (z. B. ein fortgeschrittenes Tumorleiden, das immer wieder als Beispiel genannt wird) ist so etwas wie ein direkter Schluss von der Erkrankung (der ICD 10 Diagnose) zum Leistungsvermögen möglich.⁵³ Es zeigt sich, dass diese Fälle typischerweise in der DRV Bund in den A und B Stellen bearbeitet werden und die Prüfarzte, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, in der Regel nicht erreichen.

Qualitative Einschränkungen

Die Prüfarzte verschaffen sich aus den Unterlagen einen Überblick über die tatsächlich vorliegenden Erkrankungen und ihre funktionellen Auswirkungen. Daraus resultieren in den jeweils einzelnen Fällen die konkreten qualitativen Einschränkungen. So zeigt etwa der

⁵²Die DRV wird nur auf Antrag tätig, so dass im Endergebnis eine Gleichbehandlung nicht herstellbar ist. Für den Fall, dass ein Versicherter trotz einer Erkrankung keinen Rentenantrag stellt und einer Erwerbstätigkeit nachgeht, wird unterstellt, dass er nicht auf Kosten seiner Gesundheit arbeitet. Letzteres kann nicht zugemutet werden. Auch hier ist der Umkehrschluss interessant. Eine Person, die nach der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente wieder eine Berufstätigkeit aufnimmt, gibt damit zu verstehen, dass ihr Gesundheitszustand sich so gebessert hat, dass keine Erwerbsminderung mehr vorliegt. Dies wäre also ein Grund, eine befristete Rente nicht weiter zu verlängern.

⁵³ Umgekehrt gibt es natürlich auch Fälle, in denen von den geltend gemachten Leiden unmittelbar auf ein volles Leistungsvermögen geschlossen werden kann. Eine Prüfarztin erinnert sich im Interview an einen Fall, in dem die Versicherte wegen ihrer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte eine Rente beantragt hatte.

Beispielfall P11 TAM3, dass eine Arthrose im li. Daumengelenk ganz unterschiedlich zu bewerten ist, je nachdem, ob es sich um einen Rechts- oder Linkshänder handelt. Im Bereich der qualitativen Einschränkungen zeigt sich in den Think-Aloud Protokollen ein sehr routiniertes Vorgehen, bei dem zu bestimmten Krankheitsbildern und ihren Folgen bestimmte Einschränkungen abgerufen werden. Psychisch Kranken wird etwa grundsätzlich keine Nacharbeit abverlangt. Personen mit Schmerzsymptomatik wird Schutz vor widrigen klimatischen Bedingungen gewährt. Eine sorgfältige Auflistung der verschiedenen möglichen Einschränkungen ist deshalb notwendig, weil die Verwaltung gegebenenfalls hieraus auf eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen schließen kann. Dies kann zu einem Rentenanspruch führen, auch wenn ein quantitatives Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden täglich bescheinigt wurde. Die Beschreibung der qualitativen Leistungseinschränkungen ist in hohem Maße formalisiert, indem auf dem Formblatt bestimmte Felder anzukreuzen sind, neben denen als relevant angesehene Einschränkungen aufgezählt sind. Diese werden dann von einigen Prüfärzten unterstrichen oder in einem weiteren Textfeld notiert.

Insbesondere bei den orthopädischen Fällen ist die Beurteilung der zeitlichen Verteilung der bei der Arbeit eingenommenen Körperhaltungen (Sitzen, Gehen, Stehen) relevant, die sich vielfach nur über eine Einschätzung der Schwere der Erkrankung ermitteln lässt. In Fällen, in denen Berufsschutz besteht, ist diese Beurteilung besonders bedeutsam.

Abstrakter als die konkreten qualitativen Leistungseinschränkungen und die Arbeitshaltungen ist die Beurteilung der Arbeitsschwere, die ebenfalls zum Leistungsvermögen gehört. Hier geht es nicht mehr darum, ob einzelne Verrichtungen oder Arbeitsumstände möglich sind, sondern um eine Synthese der verschiedenen Faktoren.

Quantitatives Leistungsbild

Die offensichtlich abstrakteste Fragestellung bei der Einschätzung des Leistungsvermögens ist die des quantitativen Leistungsbildes. Hier müssen die vorgefundenen Einschränkungen des Versicherten in ein vom Gesetzgeber vorgesehenes zeitliches Schema eingeordnet werden, das die zeitlichen Kategorien <3h, 3h-<6h und >6h umfasst (vgl. Kapitel 2.3) An dieser Stelle ergibt sich zwangsläufig ein logischer Bruch, da die naturgemäß qualitativ vorliegenden Beschwerden des Versicherten in das quantitative System eingeordnet werden müssen, das dann einer juristischen Entscheidung zugrunde liegt.⁵⁴ Die Schwierigkeit dieser Einordnung wird von allen Prüfärzten bestätigt. In den Interviews kommt es bei der Frage nach dieser Quantifizierung in vielen Fällen zu langen Denkpausen und zahlreiche Gesprächspartner erläutern ihr Vorgehen bei der Quantifizierung anhand von konkreten

⁵⁴Insbesondere die Problematik der scharfen Grenzen ist den Prüfärzten bewusst. So ist es offensichtlich unmöglich zu entscheiden, ob ein Versicherter 2 Stunden und 59 Minuten arbeiten kann oder doch 3 Stunden und 1 Minute.

Beispielen. Das ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass es für diesen Arbeitsschritt, der ja für den weiteren Verlauf des Falles ausschlaggebend ist, kein allgemeingültiges Rezept gibt. In jedem Einzelfall ist eine zwar an Leitlinien orientierte, aber doch individuelle, „klinische“ Entscheidung zu treffen. Die festgestellten Leistungseinschränkungen müssen bei Versicherten, die vor 1961 geboren wurden, mit den Anforderungen der letzten beruflichen Tätigkeit abgeglichen werden und zwar im Hinblick auf den aktuellen Stand und die Prognose, da nur ein fortbestehendes Leiden eine Rente rechtfertigt. Der Prüfarzt muss also aus seinem Fachwissen und seiner Erfahrung heraus eine Fülle von Krankheitsbildern und ihren möglichen oder wahrscheinlichen Verlauf unter bestimmten Lebensbedingungen mit den konkreten Arbeitsbedingungen beim in Rede stehenden Beruf in Zusammenhang bringen. Der Beispielfall P1 TAM1 zeigt wie die Prüfarztin die Erkrankungen der Versicherten unmittelbar zu ihrer Tätigkeit als Erzieherin in Beziehung setzt. In den Interviews beginnen die Prüfarzte auf die Frage nach der Bildung des quantitativen Leistungsbildes praktisch immer mit dieser Version der Entscheidung, da anhand konkreter Arbeitsbedingungen der gedankliche Brückenschlag von der qualitativen zur quantitativen Sicht leichter nachvollziehbar ist.

Im Falle der jüngeren, nach dem 1.1.1961 geborenen Versicherten spielt der zuvor ausgeübte Beruf keine Rolle mehr. Hier wird die Entscheidung noch abstrakter, da die Funktionseinschränkungen mit den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes in Beziehung zu setzen sind. Für diesen Rechtsbegriff werden für die sozialmedizinische Entscheidungen von den verschiedenen Prüfarzten implizite Hilfskonstruktionen zur Hilfe genommen. Einige Prüfarzte formulieren im Interview einfache Daumenregeln wie: „für den allgemeinen Arbeitsmarkt muss man zwei gesunde Hände, Augen und Ohren haben, gehen und sitzen können“, „man muss etwa zwanzig wesentliche Berufsbilder vor Augen haben“, „für eine Verweisung sind Umstellungsfähigkeit und Stressresistenz erforderlich“. Offenbar geht es darum, Minimalvorstellungen davon einzugrenzen, was dem Versicherten an einem fiktiven, aber immerhin denkbaren Arbeitsplatz abverlangt wird, und ob ein solcher fiktiver Arbeitsplatz realistisch denkbar ist, der mit den Einschränkungen des Versicherten kompatibel ist.⁵⁵ Dabei können die Minimalanforderungen durchaus entsprechend dem beim Versicherten vorliegenden Leistungsvermögen variieren. Für einen psychisch Kranken muss körperlich schwere Arbeit kein Problem sein, während ein Versicherter mit orthopädischen Beschwerden mit Schichtdienst oder Zeitdruck keine Schwierigkeiten haben muss. So ist dementsprechend in der sozialmedizinischen Entscheidungsfindung auch ein Rechtsbegriff wie der des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ ein ausgesprochen fluides Konzept, das in jedem Einzelfall neu zu bestimmen ist.

⁵⁵Ob ein solcher Arbeitsplatz tatsächlich für den Versicherten offen steht, fällt in das Gebiet, für das die Agentur für Arbeit zuständig ist.

Die Einordnung in das Schema des quantitativen Leistungsvermögens ist, so zahlreiche Prüfärzte im Interview, in vielen Fällen nur im Sinne von „Ganz oder Garnicht“ zu entscheiden, während die Zwischenstufe 3-<6h hier wenig sinnvoll erscheint. So spielt es für den schwer von Schmerzen geplagten Menschen oder den schwer Depressiven keine Rolle, ob ihm 3 oder 4 Stunden Arbeit abverlangt werden – es geht nicht. Ebenso kann es Störungen geben, wie etwa die bereits genannte Daumengelenksarthrose, die auch nach mehreren Stunden nicht zum relevanten Problem werden. Die folgende Zusammenstellung zeigt solche Fälle:

- P6 Retro3: bei postpsychotischem Residualsyndrom (F20.5) ist die Prognose sehr schlecht - <3h am allg. AM
- P3 TAM 4: 40-jährige Antragstellerin, Krankenschwester mit orthopädischen Leiden (u.a. Skoliose, Hüftfehlbildungen) und mittelgradiger depressiver Störung (mittels Testverfahren belegt), derzeit erhebl. Einschränkungen der Alltagskompetenzen, begonnene Psychotherapie ist abzuwarten - <3h am allg. AM
- P12 TAM2: Versicherter erlitt Hirnblutung, derzeit kognitive Probleme, die anhand der Befunde nicht eindeutig belegt werden können, Telefonkontakt mit Versicherten stärkten diese Vermutung, P12 hält Rücksprache mit behand. Neurologen, der kognitive Beeinträchtigungen bestätigt:
- P2 TAM2: Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1) – beschriebene Tagesstruktur der Versicherten und geringe Einnahme von Medikamenten deuten auf nur geringe Einschränkungen der Leistungsfähigkeit hin - >6h auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- P5 TAM1: Neurasthenie (F48.0) - die Beschwerden erscheinen geringfügig, >6h
- P6 Retro6: somatoforme Schmerzstörung (F45.4), den Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Versicherte alle Alltagsaktivitäten vollziehen kann, es besteht daher keine sozialmedizinische Relevanz der Störung - >6h

Anders sind die Entscheidungen, in denen es sich um eine teilweise Erwerbsminderung dreht, also um die Frage, ob ein quantitatives Leistungsvermögen von 3-<6h vorliegt.⁵⁶ Hier ist die zugrunde liegende Überlegung, dass bei bestimmten Leiden auch bei qualitativen Einschränkungen der Arbeitsschwere, Körperhaltung und anderer Belastungsfaktoren eine volle Arbeitszeit zu Lasten der Gesundheit geht. Mehr noch als bei den oben genannten

⁵⁶ Im Ergebnis kann diese Einschätzung zu ganz unterschiedlichen Situationen führen. Den Prüfärzten ist klar, dass ein mit 3-<6h eingestufte(r) Versicherter, der arbeitslos ist und womöglich in einer strukturschwachen Region lebt, eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten wird. Hat derjenige aber einen Arbeitsplatz oder kann auf entsprechende Teilzeitarbeitsplätze verwiesen werden, dann wird nur ein Teilrente bewilligt. Die Einschätzung 3-<6h eignet sich also, wenn Arbeitslosigkeit vorliegt, nicht als Kompromisslösung. Mehrere Prüfärzte weisen auf diesen Umstand hin und beklagen, dass er den begutachtenden Kollegen und auch Medizinern in Rehabilitationskliniken offenbar nicht bekannt ist.

„Ganz oder Gar nicht“-Fällen ist hier die graduelle Differenzierung nur mit großer medizinischer Sachkenntnis und Erfahrung zu bewältigen. Diese Fälle zeigen sehr gut, dass verschiedene Prüfärzte mit unterschiedlicher fachärztlicher Erfahrung hier *begründet* zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. So kann z. B. die Schilderung einer mittelgradigen Depression durch den psychiatrischen Gutachter Entscheidungsspielraum offen lassen. Ein Grund für die Einstufung unter 3-<6h kann etwa sein, dass das Leiden des Versicherten als bedeutsam eingeschätzt wird, dass aber noch nicht alle Therapieoptionen ausgenutzt wurden und ein Besserungspotential gesehen wird. Der Prüfarzt, und hier mischen sich medizinische und strategische oder aber gutachterliche und therapeutische Überlegungen, erhält dem Versicherten (wenn dieser einen Arbeitsplatz hat) den Anschluss an den Arbeitsmarkt und die Motivation, aktiv auf eine Verbesserung hinzuarbeiten. Die Prognose der Erkrankung, die in solchen Fällen noch offen ist, kann hier besonders wesentlich sein. Hier zeigt sich gegebenenfalls, dass auch die gutachterlich tätigen Mediziner den Blick für die ärztliche Tätigkeit im engeren Sinne nicht aufgegeben haben. Die folgende Zusammenstellung zeigt einige Beispiele für die Entscheidung 3-<6h:

- P1 TAM5: 52-jährige Frau, chron. Schmerzsyndrom, noch keine Inanspruchnahme von schmerztherapeutischer Behandlung als fehlender Leidensdruck gedeutet: 3-<6h allg. Arbeitsmarkt
- P3 TAM3: eine 50-jährige Frau, im mobilen Haushaltsservice tätig mit chronischem Schmerzsyndrom, Funktionseinschränkungen können anhand der Messungen nachvollzogen werden, Behandlungsoptionen allerdings noch nicht ausgeschöpft: 3 - <6h allg. Arbeitsmarkt,
- P4 TAM3: eine Krankenschwester mit chron. Müdigkeitssyndrom, schnellere Erschöpfung wird angenommen: 3-<6h allg. Arbeitsmarkt
- P5 TAM3: es bestehen Zweifel an der Compliance der Versicherten, die vorliegenden Befunde reichen P5 nicht für eine volle Rente: 3-<6h,

Die Prüfärzte müssen sich bei ihrer Entscheidung und deren Begründung stets auf die vorhandenen Unterlagen stützen, hier sind vielfach (in Gutachten, Reha-Entlassungsberichten, Vor-Voten) bereits Quantifizierungen vorgegeben. Keinesfalls, so wird in verschiedenen Interviews betont, dürfen die Votes einfach abgeschrieben werden. Es erfolgt aber sehr wohl eine Abgleich des eigenen Eindrucks mit dem des Gutachters, Rehabilitationsmediziners oder Fachkollegen in der A und B Stelle.

Zur sozialmedizinischen Entscheidung gehört in jedem Fall auch die Feststellung des Leistungsfalles, d. h. des Zeitpunktes an dem alle Voraussetzungen für die Leistung gegeben waren. In einigen Fällen kann ein akutes Ereignis als Leistungsfall identifiziert

werden (akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes). Vielfach werden von den Prüfarzten aber auch Randdaten wie der Beginn einer längeren Arbeitsunfähigkeit, das Datum der Rentenantragsstellung oder dergleichen herangezogen. In einigen Fällen ist die Festlegung des Krankheitsbeginns wesentlich, da zugleich auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen müssen, damit tatsächlich der Leistungsfall eintritt. In einem solchen Fall, wie er auch in den TAM Protokollen dieser Untersuchung vorkommt, ist es offenbar eine Ermessensentscheidung, an welchem der möglichen hilfswisen Orientierungsdaten (im konkreten Fall Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Tag der Klinikaufnahme) der Prüfarzt den Leistungsfall festmacht.⁵⁷

Schließlich ist die Befristung der Rente zu entscheiden. Für die Dauer der Rentenzahlung kann medizinischerseits eine Angabe gemacht werden, auch hier trifft die Verwaltung die letzte Entscheidung. Der Zeitraum der befristeten Rente richtet sich nach den Besserungsaussichten und den anstehenden Therapiemöglichkeiten. In diesem Zusammenhang beklagen vor allen die Ärzte, die psychiatrische Fälle bearbeiten, dass hier die Therapiedauern lang sind und mit den in den Rentenverfahren üblichen Fristen kaum erfasst werden können.

5.3.6 Differenzierung zwischen orthopädischen und psychiatrisch/neurologisch/psychosomatischen Fällen

Eine in allen Fällen scharfe Abgrenzung zwischen den Diagnosegruppen ist nicht möglich: so gibt es einerseits Versicherte, die zugleich orthopädische und psychiatrisch/neurologische Leiden geltend machen oder die Diagnose mehrerer Krankheitsbilder haben - wobei hier immer wieder das Problem auftaucht, unter sozialmedizinischer Perspektive die Leitdiagnose zu identifizieren. Zudem gibt es Krankheitsbilder, die nicht eindeutig zuzuordnen sind, so kann vor allem das Problem des Schmerzes in vielen Fällen sowohl orthopädisch, als auch neurologisch oder auch psychosomatisch begründet sein/werden. Insofern geht ein Vergleich einander gegenüberstehender Diagnosegruppen offenbar an der Sache vorbei. Dennoch zeigen sich in den Interviews und Think-Aloud Protokollen Sichtweisen, die auf bestimmte Schwerpunktsetzungen bei verschiedenen Diagnosen schließen lassen. So gibt es eindeutig orthopädische Fälle: z. B. P13 TAM1; der Versicherte hat ein versteiftes Hüftgelenk. Dieses Problem löst P13, indem ein Arthrodesen-Stuhl verordnet wird, mit dem die Versicherte trotz der Einschränkung sitzen kann. Zugleich legt sie das quantitative

⁵⁷In dem konkreten Fall P10 TAM1 liegt der Beginn der AU im April und die Klinikaufnahme im Juli. Ende Juni erlöschen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Erwerbsminderungsrente. Die Prüfarztin geht daraufhin die ihr zur nochmaligen Kontrolle vorgelegte Akte erneut durch. Die Leiden und die daraus resultierenden Einschränkungen der Versicherten (<3h am allgemeinen Arbeitsmarkt) sind aus ihrer Sicht unstrittig. Frühere Anzeichen der sich langsam trotz Behandlung verschlechternden Erkrankung sind in den Unterlagen dokumentiert. Die Prüfarztin entscheidet sich für den AU-Beginn als Leistungsfall. Der gegebene Ermessensspielraum wird hier im Sinne der Versicherten ausgenutzt.

Leistungsbild auf<3h als Krafftfahrer aber auf>6h für den allgemeinen Arbeitsmarkt fest. Typisch für den psychiatrischen Bereich sind Fälle von Angststörungen, die meist schon einen längeren Krankheitsverlauf aufweisen. Hier, z. B. im Fall P8 TAM4, liegt das Problem darin, dass die Versicherte von der behandelnden Psychiaterin länger AU geschrieben wurde, was vom Prüfarzt der DRV als ungünstig bewertet wird, da so die Versicherte in ihrer ängstlichen Haltung bestärkt wird. Zum Zeitpunkt der prüfärztlichen Begutachtung erscheint die Entwicklung dann unumkehrbar:

Transkriptausschnitt P8/TAM 4, Z 66f:

P8: „Klasse (.) genau; nun mach was draus hier, (.) mit Zauber ((stöhnt)) naja das ist ja hier auch so eine ja also, was soll ich mit der anfangen, ich hätte hier letztlich auch nicht den Eindruck gehabt, dass durch eine vier oder meinethalben sechswöchigen stationären Rehabilitation der bisherige Weg in die ausgeprägte Regression umkehrbar gewesen wäre“

P8 entscheidet vor diesem Hintergrund pragmatisch auf <3h und dies obwohl die Versicherte Jg. 75 ist.

Wie an anderer Stelle erwähnt, ist es keineswegs trivial, ob ein Krankheitsbild dem orthopädischen oder dem psychiatrischen Formenkreis zugeordnet wird. Übereinstimmend bezeichnen die Prüfarzte die externen orthopädischen Gutachter als die Strengerer (im Vergleich zu Psychiatern). P10 merkt an: „da kommt jeder vollschichtig raus“. Diese Differenz können die Prüfarzte in ihre Beurteilung der Gutachten einfließen lassen, so wie sie auch andere Unterschiede der verschiedenen Diagnosegruppen zu berücksichtigen haben: so sind in der Orthopädie messbare Daten vorhanden, auf die sich die Beurteilung stützen kann. Allerdings müssen auffällige Befunde in bildgebenden Verfahren und auch bei der Untersuchung mittels der Normal-Null-Methode nicht automatisch bedeuten, dass eine sozialmedizinisch relevante Störung vorliegt. Dennoch, es ist gerade ein Psychiater, der im Interview angibt, dass orthopädische Daten objektiver und daher „klagefest“ seien. Die typischen Angaben in psychiatrischen Gutachten sind anamnestischer Natur, der Gutachter kann im Rahmen der Konsultation aber nur eine Querschnittbeurteilung leisten, was die Diagnostik erschwert. Andererseits sind sie stärker am konkreten Lebenskontext des Versicherten orientiert. P16 merkt hierzu an: „ein Psychiater denkt immer schon sozialmedizinisch“. Diese Daten scheinen also einerseits weniger objektiv, andererseits aber für den Fall der sozialmedizinischen Beurteilung besser sachbezogen.

Reizworte für die Prüfarzte sind aus dem psychiatrischen Bereich auch bestimmte Diagnosen wie etwa Fibromyalgie („Alles-tut-weh-Syndrom“, P9) oder chronisches Müdigkeitssyndrom u. ä., die sich einer objektiven Prüfung weitgehend entziehen.

5.3.7 Stile der Aktenbearbeitung

Im Rahmen der Auswertung der Interviews mit den Prüfärzten, Beobachtungen während der Think-Aloud Erhebungen, der TAM-Protokolle und den dazugehörigen Akten konnten bei den Prüfärzten unterschiedliche Aktenbearbeitungs- sowie Aktenaufbereitungsstrategien herausgearbeitet werden. Diese können im Sinne von individuellen Arbeitsstilen verstanden werden, die von den einzelnen Prüfärzten im Laufe Ihrer Tätigkeit entwickelt wurden, um

- a) gezielt für sie relevante Informationen schnell aufzufinden,
- b) die für sie relevanten Eckdaten des ‚Falles‘ auf einen Blick zu sehen und
- c) den Verlauf des Falles nachvollziehen zu können.

Zu a) Formulare, wie z. B. die letzten ärztliche Stellungnahmen, denen ein Votum zu entnehmen ist oder der Rentenanspruch, werden von einigen Prüfärzten mit einem ‚blauen Klebchen‘ (Post-It) versehen, die wie ein Trennblatt am Rand der Akte sofort erkennbar sind. Besagtes Formular war ursprünglich mit einem blauen Rand versehen und handschriftlich auszufüllen und damit sofort erkennbar. Im Zuge der Digitalisierung wird dieses Formular seitens der Sachbearbeitung nun am PC ausgefüllt und ausgedruckt, so dass der blaue Rand nicht mehr vorhanden ist.

Transkriptausschnitt P1/TAM 1, Z 1f:

P1: Eine Frau, Jahrgang 53, Beruf Datentypistin. So als erstes Blaurand gucken, wo sind wa? Rentenanspruch, blaues Klebchen drauf. Das läuft dann so nebenbei, das macht man da so schon im Schlaf.

Zu b) Eine Prüfärztin (P3) entwickelte ein Kode-System anhand dessen sie die für sie relevanten Eckdaten des Falles notierte. Die Entschlüsselung der Kodierung konnte nur sie vornehmen. Die Kodierung wurde bei jeder Vorlage der Akte auf der aktuellsten Übersichtsseite (entspricht dem Deckblatt, auf dem die wesentlichen Informationen zum Antragsteller und zur Verfahrensart vermerkt sind) notiert, bei Wiedervorlage auf das neue Deckblatt übertragen und mit neuen Informationen aktualisiert und fortgeführt. In der folgenden Abbildung (Abbildung 10) wird eine solche Kodierung und deren Aufschlüsselung abgebildet.

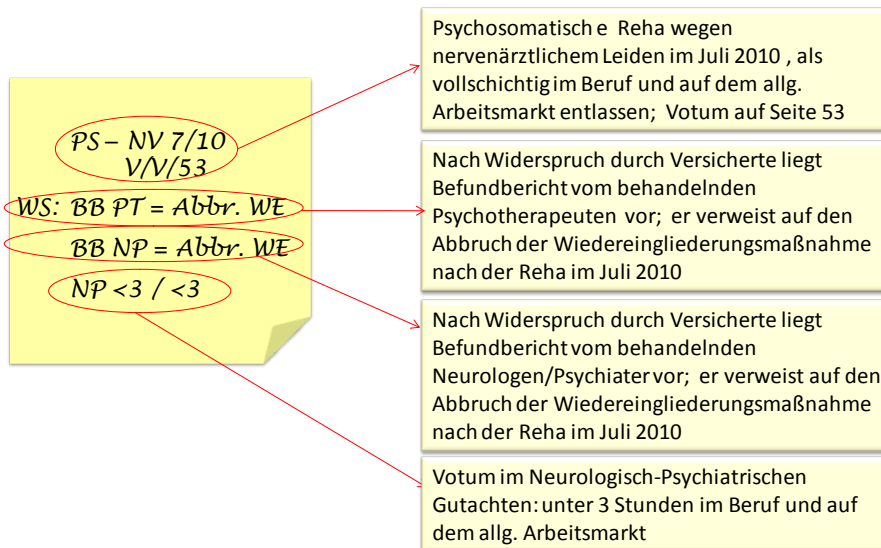


Abbildung 10: Kodierung eines EM-Rentenansatz im Widerspruchsverfahren

In weniger detailliertem Maße machen andere Prüfarzte die relevanten Daten für sich und andere kenntlich: P8 markiert die signifikanten Aussagen in Gutachten mit Kugelschreibermarkierungen, P9 verwendet zu diesem Zwecke „Post-Its“, die er allerdings am Ende der Bearbeitung wieder entfernt.

Viele Prüfarzte merken sich die wichtigen Fakten und Seitenzahlen während der Aktenbearbeitung, um Hin- und Herblättern zu vermeiden. Das gelingt in unterschiedlichem Maße, wie die Zahl und Dauer der Sprechpausen und Blättergeräusche in den Think-aloud Protokollen zeigen. Vor allem P10 beeindruckt durch ein hervorragendes Kurzzeitgedächtnis.

Zu c) Exemplarisch kann in diesem Zusammenhang ein Prüfarzt aufgeführt werden, der noch nicht sehr lange in diesem Feld tätig ist. Anhand einer chronologischen Auflistung der wichtigsten ‚Stationen‘ des EM-Rentenansatz notiert er den Verlauf des Falles in einem ‚Memo‘ (P7/TAM 1, Z 29) in einem Freitextfeld auf dem ihm vorliegenden Entscheidungsbogen, wie z. B. die Voten aus früheren Verfahren, aus Gutachten und die im Rentenansatz angegebenen Leiden und die entsprechenden Seitenzahlen.

Auch erfahrene Prüfarzte arbeiten mit Notizen: so hat P11 bei der Aktenbearbeitung ein leeres Blatt neben der Akte liegen, auf dem er wesentliche Daten des Falles notiert. Nach Abschluss der Entscheidung und dem Ausfüllen des Entscheidungsformulars verwirft er diese Notizen.

Im Hinblick auf die möglicherweise schon in absehbarer Zeit ausstehende Digitalisierung der Akten, die dann nur noch am Bildschirm bearbeitet werden können, äußerten einige Prüfarzte Bedenken, das eine solche individuelle Aktenaufbereitung unmöglich gemacht wird.

5.3.8 Dokumentation der Entscheidung

Die einmal getroffene Entscheidung haben die Prüfärzte auf dem vorgelegten Formblatt zu dokumentieren. Auf zwei A4 Seiten werden quantitatives und qualitatives Leistungsbild (hierbei Arbeitsschwere, Arbeitshaltungen, Einschränkungen) angekreuzt bzw. notiert. Eine Reihe weiterer Fragen (Leistungsfall, Befristung, Wegefähigkeit, Einsichtnahme durch den Versicherten) wird ebenfalls durch ankreuzen bearbeitet. Auf den Formblättern gibt es Freitextfelder, die in sehr unterschiedlichem Maße genutzt werden. In vielen bei der Aktenanalyse gesichteten Akten waren hier kaum Eintragungen zu finden. In verschiedenen Interviews wurde mitgeteilt, dass ausführliche Begründungen „nicht gewollt“ sind, was sich auf die Verwaltung bezieht, die die Akte weiter bearbeitet.

Interviewausschnitt P10⁵⁸ zur Dokumentation

P10: Und nur weil immer weniger reingeschrieben wird in die Voten; weil das immer mehr auf wirklich nur diese Kreuzchen und nur dieses; (.) deswegen geht trotzdem einiges vorher durch den Kopf, und das ist mehr ne Anpassung das wir sagen; wenn nicht mehr gewollt wird, auch nicht bei der Quantität Quali- Quantität doch, die gefordert wird, muss man irgendwo gucken; dass man da die Balance hinbekommt;

So wird vielfach auch mit Blick auf die Vielzahl der zu erledigenden Akten auf eine ausdrückliche Begründung der Entscheidung, die nach Ansicht verschiedener Gesprächspartner sowieso niemand lesen würde, verzichtet. In einem anderen Interview wird festgestellt, dass jeweils dann keine weitere Begründung angegeben wird, wenn dem aktuellen fachärztlichen Gutachten gefolgt wird. Tatsächlich findet man genau diese Begründung („dem Gutachten wird gefolgt“) bei der Sichtung der Akten immer wieder. Wird dagegen einem aktuellen Gutachten nicht gefolgt, dann sind die Begründungen umfangreicher (vgl. Beispielfall P11/TAM 3 im Anhang J). In diesen Fällen wird explizit gemacht, an welcher Stelle die Argumentationskette des Gutachtens angezweifelt wird, wo die Defizite liegen und welche Schlüsse daraus gezogen werden.

Das Fehlen ausführlicher Begründungen ist insofern überraschend, als immer wieder nachvollziehbar ist, dass es bei der Arbeit der Prüfärzte vor allem darum geht, medizinisch sinnvoll begründete Entscheidungen zu treffen. Offenbar wird dies aber erst in fortgeschrittenen Verfahrensstadien explizit, wenn man „dem Widerspruchsausschuss Futter geben muss“ (P10) oder wenn vor dem Sozialgericht argumentiert werden muss. Da sie vor allem mit solchen Fällen befasst sind, verwundert es nicht, dass man bei den psychiatrischen Referenten in der DRV Bund grundsätzlich eine gesondert diktierete Entscheidungsbegründung vorfindet.

⁵⁸ Interview P10, Ausschnitt: #00:12:46# bis #00:13:20#

Offenbar gibt es zu bestimmten Punkten der Dokumentation interne Vorgaben, die allerdings von einigen Prüfarzten persönlich angepasst werden. So berichtet ein Gesprächspartner, dass im Widerspruchsfall alle zur Entscheidung verwendeten Dokumente in einer bestimmten Form aufzulisten seien, um dann gleich anzumerken, dass er das aber anders mache. In den Akten anderer Prüfarzte findet man dagegen genau solche Auflistungen der Dokumente, auf die sich die Entscheidung stützt.

Liegen die angeforderten Unterlagen vor, dann trifft der Prüfarzt die Entscheidung und dokumentiert sie, meist ohne eine ausführliche Begründung, auf einem Formblatt. Dieser letzte Entscheidungsschritt ist durch das Formblatt hoch formalisiert und meist sind nur Ankreuzungen vorzufinden, selten eine direkte Bezugnahme auf vorliegende Unterlagen, selten auch eine ausformulierte Begründung. (hier eine detailliertere Darstellung des Formblattes in der DRV Bund, kann ich jetzt nicht machen, da ich keines hier habe) Den Experteninterviews ist zu entnehmen, dass das Fehlen einer ausdrücklichen Begründung durch den Prüfarzt in der Regel bedeutet, dass dem vorliegenden Gutachten gefolgt wird.

In den Fällen, in denen in der DRV Bund eine Stellungnahme durch einen psychiatrischen Referenten angefordert wurde, liegt diese fachärztliche Stellungnahme, meist von wenigen Zeilen bis höchstens eine A4-Seite vor. Diesen Stellungnahmen kann dann entnommen werden, auf welche Sachverhalte und Unterlagen die Entscheidung gestützt wird.

5.3.9 Prüfarzte als individuelle Personen

Die einschlägigen Studien zur Entscheidungstheorie verweisen einhellig darauf, dass die Person des Entscheiders eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess spielt (vgl. Kapitel 2.2). So gab es auch in dieser Untersuchung eher strenge und eher wohlwollende, eher genaue und eher großzügige, wohl organisierte und eher ungeordnete Personen und Arbeitsstile. Einige Gesprächspartner beeindruckten durch exakte Kenntnisse der Gesetzestexte und Regularien, andere durch große Gründlichkeit bei der Aktenarbeit, die meisten durch ein enormes Lesetempo. Eine Typisierung möglicher Ausprägungen dieser Arbeitsstile, Präferenzen und Fähigkeiten war ausdrücklich nicht Thema dieser Untersuchung. Dagegen ist es sinnvoll, bestimmte übergreifende Kategorien wie Berufserfahrung, Geschlecht, Erfahrung in der DRV als Zugangsweisen zu den anstehenden Entscheidungen zu würdigen:

Berufserfahrung der Prüfarzte

Zweifellos bildet die berufliche Erfahrung der Prüfarzte im jeweiligen medizinischen Fach einen wesentlichen Hintergrund der Entscheidungen. Wie Vogd (2004) (vgl. Kapitel 3) ausführt, gibt es erkennbar unterschiedliche Fachkulturen, etwa zwischen Chirurgen und

Internisten. In dieser Untersuchung waren bei den Prüfarzten neun verschiedene Fachrichtungen vertreten, die in den Regionalträgern, bei denen Akten fachbezogen zugeordnet werden naturgemäß mehr zum Tragen kommen. Anhand der vorliegenden Daten können allerdings kaum fachbezogene Besonderheiten dargestellt werden, u. a. auch, weil die Angabe bestimmter Fachrichtungen die Personen identifizieren kann. In der DRV Bund, wo, abgesehen von den psychiatrischen Referenten, jeder Arzt jedes Fachgebiet bearbeitet (die Aktenzuordnung erfolgt nach Geburtsdaten), gibt es in den Interviews Hinweise, dass die Vertreter „kleinerer“ Fächer erfreut sind, wenn sie Fälle aus ihrem Bereich vorgelegt bekommen und dass es sogar informelle Tauschaktionen gibt. So berichtet ein Arzt, dass einer seiner Kollegen „aufblüht“, wenn er eine Akte aus seinem sehr kleinen Fachgebiet bekommt. Dass Kollegen fachbezogen angesprochen werden, wenn es um spezielle Kenntnisse aus ihrem Fachgebiet geht, wird vielfach berichtet. Bei den zahlreichen Fällen, in denen die Versicherten multimorbide sind, treten auch hier die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen miteinander zum Zwecke der Beratung in Kontakt. Umgekehrt stellen die Ärzte klar, dass ein „gestandener Sozialmediziner alles macht“ und dass es gerade die interessante Herausforderung an dieser Tätigkeit ist, dass wie im Studium alle Fachgebiete abgefragt werden. P5 bringt es so auf den Punkt: „Mehr sieht nur der Notarzt“. So wird also jenseits des fachlichen Herkommens die sozialmedizinische Kompetenz als Querschnittsqualifikation geschätzt.⁵⁹

Geschlecht der Prüfarzte als Einflussgröße

Bei den 19 Personen, die an den Interviews, an der Think-Aloud Methode und an den retrospektiven Besprechungen teilnahmen waren 9 Männer und 10 Frauen. Damit sind die Männer im Vergleich zur tatsächlichen Zusammensetzung der sozialmedizinischen Dienste der DRV überrepräsentiert. Bei der Sichtung der insgesamt 80 Entscheidungsfälle lässt sich nicht eindeutig ermitteln, dass Männer oder Frauen systematisch strenger oder einfühlsamer, gründlicher oder oberflächlicher entscheiden würden oder in einer anderen relevanten Dimension der Entscheidung deutlich voneinander unterscheidbar wären; auch die Einschätzung von einigen wenigen Prüfarzten und einer Expertin, dass Frauen strenger urteilen würden, schien im Kontext der Datenauswertung eher auf personen- als geschlechtsspezifische Merkmale bzw. Entscheidungsstile hinzudeuten.

Erfahrung in der DRV und Selbstverständnis als Sozialmediziner

Die Prüfarzte wurden jeweils gefragt, wie lange sie bereits in der DRV tätig sind, um nachzuvollziehen, ob die Erfahrung in der sozialmedizinischen Begutachtung die

⁵⁹In dieser Hinsicht stellen die Psychiater, die in vergleichsweise großer Zahl in der Untersuchung vertreten sind noch einen Sonderfall dar. Mehrere von ihnen stellen im Interview fest, dass ein Psychiater per se sozialmedizinisch denken muss, und diese Herangehensweise ist auch in den Think aloud Protokollen und den retrospektiven Besprechungen nachvollziehbar.

Entscheidungsprozesse beeinflusst. In der Planung der Untersuchung war eine Kategorisierung in <2Jahre, 2-10Jahre und >10Jahre vorgesehen. In die erste Gruppe fielen von den befragten Prüfärzten drei Personen. Ganz im Einklang mit den Angaben aus der Literatur (vgl. Kapitel 3) verarbeiteten die noch unerfahrenen Prüfärzte viele Informationen und benötigten längere Zeit. Auch die in der Literatur angegebene Tendenz zu Kompromissentscheidungen war tendenziell nachvollziehbar. Die Differenz dieser Personen zu den länger erfahrenen Prüfärzten ist also erkennbar, kann aber aufgrund der schmalen Datenbasis nicht als belegt gelten.

Eine noch nicht lange in der DRV beschäftigte Person fiel durch ihre nach wie vor starke Identifizierung mit dem kurativen Ansatz der ärztlichen Tätigkeit auf. Hier war der Übergang in eine ausschließlich gutachterliche Haltung nicht erkennbar und die Person war in jedem Fall darum bemüht, nicht nur zu begutachten, sondern immer auch zu helfen.

Die übrigen Teilnehmer an der Untersuchung teilten sich gleichmäßig auf die beiden anderen Erfahrungsgruppen, die sich im Ergebnis weniger voneinander unterscheiden. Entwicklungen, die mit der beruflichen Erfahrung einhergehen ließen sich bei diesen Prüfärzten vor allem aus den Interviews entnehmen. Hier schilderten mehrere Teilnehmer ihre eigenen Einschätzungen zu erfahrungsbezogenen Veränderungen in ihrer Tätigkeit. Mit der ansteigenden Berufserfahrung lassen sich demnach z. B. bezogen auf die unterschiedlichen Verfahrensarten zwei gegenläufige Tendenzen nachvollziehen:

Einerseits legen die Prüfärzte im Laufe der Zeit den Respekt vor fortgeschrittenen Verfahrensstadien, in denen es auch um die Auseinandersetzung mit Dritten (also Widerspruchsausschuss, Rechtsvertretern der Versicherten, Gerichten) geht, ab. Vielfach wird geäußert, dass zu Beginn der Tätigkeit die Anfechtung der eigenen Entscheidung in Widerspruch und Klage Besorgnis auslöste, was mit fortschreitender Erfahrung offenbar immer weniger zum Problem wird. Im Gegenteil, alterfahrene Prüfärzte sehen es durchaus als interessante Herausforderung an, in die fachliche Auseinandersetzung mit Gerichtsgutachtern zu gehen, vor allem wenn es bei den Regionalträgern darum geht, ein eigenes Gutachten zu vertreten.

Als gegenläufige Tendenz wird beschrieben, dass bestimmte „Niederlagen“ (vgl. Zimmermann 1994, Kapitel 2) erfahren werden und dass die Prüfärzte es im Laufe ihrer Erfahrung lernen (müssen), bestimmte Fälle entgegen der eigenen fachlichen Überzeugung aufzugeben, da sie vor dem zuständigen Sozialgericht nicht zu gewinnen sind. Es erfolgt eine erfahrungsgestützte Konzentration auf die Fälle, die Aussicht auf Erfolg haben.

5.3.10 Zum Sonderfall der psychiatrischen Referenten

In der DRV Bund werden alle Prüfärzte mit Fällen aus allen Fachrichtungen konfrontiert, nur spezielle psychiatrische Fragestellungen werden an die psychiatrischen Referenten weitergeleitet. Den psychiatrischen Referenten wird eine hochselektive „Negativ“ – Auswahl von Fällen vorgelegt, da sie vor allem dann in Anspruch genommen werden, wenn die Prüfärzte den Fall nicht entscheiden konnten. Ein Prüfärzte gibt an, dass er die psychiatrischen Renten auch bemüht, wenn er eine psychosomatische Reha durchsetzen will. Hier holt er sich die fachliche Unterstützung der psychiatrischen Referenten gegenüber einem in dieser Hinsicht strengen Vorgesetzten.

Die psychiatrischen Referenten sind also mit langwierigen, komplizierten und oftmals wenig aussichtsreichen Fällen befasst. Vielfach ist die Befundlage in den medizinischen Dokumenten ausgesprochen widersprüchlich. Wenn einer der Referenten davon spricht, dass er „Spreu vom Weizen“ (P8) trennt, dann ist damit nicht nur gemeint, dass er Kranke von Gesunden zu unterscheiden hat, sondern vor allem auch, dass er solche Fälle erkennen muss, die in ihrer Gesamtkonstellation vor dem Sozialgericht keine Aussicht auf Erfolg für die DRV bieten. Noch mehr als die Prüfärzte sehen die psychiatrischen Referenten also ihre Aufgabe darin, ihre Fälle argumentativ „rund“ zu machen, womit die medizinische Begründung gegenüber der Entscheidung in den Vordergrund tritt. Die acht bei psychiatrischen Referenten erhobenen Think-aloud Fälle zeigen einen außerordentlich weiten Ermessensspielraum. Mehrfach kritisieren die Referenten die behandelnden Ärzte der Versicherten, die durch ihr Vorgehen ihre Patienten in aussichtslose Lebenslage manövriert haben. Das Bedauern, hier nur sehr begrenzt helfen zu können, ist deutlich; mehrere Fälle werden mit einem resignativen Kopfschütteln abgeschlossen, d. h. die Erwerbsminderung wird mit Bedauern bescheinigt, da die Rente auch als eine Form der Regression zu verstehen ist. Auch das Problem der Aktenlageentscheidung als solcher wird hier thematisiert. Die ausgesprochen komplexen Fälle, die den psychiatrischen Referenten vorgelegt werden, wären möglicherweise durch die persönliche Begutachtung sinnvoller zu beurteilen.

5.3.11 Organisation und Verwaltung, eigenes Professionsverständnis

Wie sich bereits in den Experteninterviews abzeichnete, schildern auch die Prüfärzte der DRV ein eher gespanntes Verhältnis zwischen sozialmedizinischem Dienst und der Gesamtorganisation bzw. der juristisch dominierten Verwaltung. So werden für die Einarbeitungszeit Koordinationsprobleme geschildert. Prüfärzte, die neu in der DRV sind, müssen sich erst an die neue Arbeitsteilung und ihre eigene, eher untergeordnete Position gewöhnen.

Interviewausschnitt P16⁶⁰ zur Rolle der Verwaltung

P16: ham wir denn nicht schon genug Bürokratie und dann hab ich irgendwo vergessen n Kreuzchen zu setzen und, auch diese, ähm, was ist verwaltungsrechtlich und was ist medizinisch also diese Trennung ich kann zwar ankreuzen, der hat die und die und die und die und die Leistungseinschränkung ich darf aber als Arzt nich festlegen das ist ne Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkung also müsste der ne Rente kriegen, das ist nun wieder Verwaltungssache, das warn so Sachen die sind mir einfach nicht in Kopf gegangen weil ich die nicht verstanden hab, ich wars natürlich als Arzt gewöhnt zu sagen das ist so ((lacht leicht)), ne der hat die Diagnose und der kriecht die Medikamente und so sieht die Therapie aus ((lacht leicht)), es hat das hat ja vorher nie jemand in Frage gestellt ne und plötzlich sitz ich hier am Schreibtisch und dann ruft mich da so ne Verwaltungsdame an und sacht ((verstellt die Stimme)) also P16, äh wie habe Sie sich das denn gedacht und Sie können da aber nicht nur acht Monate befristen und das geht doch so nicht ((lacht leicht)), und dann kann ich der fünfmal erzählen, na ja die Therapie dauert acht Monate und danach ist mit ner Besserung zu rechnen, ((verstellt wieder die Stimme)) ja aber das geht verwaltungsrechtlich nich bums (1) so ((lacht))

Für den weiteren Verlauf der Tätigkeit schildern die meisten Gesprächspartner eine Zweiteilung: im direkten Umgang mit Verwaltungsmitarbeitern, Referatsleiters usw. gibt es für sie keine Probleme, die nicht auf einer zwischenmenschlichen Ebene geregelt werden könnten. In diesem Zusammenhang wird von einer kollegialen, vielfach vertrauensvollen und intensiven Zusammenarbeit gesprochen, auch wenn die professionellen Unterschiede immer wieder einmal zu Missverständnissen führen.

Strukturell dagegen fühlen sich die Prüfärzte in der Gesamtorganisation marginalisiert. Wie die Leitungskräfte in den Experteninterviews nehmen die Prüfärzte nur eine geringe Wertschätzung ihrer Arbeit wahr.

Interviewausschnitt P10⁶¹ zum Konflikt mit der Verwaltung

P10: der Arzt ist ja doch immer noch unmittelbar vor Ort derjenige der die Entscheidungen trifft und der auch die Verantwortung trägt; äh und hier ist es wirklich so, hier sind die Juristen diejenigen welche,
(...)
der beratungsärztliche Dienst hier im Hause; naja ein notwendiges Übel; und das wird von den obersten Führungskräften zum Teil in ziemlich übler Form auch verbalisiert und äh pfff, solln doch froh sein, dass sie hier im Warmen sitzen und froh sein dass sie überhaupt Geld kriegen; und äh ne Wertschätzung oder so was und da kommen da solche Pilotaktionen, zwei Stunden Einweisung für die Juristen und dann können se das auch,

Die an anderer Stelle erwähnte Pilotstudie wird hierfür von verschiedenen Teilnehmern als Beispiel angeführt. Ein solches Unternehmen – Nicht-Mediziner nach vergleichsweise kurzer Einweisung mit ärztlichen Aufgaben zu betrauen - interpretieren die ärztlichen Mitarbeiter, selbst wenn es sich als Misserfolg erwies, als Missachtung ihrer Kompetenz. Tatsächlich klafft hier eine Lücke zwischen den Einstellungsvoraussetzungen für Prüfärzte (Facharztreihe, möglichst langjährige praktische Erfahrung und Erfahrung mit Gutachten) und

⁶⁰ Interview P 16, Ausschnitt: #00:05:00 bis #00:06:00#

⁶¹ Interview P10, Ausschnitt: #00:10:40# bis #00:12:12#

der in der Pilotstudie angelegten Qualifikation, die kaum größer sein könnte. In der konkreten Arbeit, so etwa P6 können die Sozialmediziner ihre Kompetenz dadurch zeigen, dass sie mit wenigen Unterlagen zu fundierten Ergebnissen kommen, was Zeit und Verwaltungskosten spart.

Neben dem systematisch vorzufindenden Abgrenzungsproblem gegenüber der juristischen Seite der Organisation ist es offenbar für das persönliche Professionsverständnis der Prüfärzte auch bedeutsam, dass im alltagsweltlichen Verständnis die Sozialmedizin kein sehr hohes Ansehen genießt. Hier gibt es Aussagen im Interview wie „es ist gar nicht so schlimm“ oder „Schreibtischärzte“, die diese geringe Wertschätzung widerspiegeln. Die überwiegende Mehrzahl unserer Gesprächspartner wechselte aus pragmatischen (familiären, gesundheitlichen) und nicht aus inhaltlichen Gründen in die Sozialmedizin.

Interviewausschnitt P13⁶² zur Berufswahl

P13: Äh ja aus familien(.)technischen Gründen, ich wollte gerne eine Familie gründen, und äh mit 24-Stunden-Diensten (...) also das war nicht möglich; und da habe ich die Entscheidung getroffen, ich bin nicht unbedingt ein Karrieremensch, ich will nicht unbedingt ich wollte nicht unbedingt Oberarzt oder Chefarzt werden, und habe gesagt okay die Familie ist mir wichtig, und das sind hier schon angenehme=re Arbeitszeiten als in der Klinik; zumindestens Sonn- und Feiertage habe ich frei und äh jetzt habe ich halt eine kleine Tochter und bin zufrieden; ja? und das war mein Ziel eigentlich; ne? natürlich fehlt die kurative Seite, das fiel mir am Anfang sehr schwer, ne? hier läuft natürlich gar nichts mehr; (...) das ist für mich dann hier beendet

Dementsprechend muss eine inhaltliche Identifikation mit der Sozialmedizin erst erarbeitet werden, was sich in den Interviews zeigt. So sind die meisten Prüfärzte bemüht klarzustellen, dass sie an dieser Stelle auch „helfen“ können, nur wenige ziehen sich konsequent auf eine medizinisch-wissenschaftliche, ausschließlich gutachterliche Haltung zurück. Die kurativ tätigen Kollegen werden als Gegenüber wahrgenommen, dessen Handeln zu beurteilen ist. Dies gehört zum Kern der gutachterlichen Tätigkeit, da die Diagnostik und Therapie der Behandler eng verschlungen mit dem zu beurteilenden Befinden und der Erwerbsfähigkeit des Versicherten steht. Einige Prüfärzte urteilen hier sehr selbstbewusst und stellen klar, dass sie als Behandler vieles ganz anders machen würden, andere halten sich sehr zurück mit der Begründung, dass sie die Situation ja nur sehr mittelbar kennen. Die für die DRV und die Gerichte tätigen Gutachter teilen sich aus der Sicht der DRV Ärzte in „gute“ und „schlechte“. Im einzelnen Verfahren können die Gutachter ausdrücklich „Gegner“ (z. B. vor Gericht) sein. Vor allem erfahrene Prüfärzte sehen hier eine Herausforderung der eigenen Kompetenz, insbesondere die Ärzte bei Regionalträgern, die eigene Begutachtungen durchführen.

Als ausgesprochener Vorteil der Sozialmedizin wird die Breite des erforderlichen Wissens geschildert. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im quantitativen Sinne ist dabei

⁶² Interview P13, Ausschnitt: #00: 01:37 bis #00:02:40#

zwangsläufig nicht nur medizinisch, sondern sozialmedizinisch zu verstehen. Es kommen also Kenntnisse hinzu, die über das Studium und die Berufserfahrung hinausgehen. Hier muss die Ausbildung als Sozialmediziner oder die Einarbeitung in der DRV selbst greifen. Diese erfolgt nach Angabe der Teilnehmer vor allem in einem „Meister-Lehrling-Verfahren“, so dass die Kenntnisse und Intuitionen erfahrener Prüfärzte tradiert werden. So ist hier „Intuition“ im Sinne Reynas (2008b, vgl. Kapitel 2) nicht als defizitär, sondern als funktionale und in diesem Sinne rationale Strategie der Entscheidung zu verstehen.

Ein Motiv, das sich durch alle Interviews zieht, ist das des Zeitdrucks. Die Prüfärzte geben an, enorme Aktenberge bewältigen zu müssen.

Interviewausschnitt P5⁶³ zum Zeitdruck

P5: Es geht einfach nicht, ich hab keine Zeit; ich mache jeden Tag mindestens vierzig in der Regel fünfzig Fälle; jeden Tag; je=den=Tag; aber ich muss sagen wenn ich mehr als fünfzig mache merke ich da baust du Mist; Akte aufschlagen, umschalten im Kopf nächster Fall, nach fünfzig kannst du das irgendwann nicht mehr; da können sie zwanzig Jahre alt sein da können sie fünfzig sein; irgendwann ist aus die Maus; und dann bauen sie Mist;

Hier werden Zahlen von im Extremfall bis zu 60 Akten am Tag angegeben, 40 Akten an einem Tag scheinen normal zu sein. Setzt man diese Zahlen in Beziehung zu den Think-Aloud Protokollen (auch wenn diese durch die Erhebungsmethode systematisch länger dauern als die Bearbeitung unter „stummen“ Bedingungen), dann ist die zeitliche Arbeitsbelastung beachtlich. Ein Prüfarzt verweist im Interview auf ein Urteil des Landessozialgerichts Thüringen, das für 80 Seiten Aktenstudium 1 Stunde vorsieht, wenn der medizinische Inhalt etwa $\frac{1}{4}$ ausmacht. Bei allgemeinem Inhalt sind 100 Blatt pro Stunde und bei rein medizinischen Inhalt sind 50 Blatt pro Stunde genannt (Landessozialgericht Thüringen, Az.: L 6 SF 220 (03), vgl. Med Sach 100 (2004) Nr. 3)

Einige Prüfärzte geben an, dass der Umfang der Aktenbearbeitung unter Normalbedingungen akzeptabel ist, dass aber fast kontinuierlich Krankheit, Urlaub und unbesetzte Stellen ausgeglichen werden müssen. So wird in einer Geschäftsstelle geschildert, dass hier systematisch auch Akten aus einer anderen Geschäftsstelle bearbeitet werden, da letztere der Arbeit offenbar nicht mehr Herr werden kann. Verständlicherweise löst diese Regelung bei denen, die die Akten nun bearbeiten, wenig Begeisterung aus.

5.3.12 Die „Wenn sie drei Wünsche frei hätten“ Frage

⁶³ Interview P5, Ausschnitt: #00: 40:30 bis #00:40:54#

Nach Möglichkeit wurde in jedem Interview die Frage gestellt, was die Arbeit erleichtern würde. Die folgende Zusammenstellung von Antworten gibt eine stichwortartige Übersicht über spezifische Probleme in der Arbeitswelt der Prüfärzte

- „Akten sollten nicht dicker als 100 Seiten sein“
- „Leistung sollte im Vordergrund stehen, nicht Befindlichkeitsstörungen des Sachbearbeiters“
- „Mehr Zeit! Manches kann man nur sehen, wenn wirklich alles gelesen wird“
- „Stellen werden zu spät ausgeschrieben, so dass sie leerstehen.“
- „Gutachten müssen besser sein, dann wäre die Beurteilung einfacher, weniger Klagen usw.“
- „Besser bezahlen für Gutachten, denn sie machen Arbeit, Qualität ist nicht zum Nulltarif zu haben.“
- „Es wäre gut, wenn der beratende Arzt mal mit dem Betreffenden sprechen könnte.“
- Verbesserung der internen Kommunikation, z.B. bei Einführung neuer Formulare
- „Gesund bleiben.“

5.4 Ergebnisse der Aktenanalyse durch externe Experten

Beide externen Experten sichteten 10 vollständige Akten der DRV Bund⁶⁴ und stellten dazu schriftliche Stellungnahmen zusammen. Diese wurden im Gespräch mit der Forschungsgruppe diskutiert. Insgesamt kamen beide Experten zu dem Ergebnis, dass die Entscheidungen in den ihnen vorgelegten Akten nachvollziehbar sind. Es zeigte sich in der Diskussion aber auch, dass die Experten durchaus Ermessensspielräume bei verschiedenen Entscheidungen sehen, so dass in Einzelfällen diese auch *begründet anders* hätten getroffen werden können.

Andererseits waren bestimmte Einschätzungen sehr ähnlich zu denen der jeweiligen Prüfärzte. So schätzten beide externen Experten das orthopädische Gutachten aus dem Fall P11 TAM3 ebenfalls als unbrauchbar, ja noch zu schlecht für ein „Gefälligkeitsgutachten“ ein.

Im Gegensatz zu den Prüfärzten der DRV konnten die externen Experten sich den Akten weitgehend handlungsentlastet nähern, d. h. sie standen nicht unter Zeitdruck und ihre Stellungnahme hatte keine Konsequenzen für die jeweiligen Versicherten. Auf diese Weise konnten sich die Experten sehr viel intensiver mit den Einzelheiten der Vorgeschichte der Versicherten beschäftigen und diese reflektieren, so dass in ihren Stellungnahmen Details

⁶⁴Die vier am Ende dieses Kapitels aufgeführten Fallbeispielfälle gehörten dazu.

erwähnt waren, die sich im entsprechenden Think-Aloud Protokoll nicht wiederfinden, die also offenbar für die tatsächlich getroffene sozialmedizinische Entscheidung keine Rolle gespielt hatten. Die intensivere Auseinandersetzung konnte auch Verläufe verdeutlichen, die bei der kurzen Betrachtung mittels Think-Aloud weniger in den Blick kamen. Beispielsweise im Fall P5/TAM6 sind in der Akte fünf sozialmedizinische Voten vor dem letzten Votum (das mittels Think-Aloud aufgezeichnet wurde) dokumentiert. Die Experten hatten Zeit und Gelegenheit jedes einzelne Votum erneut zu würdigen und den Gesamtverlauf nachzuzeichnen. Übereinstimmend kamen sie zu dem Urteil, dass der Verlauf durch eine bessere Koordination der verschiedenen Akteure (Patientin, Krankenversicherung, DRV, Reha-Klinik, behandelnde Hausärztin) frühzeitig zu einem wesentlich günstigeren Verlauf für die Versicherte hätte umgesteuert werden können. Für den Ärger der entscheidenden Prüfarztin über den Gesamtverlauf, den diese im Think-Aloud nur in aller Kürze rekapitulieren konnte, zeigten sie volles Verständnis.

Zwischen den beiden Experten zeigte sich als wesentliche Differenz, dass die eine Person einem großen Sozialversicherungsträger angehört, was bei der anderen nicht der Fall ist. Dies wirkte sich auf die Beurteilung einzelner Aspekte aus. So schätzte die Expertin, die Mitarbeiterin eines Sozialversicherungsträgers ist, die Entscheidungen stärker in einem institutionellen Rahmen ein. Sie berücksichtigte stärker bestimmte Zwänge, die aus der Zugehörigkeit zur Organisation herrühren, in den Verfahrensabläufen in spezifischer Form geregelt sind. Während der unabhängige Experte bspw. davon ausging, dass aufgrund des Gesamtbildes vom Versicherten, das sich aus der Akte ergibt, zu entscheiden ist, wies die organisationsgebundene Expertin darauf hin, dass ein Prüfarzt an dem Votum eines aktuellen Gutachtens „nicht vorbei“ kann. Beide externen Gutachter berücksichtigen als Interventionsmöglichkeit der Prüfarzte stärker als diese selbst die Rehabilitationsempfehlung. Mit Blick auf die Überlegung, dass ein Rentenantragssteller wenig motiviert in eine Rehabilitationsmaßnahme geht, zeigten sich die externen Experten optimistischer als die Prüfarzte selbst.

Beide externen Experten stellten fest, dass die Entscheidungsbegründungen in den vorgelegten Akten sehr spärlich ausfallen und benannten damit das gleiche Problem, dass die Forschungsgruppe bei der Aktenanalyse vorgefunden hatte. Auch die nicht chronologische Anordnung der medizinischen Unterlagen in den Akten (DRV Bund) wurde von beiden externen Gutachtern als zeitraubend und verwirrend angemerkt.

Schließlich stellten beide Experten übereinstimmend (und im Einklang mit der Literatur, vgl. Kapitel 2) heraus, dass die Gutachterpersönlichkeit ein nicht zu unterschätzender Faktor im Entscheidungsprozess ist, auch wenn formal korrekt die medizinischen Fakten bearbeitet werden.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse und weiter gehende Perspektiven

Sozialmedizinische Aktenlageentscheidungen und die Schließung von Deduktionslücken

Ausgangspunkt der Analyse der Entscheidungsheuristiken war zunächst die Spezifikation des besonderen Entscheidungstypus, mit dem die Prüfärzte bei der Beurteilung von EM-Renanträgen konfrontiert sind: als Aktenlageentscheidungen ohne direkten Patientenkontakt handelt es sich um die Beurteilung von ärztlichen Befunden und Gutachten unter dem sozialmedizinischen Gesichtspunkt der Bewertung noch verbliebener Arbeitsfähigkeit des Antragstellers angesichts der im Antrag zur Begründung genannten Krankheiten und Beschwerden. Dies bedeutet, dass die Prüfärzte ihre Entscheidung auf der Grundlage bereits verarbeiteter und verdichteter und daher reduzierter Informationen, die in der Akte vorhanden sind, treffen müssen. Der in den Gutachten und Befunden vorhandene Informationsverlust oder die Deduktionslücke - die ein behandelnder Arzt durch die direkte Anamnese, die körperliche Untersuchung und das ärztliche Gespräch und die Veranlassung weiterer Diagnostik schließen kann - muss der Prüfarzt anders kompensieren: durch die Beurteilung der Glaubwürdigkeit und der Schlüssigkeit der Gutachten. Ein weiteres Problem stellt die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt dar: ein Teil der hier entstehenden Deduktionslücke muss z. B. durch die Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Antragstellers (etwa in der Bewertung der Differenz zwischen Befund und Befinden) geschlossen werden. Zudem muss die Frage der Arbeitsfähigkeit weitgehend ohne einschlägige Belastungstests vorgenommen werden, also muss etwa von orthopädischen Messwerten auf eine dauerhafte Belastungsfähigkeit des Arbeitnehmers bei potentiellen (aber nur grob typisierten) Tätigkeiten geschlossen werden. Daher geht es bei der Entscheidungsfindung darum, über belastbare Indikatoren ein möglichst objektives Bild herzustellen.

Entscheidungsheuristiken in der Praxis

Zu Konstruktionsleistung der Aktenlageentscheidung bedienen sich die Prüfärzte unterschiedlicher Heuristiken, die wir vorrangig über das Think-Aloud Verfahren, die retrospektiven Interviews und die Aktenanalyse aber auch über Expertenbefragungen gewinnen und den in der Literatur gut gesicherten Strategien zuordnen konnten:

- (1) Ankerheuristik: hierbei wird die Entscheidungsrichtung bereits in einem frühen Stadium der Aktenanalyse festgelegt und bestimmt die weitere Vorgehensweise;
- (2) die Heuristik der "schnellen und einfachen Entscheidungen"(Gigerenzer & Todd): hier werden die nach medizinischen und juristischen Leitlinien identifizierten relevanten Informationen auf der Grundlage bisheriger Erfahrungswerte in der beruflichen Tätigkeit auf ihre Brauchbarkeit für die Entscheidungsfindung "gecheckt";
- (3) Intuitive Entscheidungsheuristik: anknüpfend an charakteristische aus der Berufserfahrung als besonders entscheidungsrelevant oder -kritisch angesehene "Marker" wird das Material in der Akte nach bestätigenden und widerlegenden Merkmalen untersucht, um so schnell zu einer Entscheidung zu gelangen.

Auch wenn wir in den Think-Aloud Protokollen bei einzelnen Befragten eine gewisse Vorliebe für die eine oder andere Heuristik erkennen konnten, zeigte sich, dass alle Befragten fallbezogen auch Elemente der jeweils weniger bevorzugten persönlichen Arbeitsweise nutzen. Obwohl wir der Anlage der Untersuchung entsprechend keine Aussagen zur

Repräsentativität treffen können, zeigte sich bezogen auf die Arbeitsabläufe und die zu bewältigenden Aktenentscheidungen eine generelle Tendenz zu Minimierung des erforderlichen Aufwandes, um der organisationsinternen (zwar informellen, aber gleichwohl wirksamen und geltenden) Norm der pro Tag im Durchschnitt zu treffenden Entscheidungen ("Schlagzahl") zu entsprechen. Diese Strategie bezieht sich aber nicht allein auf die individuelle Arbeitssituation, sondern wird auch von Aspekten der Verminderung organisationsbezogener Reibungsverluste geprägt: so werden Anträge auf Verlängerung der EM-Rente tendenziell wohlwollend behandelt, weil eine rechtsfeste Überprüfung der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Antragsstellers ggf. mit sehr hohem zeitlichen Kostenaufwand verbunden ist, Widersprüche regelhaft zu erwarten sind und ihnen erfahrungsgemäß häufig im Gerichtsverfahren entsprochen wird.

Zur Begründungsfähigkeit von Entscheidungen im situierten Handlungskontext der Organisation - die Herstellung von "Accountability"

Ein entscheidender Aspekt bei der Entscheidung ist die Herstellung von "accountability", d.h. der begründungsfähigen Akzeptanz und damit der Bestandsfestigkeit der Entscheidung, wobei der Kern der Ermittlung des sozialmedizinischen Sachverhalts schon aus dem professionellen Selbstverständnis heraus zentral bleibt, aber im Verlauf der einzelnen Entscheidungsschritte von organisationsinternen Erwartungen (reibungsloser Ablauf, Einhaltung der Schlagzahlen, wenig Widersprüche) und der vorweggenommenen sozialrechtlichen Entscheidungslogik bestimmt wird. Um „accountability“ in diesem Sinne herzustellen, muss, wie es einige Befragte ausgedrückt haben, die Akte "rund gemacht werden". Derartige Opportunitäts Gesichtspunkte bedeuten nicht zwangsläufig "schlechte" oder "falsche" Entscheidungen, sondern verweisen auf die komplexe Determination der Entscheidungsprozesse, deren Praxis auf Parameter der Organisation und nicht auf die des Antragstellers ausgerichtet sind. Während im ärztlichen Handeln der Patient und die Heilung/Besserung seiner Krankheit im Mittelpunkt steht, spielen bei der Begutachtung von EM-Renten auch übergeordnete Belange wie die Abwägung zwischen begründetem Einzelinteresse und dem Interesse der Versichertengemeinschaft eine Rolle, Aspekte die sowohl in den Gesprächen mit Vertretern der Leitungsgremien als auch - weniger ausgeprägt - mit den Prüfarzten reflektiert wurden.

Entscheidungsdeterminanten

In den Ergebnissen zu den genutzten Heuristiken und zur Herstellung von accountability haben wir drei Dimensionen von Entscheidungsdeterminanten unterschieden (vgl. Abbildung 12 im Text):

(a) *fallbezogene Determinanten*, also die in den Akten enthaltenen Informationen, ihre sozialmedizinisch relevanten Aspekte, wobei hier wie schon bei den Heuristiken erwähnt, die Qualität der in der Akte befindlichen Gutachten und Befunde im Mittelpunkt steht. Sie steuern die nächsten Entscheidungsschritte. Hinzugezogen werden Aspekte aus der Fallkonstellation, etwa die gesamte Krankheitsgeschichte, Rehabilitationsverläufe und berufsbiografische (Abstiegs-)Karrieren, wenn dies zur Schließung der bereits erwähnten Deduktionslücke hilfreich ist oder aus ärztlicher Sicht auf die gesamte Fallkonstellation als sinnvoll erscheint. Besonders bei unklaren Fallkonstellationen mit psychosomatischem oder psychiatrischem Hintergrund wird die Akte anders als in der Mehrzahl der Fälle den zuständigen Gutachtern mit psychiatrischer Facharztausbildung weitergeleitet, weil für die hier unterstellten erweiterten Ermessensspielräume bei den Fachärzten andere Kriterien maßgebend sind. Unsere Ergebnisse zeigen hier, dass in diesen Fällen die Kontextvariablen bei der Entscheidung wichtiger werden. Ob dies nun auf die Fallkonstellation oder auf die

einschlägige fachärztliche Sozialisation zurückzuführen ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten.

(b) *personenbezogene Determinanten*, zu denen wir zentral auch das berufliche Selbstverständnis als Prüfarzt und die Identifikation mit der Organisation zählen. Aus der doppelten Professionalisierung der Sozialmediziner als behandelnde Ärzte im Erstberuf auf die Heilung der Patienten ausgerichtet und als sozialmedizinisch qualifizierte Prüfärzte in einer bürokratischen Organisation in ihrer jetzigen Tätigkeit auf Entscheidungen zur Arbeitsfähigkeit ausgerichtet, ergeben sich nicht nur hinsichtlich der „einsozialisierten“ Beurteilungspraxis - klinisch fallbezogene Interpretation und Beurteilung der Akten im Gegensatz zur subsumtionslogischen sozialrechtlichen Schlusslogik - immer wieder Paradoxien und Ambivalenzen, die durch die Prüfärzte in den meisten der von uns beobachteten Fälle sozialmedizinisch gelöst werden, wenngleich im Anschluss daran der Blick auf die juristische Begründung gelegt wird.

Persönliche Einstellungen gegenüber den Versicherten werden in den Think-Aloud-Protokollen gelegentlich sichtbar - etwa bei besonders dem Anschein nach besonders stark Lebensstil geprägten Störungsbildern oder bei der Beurteilung der Situation als schweres Schicksal; sie scheinen aber keinen systematischen Bias zu erzeugen, da grundlegend negative Haltungen sich nicht zeigten. Gleichwohl ist in der Aufgabenstellung der „Ermittlung“ des sozialmedizinischen Sachverhalts ein Moment der erfahrungs- und lebensweltlich begründeten Skepsis, nicht aber des generalisierten Verdachts spürbar.

Während Berufserfahrung und Zugehörigkeit zur DRV eine gewisse Rolle für die Bearbeitung insbesondere für Sicherheit und Schnelligkeit der Entscheidung spielen, hat das Geschlecht des Gutachters nach unseren Ergebnissen keine Bedeutung.

Die insgesamt hohe Reliabilität der prüfärztlichen Entscheidungen spricht für die Wirkung einer einheitlichen Sozialisation innerhalb der Organisation und die Ausbildung eines gemeinsam geteilten Arbeitsverständnisses.

(c) *organisationsbezogene Determinanten*: Verfahrensabläufe und die Organisation ihrer Reibungslosigkeit wirken sich auf die Wahl der Heuristiken (einfache und schnelle Heuristiken) und damit auf die Entscheidung ebenso aus wie die Vorwegnahme der nächsten Schritte im Verwaltungsverfahren, die mit Blick auf die accountability der Entscheidung und damit ihren Bestand ggf. vor Gericht bedacht werden. Innerorganisatorisch spielen Abgrenzungen zwischen der für die EM-Rentengewährung zuständigen sozialmedizinischen und der für den juristischen Bescheid zuständigen Verwaltungsabteilung eine gewisse Rolle: dies berührt sowohl die Anerkennung und Wertschätzung der sozialmedizinischen Arbeit durch die (gesamte) Organisation als auch Fragen der tatsächlichen Bedeutung der (aus Sicht der Verwaltungsabteilung gesehen) gut dotierten Sozialmediziner im Verfahren. Es berührt aber auch Fragen der Gewichtung der Rolle unterschiedlicher Wissensordnungen - der medizinischen und der juristischen.

Bilanz

Betrachtet man den Entscheidungsprozess als Ganzes, dann zeigt sich, dass die Prüfärzte einer impliziten Norm folgen, in der die sozialrechtlich nicht zu berücksichtigenden Kontextfaktoren dennoch im Einzelfall zum Tragen kommen und zuweilen das Zünglein an der Waage darstellen: dabei werden etwa Lebensalter, vorherige Krankengeschichte etc. mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt (und ggf. seiner regionalen Verschllossenheit) im Sinne einer „praktischen Klugheit“ (Schwandt 2002) so verknüpft, dass die Entscheidung sowohl sozialmedizinisch (also auch mit Bezug auf den sozialpolitischen Auftrag) als auch ärztlich - unter Berücksichtigung der medizinischen Daten und der Situation des Antragstellers - vertretbar wird.

Sozialmedizinische Entscheidungen haben ihre Basis in nachvollziehbaren medizinischen Befunden und ihre Bewertung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Perspektiven und Rahmungen. Von ihrer Aufgabenstellung her muss die prüfärztliche Entscheidung sowohl dem Antragsteller gerecht werden (d.h. die Verweigerung der EM-Rente soll nicht zu einer strukturellen Überforderung oder zu einer tätigkeitbedingten Verschlechterung der Erkrankung führen und das Befinden - z.B. Schmerzen - müssen angemessen gewürdigt werden) als auch der Versicherungsgemeinschaft gegenüber verantwortungsvoll erfolgen. Trotz aller differenzierten Vorgaben und fachlichen Leitlinien werden derartige Entscheidungen immer auf einer eigenständigen Interpretation durch die dafür qualifizierte Profession beruhen und bedürfen daher der sozialmedizinischen Expertise. Deren Qualität, so unsere vorsichtige Schlussfolgerung aus den empirischen Ergebnissen, kann daher nur begrenzt durch weitere Leitlinien verbessert werden. Eher scheint der systematische Austausch anhand konkreter Fälle zielführend. Die Paradoxien reiner Aktenentscheidungen im Unterschied zur face-to-face Untersuchung lassen sich damit nicht beseitigen. Aber auch die face-to-face Untersuchung bedarf der klinischen Fallinterpretation.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für die Zusammenfassung der Ergebnisse der empirischen Untersuchung greifen wir im Folgenden die Hauptfragestellungen des Projekts zur Strukturierung des Kapitels auf.

6.1.1 Heuristiken im Entscheidungsprozess

- Können typisierbare Heuristiken im Entscheidungsprozess identifiziert werden?
- Welche praxisbezogenen ‚Daumenregeln‘ werden eingesetzt?
- Welche Kriterien werden von den Prüfärzten bei der Beurteilung der Anträge auf EM-Renten herangezogen? Auf welche Referenzrahmen beziehen sich diese Kriterien (z.B. ärztlich-fachliche, administrative, ökonomische, ethische, juristische, persönliche)?
- Mit welchem Gewicht werden einzelne Merkmale der Anträge in der Begutachtung bewertet?
- Welche expliziten und impliziten Bedeutungsgehalte und Bewertungsregeln spielen im Begutachtungsprozess eine Rolle?

Typik der Entscheidung nach Aktenlage

Zur Beantwortung dieser Fragen war zunächst eine exakte empirische Typisierung der zu fällenden Entscheidungen erforderlich:

Als typisch für die sozialmedizinischen Entscheidungen nach Aktenlage zeigt sich in dieser Untersuchung, dass es sich um *Zuweisungsentscheidungen* handelt. Es ist jeweils zu entscheiden, ob ein Antragssteller Anspruch auf eine vorgezogene Versicherungsleistung hat. Anders als bei diagnostischen oder therapeutischen Entscheidungen ist es immer eine

Entscheidung für oder gegen den *Wunsch* des Antragstellers. Der Arzt befindet sich also immer in der Lage, dass der Patient ihn als Türwächter am Tor zur Rente wahrnimmt, nicht aber als Verbündeten gegenüber einer Krankheit. Stattdessen, um im Bild zu bleiben, ist hier immer der Patient mit der Krankheit (gegen den Arzt) verbündet. Die Prüfarzte entscheiden darüber, ob aus einer vorliegenden Erkrankung derartige körperliche oder seelische Einschränkungen resultieren, dass der Versicherte Anspruch auf die Zahlung einer Rente hat (vgl. Dodier 1994). Es geht ausdrücklich nicht um die Erkrankung als solche, sondern um die Bewertung ihrer Folgen unter sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Aspekten der trotz Krankheit/Beschwerden noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit.

Der Prüfarzt entscheidet nicht darüber, was diagnostisch oder therapeutisch geschieht, sondern bleibt Beobachter und Beurteiler. Anders als bei therapeutischen oder diagnostischen Entscheidungen erhält die entscheidende Person praktisch *keine inhaltliche Rückmeldung* über die Qualität der Entscheidung. Die einzigen Formen der Rückmeldung erhalten die Prüfarzte - und dies ist eine wichtige Besonderheit, die sich in der Empirie zeigt - in Form des Widerspruch oder der Klage, wenn sie entgegen dem Antrag votiert haben, oder aber in Form des Weitergewährungsantrags, wenn sie für eine befristete Rente votiert haben oder wenn eine Rente wegen verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt gewährt wurde. Ob dagegen die Entscheidung eine sinnvolle war, bleibt zwangsläufig offen.

Mehr noch als im klinischen Zusammenhang sind hier „richtig und falsch“ keine ganz eindeutigen Kategorien. So kann das Gewähren der Rente als positiv im Sinne des Versicherten, der die Rente wünscht gewertet werden, aber auch als ein „Aufgeben“ der Person, die damit aus dem allg. Arbeitsmarkt ausgesteuert wird. Ob das im Einzelfall „gut“ oder „schlecht“, „richtig“ oder „falsch“ ist, muss in den meisten Fällen offenbleiben. Insofern sind die in der Literatur prominenten psychologischen Entscheidungstheorien im Lichte der empirischen Befunde ebenfalls problematisch. Für den einzelnen Prüfarzt kann man als Präferenz wohl unterstellen, dass er eine richtige Entscheidung treffen will, einen subjektiven erwarteten Nutzen kann man daraus jedoch kaum ableiten.

Die Prüfarzte, das ist eine weitere Besonderheit, treten mit der betroffenen Person in aller Regel nicht in direkten Kontakt. Stattdessen wird die Person durch die Akte repräsentiert.

Schließlich ist bei der Untersuchung der Entscheidungen zu berücksichtigen, dass die institutionellen Vorgaben, die sich materiell in den Formularen und Verfahrenswegen ausdrücken, sehr klar begrenzen, was überhaupt zu entscheiden ist.

Heuristiken und Entscheidungslogiken

In Rahmen der empirischen Untersuchung konnten verschiedene Heuristiken und praxisbezogene Daumenregeln identifiziert werden, die sich aus der Rahmung der Entscheidung durch die *Institution*, die jeweilige *Verfahrensart* und den *Einzelfall* ergeben.

Institutionsbezogene Heuristiken

Als wesentliche institutionelle Anforderung ergab sich empirisch, dass es wichtig ist, **schnell und mit wenig Aufwand** zu entscheiden, dass die finanziellen Konsequenzen der Entscheidung dagegen weniger interessant sind. Dies führt aus der Sicht der Ärzte zu der paradoxen Situation, dass sie auf billige Art und Weise teure Entscheidungen treffen. Problematisch für die Prüfarzte erscheinen durch diese Vorgabe eigentlich immer nur die abschlägigen Entscheidungen. Angesichts des beschränkten Zeitkontos gehört es zur Heuristik „schnell und mit wenig Aufwand“ auch, insgesamt eher großzügig für den Antrag zu entscheiden, weil damit die Akte abgeschlossen werden kann. Wer zu viel ablehnt, macht sich durch die zwangsläufig eintretenden Widerspruchsverfahren, in denen wiederum konkrete Argumentationslinien erarbeitet werden müssen, handlungsunfähig.

Die Heuristik „schnell und mit wenig Aufwand“ steuert daneben auch die Ermittlung sowie die Stoppkriterien, die die Ermittlungen beenden. Zwar sind die Prüfarzte grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, gründlich und nach eigenem Ermessen zu ermitteln. Sie sind jedoch im Sinne der Heuristik bemüht, nach Möglichkeit mit den vorhandenen Unterlagen oder aber mit möglichst wenigen weiteren Befundberichten und Gutachten auszukommen.

Die Heuristik „schnell und mit wenig Aufwand“ erweist sich als zwiespältig, indem die Institution durch diese Vorgabe den Sozialmedizinern die Möglichkeit zur Umsteuerung eines Falles, die aber gut begründet sein müsste (möglicherweise anhand weiterer Recherchen), aus der Hand nimmt.

Für die DRV-Bund stellten wir fest, dass Reha-Empfehlungen institutionell komplizierter sind als Rentenentscheidungen. Die Reha-Empfehlung muss vom einzelnen Prüfarzt zum Abteilungsarzt weitergereicht werden, was bei dem allgemein angespannten Zeitbudget nicht wünschenswert erscheint. Die Faustregel „schnell und mit wenig Aufwand“ spricht also gegen Reha-Empfehlungen.

Mittels des Formulars, in dem die Entscheidung zu dokumentieren ist, steuert die Organisation, welche Aspekte überhaupt systematisch in die Entscheidung und ihre Begründung einfließen.

Verfahrensbezogene Heuristiken

Entscheidungen werden offenbar in der empirischen Wirklichkeit auch dadurch mitbestimmt, in welchem Stadium des Verfahrens man sich befindet. So ist die ausschließlich sozialmedizinische Entscheidung über die Leistungsfähigkeit des Versicherten nur im Erstantragsverfahren in „Reinform“ zu finden. Bei Widersprüchen und Klagen wirkt sich die Verfahrensart dahingehend aus, dass stärker strategisch vorgegangen wird. Es ist also nicht mehr die medizinische Überlegung allein, sondern auch diejenige, ob die Entscheidung im

weiteren Verlauf des Verfahrens aufrecht erhalten werden kann, da hier andere Instanzen, die auch andere Kriterien berücksichtigen,⁶⁵ ins Spiel kommen. Die Faustregel könnte heißen: **„die Entscheidung muss vor Gericht standhalten“**.

Bei Verlängerungsanträgen stellt sich das Problem, dass die Aberkennung einer Rente nur durch den Nachweis der Verbesserung des Gesundheitszustandes begründet werden kann, was äußerst schwierig ist. (Im Sinne der Heuristik „schnell und mit wenig Aufwand“ wird in diesen Fällen daher meist für die Verlängerung votiert.)

Fallbezogene Heuristiken bei den Routineentscheidungen

Mehrfach fiel im Interview im Zusammenhang mit einzelnen Fällen der Ausdruck **„man muss die Akte rund machen“**. Diese Faustregel zeigt sehr gut, dass es letztlich vor allem um die Begründung der Entscheidung geht, weniger um die Entscheidung selbst. Die Entscheidung als solche muss, das bestätigen die empirischen Daten, im Rahmen einer „bounded rationality“ zwangsläufig mehrdeutig bleiben.

Bezogen auf den Grundsatz „Reha vor Rente“ findet sich die Regel **„wer eine Rente will, ist für die Reha nicht motiviert“**. Im Einzelfall wird daher angesichts des einmal gestellten Rentenanspruchs nur in Ausnahmefällen die Reha empfohlen.

Auf den Einzelfall bezogen, wirkt allerdings vor allem die Heuristik: **„Was ist belegbar, was ist quantifizierbar?“**. Die institutionellen und verfahrensbezogenen Heuristiken werden in den von uns untersuchten Entscheidungen auf den Einzelfall herunter gebrochen und resultieren auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen und anderen Unterlagen in den folgenden Abwägungen (Abbildung 11) Wenn auch der institutionelle und der verfahrensbezogene Rahmen für die Einzelentscheidungen bedeutsam ist, so stützt sie sich inhaltlich stets vor allem auf medizinische Fakten und in zweiter Linie auf die berufliche Situation des Versicherten.

⁶⁵ So sind Sozialrichter ausdrücklich, anders als die Prüfärzte, berechtigt die sogenannten Kontextfaktoren in ihrer Entscheidung zu berücksichtigen.

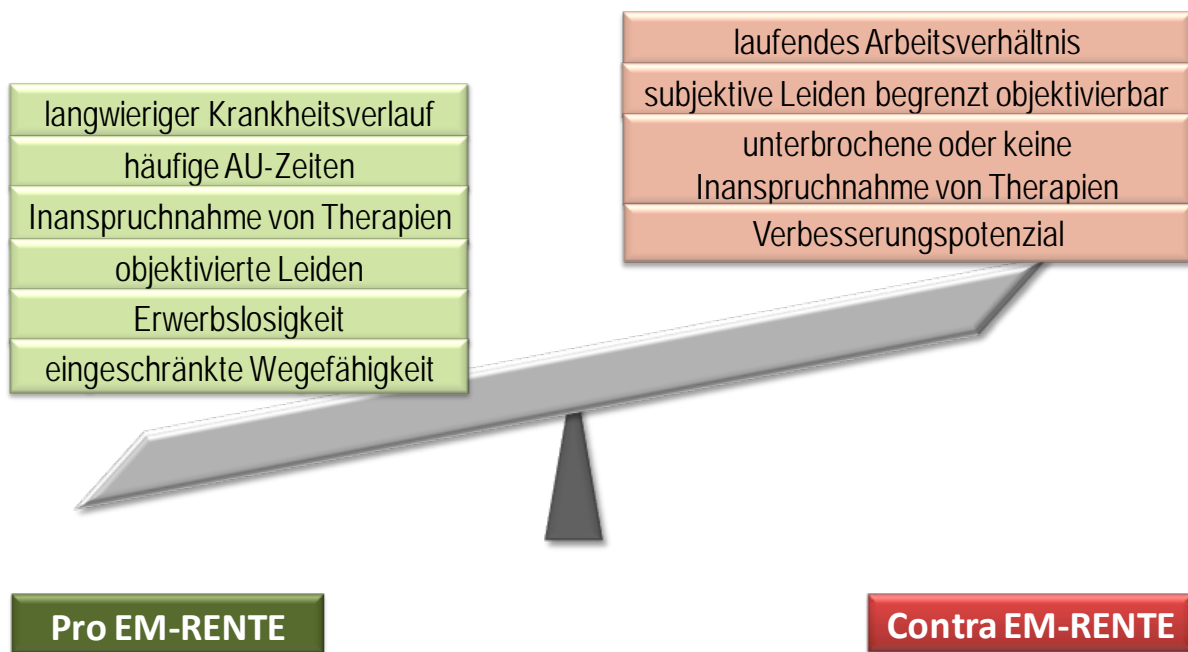


Abbildung 11: Fallbezogene Abwägungen

Abbildung 11 zeigt die Kriterien, die von den Prüfarzten bei der Beurteilung der Anträge auf EM-Renten herangezogen werden. Es zeigt sich, dass es in erster Linie medizinische Fakten sind, die die Entscheidung steuern, daneben spielt vor allem das Bestehen oder Fehlen eines Arbeitsverhältnisses eine Rolle.

Heuristiken aus der Literatur im Lichte der empirischen Ergebnisse

Die in Kapitel 3 diskutierten Heuristiken aus der kognitiven Entscheidungspsychologie sind für die Erklärung der in dieser Untersuchung betrachteten Entscheidung nur von sehr begrenztem Nutzen. Einige von ihnen setzen nachweisbare Basisraten, Inzidenzen und Prävalenz von Erkrankungen als Grundlagen voraus, die in den Entscheidungen der sozialmedizinischen Prüfarzte zwangsläufig fehlen. Andere gehen davon aus, dass der Entscheider Gelegenheit zu einer Rückschau auf die Entscheidung bekommt. Dies ist in den hier untersuchten Entscheidungen de facto nicht der Fall. Die Reihe der Unvereinbarkeiten zwischen Theorie und Empirie ließe sich fortsetzen. Letztlich setzen die von Tversky und Kahnemann gefundenen Heuristiken eindeutig richtige oder eindeutig falsche Entscheidungsmöglichkeiten voraus. Diese Voraussetzung erweist sich für die sozialmedizinischen Entscheidungen über Erwerbsminderungsrenten als unbrauchbar.

Von den klassischen Heuristiken der Psychologie ist die sogenannte *Ankerheuristik* am ehesten empirisch nachvollziehbar. Das bedeutet, dass die Entscheidung bereits in einem frühen Stadium an einer bedeutsamen Information verankert ist. Schon bei der ersten Vorlage, wenn noch nicht alle Informationen vorliegen, formt sich der Prüfarzt ein erstes Bild,

das dann die weitere Entscheidung bestimmt. So ist z. B. das Rückwärtslesen der Gutachten zu interpretieren, dass wir bei praktisch allen Prüfarzten beobachteten. Die Epikrise und insbesondere die quantitative Leistungsbeurteilung werden nur dann in Zweifel gezogen, wenn sie sehr überraschend sind und von dem zuvor gebildeten Urteil, dem Anker erheblich abweichen. Im Sinne der Ankerheuristik ist also das Auffinden eines quantitativen Leistungsbildes, das mit der eigenen Vorstellung vom Fall übereinstimmt, ein Stoppkriterium, das zum sofortigen Abbruch weiterer Suche und zur Entscheidung führt.

Die von Gigerenzer, Todd et al. vorgeschlagenen „*schnellen und einfachen Heuristiken*“ sind zur Interpretation der empirisch untersuchten Entscheidungen durchaus von Nutzen. Die Strategie, Hinweise auf eine Entscheidungsmöglichkeit in der Reihenfolge ihrer Brauchbarkeit abzufragen, ist in den empirischen Daten nachvollziehbar. So prüft jeder beratende Arzt tatsächlich hauptsächlich die medizinischen Fakten und Funktionsbefunde und dann erst die Kontextfaktoren. In einigen Fällen reicht es, erstere zu prüfen, dann kann die Recherche abgebrochen werden und die Kontextfaktoren werden nicht mehr berücksichtigt. Im Einzelnen wird es aber äußerst schwierig sein, eine Reihenfolge der Brauchbarkeit festzulegen, z. B. bei multimorbiden Patienten mit verschiedensten Erkrankungen. Auch die Forderung nach streng nicht kompensatorischer Verwendung von Hinweisen kann nicht in allen Fällen zum Erfolg führen. So wird der Kontextfaktor sehr fortgeschrittenes Alter bzw. sehr jugendliches Alter stets modulierend auf die Bewertung der medizinischen Fakten einwirken. Die Strategie „*categorization by elimination*“ kann ebenfalls in begrenztem Umfang eingesetzt bzw. in der Praxis beobachtet werden. So gibt es Fakten die die Zuordnung zu einer quantitativen Leistungseinschätzung (hier also einem „bin“) eindeutig ermöglichen: z. B. führt eine metastasierende Tumorerkrankung auf direktem Weg in die Rente, eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte als alleinige Erkrankung führt ohne Zweifel zur Ablehnung der Rente. Auf diese Weise können die Fälle, bei denen Zweifel bestehen und weitere Hinweise zu Rate gezogen werden müssen, schrittweise eingegrenzt werden.

Eine Voraussetzung der „*schnellen und einfachen Heuristiken*“, das ist kritisch anzumerken, ist die Annahme einer eher informationsarmen Umgebung. Bei den prüfärztlichen Entscheidung, die hier untersucht werden, handelt es sich allerdings eher um einen „*information overload*“ mit oftmals in sich widersprüchlichen Aussagen. Schließlich wird es, da es sich beim Rentenbescheid um einen Verwaltungsakt handelt, niemals möglich sein, Entscheidungen, die sich anhand der vorgeschlagenen Heuristiken nicht entscheiden lassen, dem Zufallsprinzip zu überlassen, wie Gigerenzer, Todd et al. es vorschlagen.

Alle in Kapitel 3 diskutierten Heuristiken beziehen sich auf Hinweise und (rechnerische) Fakten in den einzelnen Fällen. Ein interessanter Kontrapunkt hierzu ist die „*fuzzy trace theory*“. Reyna (2008a) geht davon aus, dass es gerade nicht die Einzeldaten eines Falles sind, sondern ein Hauptinhalt (gist), der vom routinierten Arzt den Unterlagen entnommen

wird. Diese eher intuitive Vorgehensweise bezeichnet sie ausdrücklich als nicht defizitär oder primitiv. In der empirischen Untersuchung zeigt sich, dass auch einige erfahrene Prüfärzte davon sprechen, dass sie ein „feeling“ für den Fall bekommen, sich ein „Bild“ machen oder sich auf ihre Intuition verlassen. Im Lichte von Reynas Theorie sind diese in der Praxis nachvollziehbaren Strategien ausgesprochen erfolgversprechend.

Die Frage der Bedeutungsgehalte und Bewertungen, die in den Entscheidungen explizit oder implizit zum Tragen kommen wird in der folgenden Abbildung zusammengefasst. In jedem einzelnen Fall mit der spezifischen Konstellation von Versichertem, Prüfarzt und Stadium des Verfahrens werden die unterschiedlichen Faktoren unterschiedlich gewichtet.

Nimmt man die Zuordnung unserer hier schematisch dargestellten Ergebnisse zu den theoretischen Entscheidungsmodellen ernst, dann lässt sich festhalten, dass die Verwendung von Ankerheuristiken, schnelle und einfache Heuristiken und die Strategie an dem intuitiv erfassten Zentralmerkmal die Richtung der Entscheidung zu orientieren, sich zu einem Mosaik fügt, das fallbezogene, personenbezogene und organisationsbezogene Einflussgrößen zu einer insgesamt begründungsfähigen, durchaus sachgerechten und zugleich auch hochgradig reliablen Entscheidungsfindung beiträgt. Das in der Abbildung 12 sichtbare Gleichgewicht soll dafür stehen, dass sich, so unsere Vermutung, die Einflussgrößen über alle Entscheidungen und alle Entscheider hinweg wechselseitig ausbalancieren.

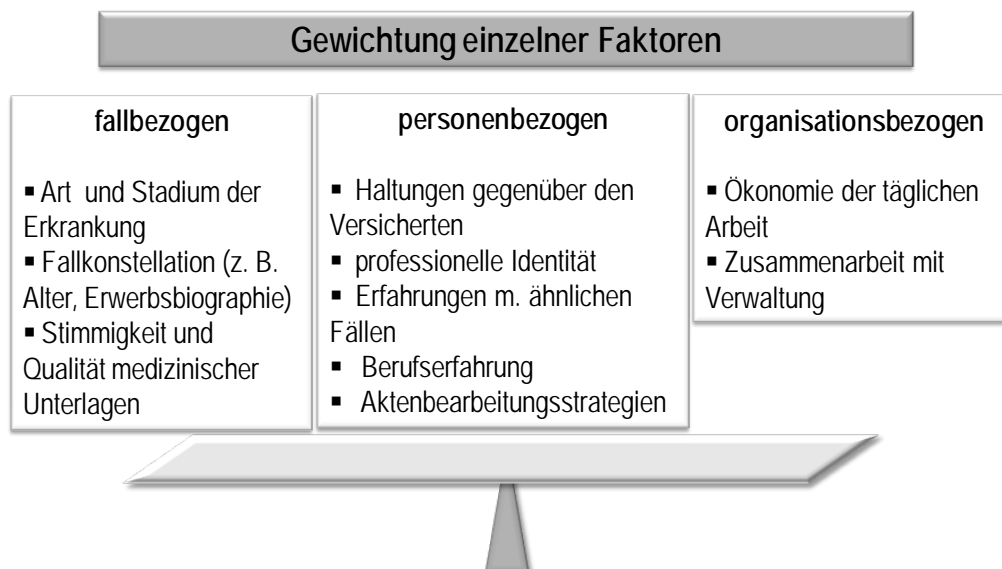


Abbildung 12: Gewichtung einzelner Einflussfaktoren bei der Entscheidung

6.1.2 Ablehnung und bei Bewilligung

- Welche Strukturen der Entscheidungslogik bzw. Entscheidungsmuster bei Ablehnung und bei Bewilligung können rekonstruiert werden?

Die organisatorische Konstellation, die in den empirischen Daten vorgefunden wurde, bewirkt, dass die Prüfarzte nach der Faustregel „schnell und mit wenig Aufwand“ vorgehen müssen. Diese implizite Heuristik wirkt sich auf die Entscheidungslogik bei Ablehnung bzw. Bewilligung systematisch aus, indem sie eine bias in Richtung Bewilligung herstellt. Bei der Ablehnung von Rentenbegehren ist stets ein wesentlich größerer Recherche- und Bearbeitungsaufwand erforderlich, da Ablehnungen gegebenenfalls im Widerspruch und im Klageverfahren bestätigt werden müssen. Dabei ist interessant, dass offenbar die Gegenrechnung zwischen Verwaltungsaufwand für eine gut begründete Ablehnung und Kosten für eine möglicherweise zu Unrecht gewährte Rente von der Organisation nicht aufgemacht wird.

Im gleichen Sinne wirkt sich aus, dass auf die Ablehnung eines Rentenanspruchs offenbar zwangsläufig ein Widerspruch erfolgt, der in der Regel vom gleichen Prüfarzt weiter bearbeitet wird. Alltagspraktisch müssen also die Prüfarzte im Einzelfall eine Balance zwischen medizinisch sachlich angemessener Entscheidung und der Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit finden. Ablehnungen werden demnach nur dann erfolgen, wenn sie auch in weiteren Verfahrensstadien erfolgversprechend sind, sich der Aufwand also „lohnt“. Dabei sind, das zeigen die empirischen Daten nicht mehr nur medizinische Erwägungen von Bedeutung.

6.1.3 Hintergrund und Rahmenbedingungen von Entscheidungsprozessen

- Wie wirken sich der sozialmedizinische und sozialrechtliche Hintergrund und die organisationsbedingten Rahmenbedingungen auf die Entscheidungsfindung und -ergebnisse aus?

Die folgende Abbildung verdeutlicht schematisch und analytisch die Rahmungen, denen das Entscheidungshandeln der Prüfarzte unterliegt. (Abbildung 13).

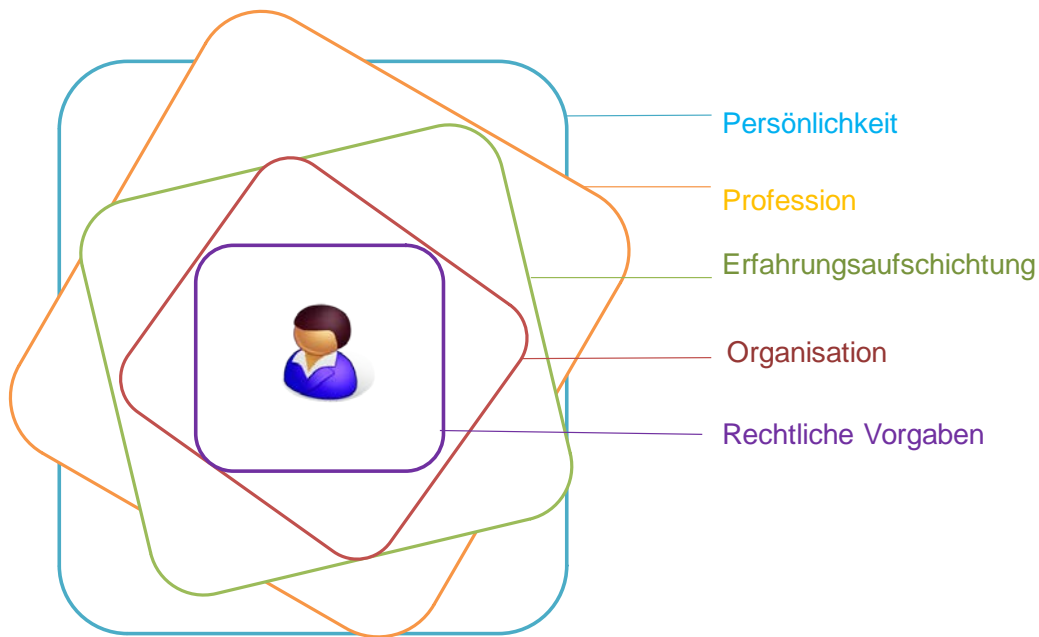


Abbildung 13: Rahmenmodell prüfärztlicher Tätigkeit

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Rahmen sich zwar durchdringen und wechselseitig beeinflussen - so wird etwa der professionelle Habitus als Arzt durch die Persönlichkeit beeinflusst, etwa ob der Arzt in eher patriarchalem Gestus, eher als ärztlicher Pädagoge, als distanzierter Spezialist oder als Kommunikationspartner dem Patienten gegenübertritt; gleichwohl legt aber jeder Rahmen die aufgabenbestimmt dominante und in besonderer Form auch eigenständige Perspektive fest, die das Handeln in der jeweiligen Rolle - etwa als Vertreter der Organisation DRV gegenüber dem Sozialgericht und als sozialmedizinischer Sachverständiger im Prozess - bestimmt. Bei der Ausübung der prüfärztlichen Gutachtertätigkeit bilden die durch die Organisation festgelegten Aufgaben, Verfahrensabläufe und rechtliche Vorgaben den Rahmen, auf den hin das sozialmedizinische Spezialwissen fokussiert werden muss. Wie dies jedoch im Einzelnen geschieht, wird auch von Aspekten der Person beeinflusst. Ein Prüfarzt sieht etwa angesichts von Lebenslage und Alter des Antragsstellers, die er lebensweltlich nachvollziehen kann, keine reale Integrationsmöglichkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt: infolgedessen wird er bei nicht eindeutiger Befundlage eher auf Zuerkennung einer EM-Rente entscheiden, ein anderer akzentuiert vielleicht eher den Verdacht gegenüber dem Versicherten auf eine strategische Antragstellung, um dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen zu müssen und entscheidet in einem vergleichbaren Fall gegen die Gewährung einer EM-Rente. Dies zeigt, dass sich die mit der jeweiligen Rahmung verbundenen Perspektiven durchdringen und überlagern. Aus unseren Daten wird allerdings deutlich, dass die sozialmedizinische Perspektive die Entscheidungsstrategie - das Bemühen um Ermittlung möglichst eindeutiger oder charakteristischer Befunde - dominiert; wenn damit

wesentliche Anhaltspunkte oder die Richtung der Entscheidung profiliert werden kann. Hier greift der organisationsbezogene Rahmen, der im Vorgriff auf den Bestand der Entscheidung bei Verwaltung und vor Gericht (besonders bei zu erwartenden Widersprüchen) zur Prüfung eingesetzt wird, etwa ob nicht weitere Gutachten erforderlich sind, etc. Die Entscheidung wird natürlich auch von der Summe vorangegangener Entscheidungen, beruflicher Entscheidungen und Erfahrungen mit der Organisation (Erfahrungsaufschichtung) beeinflusst. Dabei kann es zu charakteristischen Konflikten und Perspektivenverschiebungen bei denen hier in Frage stehenden Entscheidungen kommen. Die mit den Entscheidungen ggf. verbundenen Unsicherheiten und Paradoxien wurden in den Interviews immer wieder reflektiert und zeigen sich auch in den Think-Aloud Protokollen. Bei der Festlegung auf eine Entscheidung kommt dem Aspekt der Plausibilisierung der Entscheidung eine zentrale Bedeutung zu: in mehreren Interviews wird davon gesprochen, die Entscheidung „rund zu machen“. Dies verweist auf die Wirkung des organisationsbezogenen Rahmens auf die Entscheidung und auf das den Akteuren bewusste Wissen um dessen praktische Bedeutung - die fachlich getroffene Entscheidung muss „getunt“ werden. Dazu muss der Prüfarzt zwischen den Rahmen gleichsam „switchen“, was in der Routine der alltäglichen Entscheidungen weitgehend automatisiert abläuft. Die große Bedeutung der organisationsinternen Vorgaben gleichsam als eine Art heimlicher Lehrplan des Entscheidens macht die Entscheidungen deshalb nicht unbedingt „falscher“ oder „irrationaler“, sondern in einem größeren Rahmen „accountable“ und ermöglicht gerade dadurch die Durchsetzung der sozialmedizinischen Fachlichkeit, in dem Plausibilitätsbegründungen in der beruflichen Praxis entwickelt werden. Dieser Gesichtspunkt ist in der Soziologie bereits früh in der Ethnomethodologie von Harold Garfinkel gesehen worden.

6.1.4 Profession und Organisation

- Welche professionsspezifischen und organisationsabhängigen aber auch subjektiven und habitusbedingten Einflussgrößen beeinflussen den Entscheidungsprozess?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Blick vor allem auf die durch die im Medizinstudium und der ärztlichen Berufspraxis erfolgte professionelle Sozialisation und den mit dem Eintritt in die sozialmedizinische Praxis der Gutachtenerstellung verbundenen zweiten beruflichen Sozialisationsprozess und seine Auswirkungen auf das Selbstverständnis und die Problemwahrnehmung gerichtet. Der Transformation der beruflichen Professionalisierung wurde nicht zuletzt deshalb ein so großer Stellenwert zugeschrieben, weil er - wie in der Professionssoziologie allgemein bekannt - einen

beruflichen Habitus ausbildet, der den Blick auf das Arbeitsfeld, die Stellung in der Arbeitsorganisation, das Verhältnis zu den Klienten und ihren Anliegen und zu den im Feld vorhandenen Wissensbeständen und Diskursen prägt und als relativ zeitstabiles professionelles Merkmal Entscheidungen und Begründungsmuster strukturiert. Mit der These von der zweiten Professionalisierung lenken wir zugleich den Blick auf die Sozialisation der Prüfärzte durch die Abläufe in einer großen bürokratischen Organisation. Hier ist die These, dass die bürokratische Organisation ebenso wie das Krankenhaus auf das Verhalten ihrer Mitglieder eine stark vereinheitlichende Wirkung ausübt, deren „Tiefe“ vom Grad der Autonomie innerhalb der Organisation bestimmt wird. Hier erweisen sich die Sozialmediziner einerseits als eine eigenen fachlichen und professionellen Normen folgende Berufsgruppe, die andererseits in der Reichweite ihrer Entscheidungen in hohem Grade an rechtliche und administrative Vorgaben gebunden ist. In diesem Spannungsfeld bildet sich eine eigenständige Tradition im Umgang mit der Aufgabenstellung heraus, die von der Aktenführung bis zur Herstellung von accountability bei Entscheidungen reicht.

6.1.5 Zur Rolle der doppelten Professionalisierung: vom Arzt zum sozialmedizinischen Gutachter, von der Klinik in die Verwaltungsorganisation

In modernen Wissensgesellschaften kommt den wissenschaftlich ausgebildeten Professionen eine herausgehobene Rolle als einflussreiche und unverzichtbare „technische“ Funktionseliten im Prozess der fortschreitenden Arbeitsteilung zu, in dem vielfältige Aufgaben an sie übertragen werden. Ärzte können hier als exemplarisch für die Professionalisierungsprozesse in der modernen Gesellschaft gelten. In ihrer langjährigen wissenschaftlichen Ausbildung und ihrer beruflichen Sozialisation im Krankenhaus erwerben sie als gesamte Gruppe den am medizinischen Modell ausgerichteten klinischen Blick, eine vom Hippokratischen Eid geleitete Berufsethik, die an der Heilung des Patienten orientiert ist und einen durch die Organisationsaufgabe und -abläufe der Klinik geprägten Habitus, der mit einem ausgeprägten Standesbewusstsein verknüpft ist. Mit Blick auf Entscheidungsaufgaben zeigt sich die Professionalisierung in der Praxis darin, dass Ärzte ihr wissenschaftliches Fachwissen und ihre Berufserfahrung routinemäßig nutzen können, um auf der Basis der Diagnostik nach Wegen zur Heilung der Krankheit und zur Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu suchen. Mit dem Wechsel in ein anderes Aufgabenfeld, das der sozialmedizinischen Begutachtung, findet ein paradigmatischer Perspektivenwechsel bezogen auf das ärztliche Selbstverständnis und auf die Organisation der Problemwahrnehmung und ihre Rahmung statt, der auch subjektiv von den Ärzten deutlich erlebt wird. Diesen Perspektivenwechsel wollen wir hier als zweite Professionalisierung bezeichnen. Zwar werden Leiden und Krankheit des Patienten nach wie vor individuell nach medizinischen Kriterien beurteilt, aber Ziel, Auftraggeber und der Rahmen der Organisation verändern sich: statt um Heilung geht es um die Feststellung von Arbeitsfähigkeit nach medizinischen und nach juristischen und administrativen Gesichtspunkten, Auftraggeber ist nicht mehr der Patient, sondern der Kostenträger und schließlich ist der Rahmen, in dem die Begutachtung stattfindet, keine Klinik, sondern eine bürokratische Organisation. Für diese Aufgaben erwerben die Mediziner nicht nur neues Wissen und neue Handlungskompetenzen sowohl durch eigene Weiterbildungen und Inhouse-Schulungen und organisationsinterne

Begleitung durch Kollegen, die die Neulinge über die Gepflogenheiten des Hauses instruieren und ihnen damit den Übergang in das neue Organisationsmilieu erleichtern. Dabei durchlaufen sie einen zweiten Professionalisierungsprozess, der durch die neue Aufgabe, die Abläufe einer bürokratischen Verwaltungsorganisation und deren übergreifende Ziele geprägt ist von der Sozialisation in die neue Organisationskultur und ihre Mentalität begleitet wird. Mit der zweiten Professionalisierung schwindet die Prägung durch die erste Professionalisierung keineswegs vollständig; es kommt vielmehr zu Überlagerungen und Vermischungen, mit der Folge gewisser strukturell bedingter Inkompatibilitäten und Konflikte, etwa zwischen der klinischen Fallorientierung und der juristischen Perspektive, zwischen den Spezialistenkenntnissen des Mediziners und einer sozialmedizinischen Public Health Perspektive, die die Versichertengemeinschaft in den Blick nimmt. Hier deutet sich eine idealtypische Differenz zwischen dem Selbstverständnis als sozialmedizinischer Spezialist (Sachverständiger) oder als sozialmedizinischer Experte an: etwa zwischen einem medizinisch enggeführten Blick auf die Beeinträchtigungen des Patienten auf der einen und der Verknüpfung zwischen Lebensplanung und Arbeitsmarkt auf der anderen Seite. Im Rahmen der vorliegenden Studie zeigen sich die mit der doppelten Professionalisierung (und Sozialisation) verbundenen Differenzen in den Interviews und reflektieren darauf basierende unterschiedliche Beurteilungskriterien bei prüfärztlichen Entscheidungsprozessen.

Neben Ingenieuren, Juristen und Pädagogen gehören Ärzte zu den Berufsgruppen, deren Professionalisierungsprozess von der Soziologie am besten untersucht ist - von klassischen Studien (Becker, Geer, Hughes & Strauss 1961) und Analysen (Freidson 1958; Parsons 1958) der ärztlichen Sozialisation bis zur Gegenwart (Sinclair 1997; Brosnan & Turner 2009; Pescosolido, Martin, McLeod & Rogers 2011), in der sich z.B. das Arzt-Patienten-Verhältnis in Richtung patientenorientierter und gemeinsamer Entscheidungsfindung entwickelt (vgl. v. Kardorff 2012) und mit der Rolle des Arztes zunehmend auch ökonomische, manageriale und administrative Aufgaben und Erwartungen verknüpft werden (Hoefert 2011). Im Zusammenhang der vorliegenden Studie verdienen vor allem drei zentrale Aspekte der professionellen Sozialisation von Ärzten besondere Bedeutung: die Ausbildung eines spezifischen Habitus, die Entwicklung des „klinischen Blicks“ auf den kranken Menschen und das für eine gelingende Behandlung zentrale Bündnis mit dem Patienten, das auf Seiten des Patienten einen generalisierten Vertrauensvorschuss und eine gewisse compliance, auf der Seite des Arztes Kompetenz und Verantwortung voraussetzt. Das Handeln des Arztes in der Klinik und in der ambulanten Versorgung richtet sich neben der Prophylaxe auf eine möglichst weitgehende Heilung, Wiederherstellung (Rehabilitation) von Krankheiten und Funktionsbeeinträchtigungen von Krankheiten oder zumindest auf eine Linderung von Beschwerden auf der Basis moderner Diagnostik und den dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entsprechenden Behandlungsmethoden. Dies bedeutet in erster Linie, dass Diagnostik, die Wege zu einer heilenden, auf Gesundung gerichteten Intervention weist. Mit Blick auf dieses Ziel sind Arzt und Patient Bündnispartner. Mit dem Wechsel von der klinischen Tätigkeit zu einer gutachterlichen Tätigkeit - der mit Blick auf Prüfärzte vielfach mit Aspekten einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie begründet wird -

beginnt, so unsere Hypothese, eine *zweite Professionalisierung* im Kontext einer Organisation. Nicht mehr das Bündnis zwischen Arzt und Patient steht im Vordergrund, sondern die Beurteilung der Antragsteller) auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Dies ist mit einem entscheidenden paradigmatischen *Perspektivenwechsel* im Professionsverständnis verbunden: der sozialmedizinische Gutachter beurteilt jetzt Patienten im Auftrag einer Verwaltung mit Blick darauf, ob und in welchem Umfang unter den Bedingungen der vorgebrachten Beschwerden, der erhobenen Befunde und vorliegenden Gutachten ihre Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch gegeben ist. Der Schwerpunkt des Mandats hat damit gewechselt: zwar stellt der Patient einen Antrag auf EM-Rente und beauftragt somit auch die Medizin zur Begutachtung, der Arzt hat aber sein Begutachtungsmandat von der Organisation und ist vor allem ihr gegenüber verantwortlich. Mit Blick auf das ärztliche Professionsverständnis rückt neben der fachlichen Diagnostik der juristische Beurteilungsrahmen in den Vordergrund.

Prüfärzte: Experten oder Spezialisten oder beides?

Die in der DRV als Prüfärzte beschäftigten Ärzte sind aufgrund ihrer meist fachärztlichen Qualifikation, der von vielen erworbenen Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und aufgrund der Inhouse-Schulungen zu hochgradigen Spezialisten in der „Ermittlung“ des Sachverhalts „Arbeitsfähigkeit“ geworden. In der Alltagsroutine der Organisation handeln sie als medizinische Sachverständige und arbeiten der Leistungsabteilung zu, die die letztendliche Entscheidung zu treffen hat. Dies führt zu einem gewissen Konkurrenzverhältnis zwischen den Abteilungen: während die Sozialmediziner aufgrund ihres professionellen Selbstverständnisses und -bewusstseins sowie ihrer hohen in Studium, Facharztausbildung, klinischen Praxis und durch sozialmedizinische Fortbildungen erworbenen Kompetenzen ihre Expertise gegenüber der juristisch dominierten Leistungsabteilung verteidigen, sieht - aus der Perspektive der befragten Prüfärzte die Verwaltung ihre letztliche Entscheidungskompetenz als gegeben an und blickt mit einem gewissen Neid auf die statushöheren und tarifrechtlich höher eingestufteten Mediziner. Diese organisationsinterne Konkurrenz, bei der die Sozialmediziner ihre Rolle in der Gesamtorganisation zu wenig gewürdigt sehen und die Leistungsabteilung ihre formal-juristische Hoheit signalisiert, dürfte zwar keine unmittelbare Auswirkung auf Einzelentscheidungen haben, aber dennoch zu einem beständigen, „hinter den Kulissen der Organisation“ latent wirksamen „Tauziehen“ beitragen.⁶⁶

Die Unterscheidung zwischen Spezialisten und Experten berührt *organisationsbezogene*, *fachlich-perspektivische* und *habitusbezogene* Aspekte der sozialmedizinischen

⁶⁶ Da wir die Leistungsabteilung nicht befragen können, haben wir hier nur die Sicht der einen Seite. Allerdings ist die Konstellation derartiger Abteilungskonkurrenzen für große Organisationen nicht überraschend (vgl. Ortman 2010).

Gutachtertätigkeit. So werden Prüfarzte in Widerspruchsverfahren vor den Sozialgerichten als sozialmedizinische Sachverständige, also als *Spezialisten* gehört, die ihre Entscheidungen ausschließlich aufgrund der medizinischen Befundlage begründen müssen. Die sozialrechtliche Bewertung behält sich das Gericht vor. Fachlich-perspektivisch unterscheidet sich der sozialmedizinische *Spezialist* vom sozialmedizinischen *Experten* dadurch, dass ersterer z.B. im Falle einer orthopädischen Erkrankung anhand der Befunde der an Winkelmaßen festgestellten Bewegungsfähigkeit der Arme entscheidet, ob der Arbeitnehmer noch in der Lage ist Überkopfarbeiten auszuführen, aufgrund seines sonstigen körperlichen Zustands - vorausgesetzt die Befundlage ist nach Aktenlage nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem Stand des medizinischen Wissens korrekt erfolgt - aber in der Lage ist, dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen; Gesichtspunkte des Alters, der familiären Situation oder des regionalen Arbeitsmarktes werden entsprechend der Rechtslage nicht berücksichtigt. Der Experte muss die genannten Aspekte des Spezialisten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen ebenfalls in Rechnung stellen und ggf. auch zum gleichen Urteil kommen. Aus seiner Sicht wird er aber ähnliche Fälle vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, sozialpolitischer Entscheidungsszenarien, der Belange der Rentenversicherung, vor dem Hintergrund realistischer Arbeitsmarktsituation (etwa der Verschlussheit des Arbeitsmarkts) beurteilen, nach Aspekten der gesellschaftlichen Teilhabe(chancen) fragen und tendenziell dadurch zu anderen Bewertungen gelangen. Schließlich berührt die Unterscheidung zwischen Spezialisten und Experten Fragen eines generalisierten *Habitus*, der sich im geäußerten Verständnis der Aufgabe und der eigenen Stellung innerhalb der Organisation niederschlägt, tendenziell Entscheidungen in einen weiteren ggf. auch kritischen Reflexionsrahmen stellt und damit auch Kontextvariablen einen größere Gewichtung erhalten. Wie die Daten vermuten lassen, werden auch Aspekte des Verdachts gegenüber dem Antragsteller (neben der krankheitsbedingten Einschränkung eine aus der Lebenslage oder der Versorgungssituation heraus motivierte Antragstellung, früher als „Rentenneurose“ betrachtet) anders als bei Spezialisten behandelt. Dass diese Perspektiven eher auf der Führungsebene der Abteilungen verankert sind, ist nicht erstaunlich, weil es hier ja auch um die Organisation und Koordination der sozialmedizinischen Routineentscheidungen im gesamten Kontext der Einordnung des Problems der Frühberentung in die Gesamtaufgaben des Trägers etc. (Rentenleistungen allgemein, Rehabilitationsentscheidungen) geht. Es ist aber festzuhalten, dass die Differenzierung zwischen Spezialisten und Experten eine analytische ist, die Idealtypen kennzeichnet, und dass in der Empirie unterschiedliche Mischungen auftreten und sich im vorher festgestellten Sinne Experten natürlich auch unterhalb der Führungsebene befinden, sowie es auch auf der Führungsebene eher spezialistisch orientierte Ärzte gibt.

Die Sozialmediziner in unserer Studie sind einerseits mehr oder weniger vom Leitbild des Arztes in der unmittelbaren Krankenversorgung abzugrenzen (s.o.). Andererseits ist die Abgrenzung medizinischer von juristisch-administrativer Entscheidung in der Arbeit der teilnehmenden Ärzte unterschiedlich ausgeprägt.

Profession im engeren Sinne bedeutet, dass eine Berufsgruppe ein autonomes Wissens- und Handlungsgebiet hat und sich in hohem Maße selbst in Ausbildung und fachlicher Aufsicht sowie in Fragen einer Berufsethik reguliert. Typische Beispiele sind Ärzte und Juristen. Die Sozialmedizin kann in diesem Sinne nicht als eigenständige Profession aufgefasst werden, sondern als Teilprofession der Medizin. In den Interviews zeigt sich neben der Zugehörigkeit zur Gruppe der Sozialmediziner als starker Bezugspunkt die fachärztliche Ausrichtung. Dies ist bei den Regionalträgern, bei denen auch persönliche Begutachtung üblich ist, naturgemäß ausgeprägter, da die Gutachten fachbezogen durchgeführt werden. Insbesondere die Zugehörigkeit zu Facharzttrichtungen, die mit den häufigen Diagnosegruppen Psychiatrie/Neurologie und Orthopädie/Chirurgie korrespondieren, treten als bedeutsam in Erscheinung.

Sozialmediziner versus Arzt

Durch die Personalauswahl der DRV handelt es sich bei den Prüfarzten in der Regel um Fachärzte oder Ärzte, die ohne die abschließende Prüfung Facharztniveau in der Weiterbildung erreicht haben. Sie blicken also auf eine mehrjährige klinische Tätigkeit zurück. Durch die spezifische Tätigkeit in der DRV haben die Prüfarzte den niedergelassenen Kollegen und denen in der Klinik bezogen auf die Sozialmedizin einen Wissensvorsprung, während sie zugleich durch die eigene klinische Erfahrung in der Lage sind, deren Arbeit zu beurteilen. Auch was den Informationsaustausch angeht, besteht eine Asymmetrie zwischen Sozialmedizinern und Behandlern bzw. externen Gutachtern. Letztere äußern sich schriftlich über den Versicherten und stellen diese Informationen den Prüfarzten zur Verfügung, erhalten aber nur in Sonderfällen Rückmeldung über die Gutachterbetreuung (dann, wenn es Probleme gibt). Die Kommunikation ist eine Einbahnstraße.

Nichtsdestotrotz ist einigen Interviews eine Tendenz zur Legitimation der eigenen Karriereentscheidung „nur“ prüfärztlich tätig zu sein, zu entnehmen. In den Interviews zeigt sich fast regelmäßig eine eher pragmatische als inhaltliche Motivation für die Tätigkeit in der DRV. Praktisch alle Gesprächspartner fassen die aktuelle Tätigkeit als „Endstation“ der Karriere auf. Aus der ausschließlich prüfärztlichen Tätigkeit gibt es anscheinend keinen Weg zurück in die Klinik oder die Praxis. Einige Gesprächspartner halten sich den Rückweg durch Teilzeitbeschäftigung in einer Praxis offen bzw. nutzen dies als ‚Ausgleich‘ zur rein aktenbasierten prüfärztlichen Tätigkeit. In einem Fall wird die Tätigkeit in der DRV als

passager aufgefasst und als Lernchance für eine spätere bessere Versorgung und Vernetzung in einer eigenen Praxis. Das ist eine auffallende Ausnahme.

Nachvollziehbar in den empirischen Daten sind individuelle Unterschiede inwieweit sich die beratenden Ärzte von der klassischen Arztrolle verabschiedet und die Rolle des ausschließlichen Prüfarztes eingenommen haben. Bedeutsam ist dabei die Differenzierung „medizinisch“ versus „ärztlich“. Bei P16 steht die Rolle als Arzt beispielsweise nach wie vor im Vordergrund, jeder Antragsteller soll eine „Perspektive“ haben, nachdem sich P16 mit ihm beschäftigt hat. Es geht nicht ausschließlich um die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, sondern um Versorgung. Typischer ist die stärkere Tendenz zur medizinisch gutachterlichen Tätigkeit hin, in der die Fragestellung der „Versorgung“ des Versicherten weitgehend außen vor gelassen wird. Dabei wird allerdings durchaus das diagnostische und therapeutische Handeln der niedergelassenen Ärzte, die sich zum Fall des Versicherten als Behandler äußern, als gut oder schlecht beurteilt. Die grundsätzliche Kompetenz, Diagnostik und Therapie genauso gut oder besser durchzuführen, schreiben sich die Sozialmediziner zu. Wenn dies der Fall ist, dann werden aber keine Einflussmöglichkeiten auf Diagnostik und Therapie gesehen.



Abbildung 14: Professionsverständnis - Gegenseitige Legitimation

Die Differenzierung „Mediziner“ versus „Arzt“ wird als Umstellungsstrategie in die Tätigkeit im SMD angegeben. („Ich bin hier nicht Arzt, sondern Mediziner“), Ausschließlich die wissenschaftlich-gutachterliche Anforderung wird dann berücksichtigt. Der fürsorgende Anteil ärztlicher Tätigkeit spielt eine geringe Rolle.⁶⁷

Die am ehesten als „ärztlich-therapeutisch“ aufzufassende Entscheidungsoption „Reha (vor Rente)“ wird kaum in Anspruch genommen. Dies zeigt sich sowohl in den Interviews als auch

⁶⁷ Nichtsdestotrotz unterliegen die beratenden Ärzte in der DRV der jeweils gültigen Berufsordnung für Ärzte und damit der Fürsorgepflicht für die Versicherten als Patienten.

bei den konkreten Fällen. Regelmäßig wird dies mit der im Rentenverfahren mit größter Wahrscheinlichkeit fehlenden Reha-Motivation der Antragssteller begründet. Auch wenn Reha vorgeschlagen wird, ist dies nicht unbedingt in dem Sinne zu verstehen, dass eine Verbesserung des Befindens des Antragsstellers erwartet wird. Dagegen wird der durch die mehrwöchige Beobachtungsphase sozialmedizinische Begutachtung ein großer Stellenwert beigemessen.

Durch die besonders gelagerte Ausgangssituation zwischen Prüfarzt und Versichertem (anders als zwischen Arzt und Patient), erscheint damit eine ärztlich-sorgende Haltung wenig erfolgversprechend.

Als echte inhaltliche Stärke wird von den Sozialmedizinern die fächerübergreifende Tätigkeit angesehen. Es gibt Fälle aus allen medizinischen Fächern und das gesamte medizinische Wissen wird angesprochen und abgefragt. Aus dieser Besonderheit ziehen die beratenden Ärzte Selbstbewusstsein in dem Sinne „ein gestandener Sozialmediziner kann alles“ und lernt beständig hinzu. Die immer weiter ausdifferenzierte Spezialisierung in den klinischen Fächern, die den Wissensbereich zugleich vertieft und verengt, findet in der Sozialmedizin offenbar nicht statt.

Sozialmediziner versus Verwaltung

Eine andere Abgrenzung ist das Verständnis als ausschließlich „medizinischer“ Gutachter gegenüber der juristischen Entscheidungsinstanz. Die Arbeit wird von einigen Teilnehmern strikt unter dem Aspekt der medizinisch-wissenschaftlichen Beurteilung betrachtet. Es wird ein medizinisches Votum erstellt, die weitere Bearbeitung durch die Verwaltung ist nicht von Interesse. In diesem Arbeitsverständnis ist am stärksten die Position als Dienstleister für die juristische Entscheidung über den Rentenantrag impliziert.

Andere ärztliche Mitarbeiter verfolgen bzw. berücksichtigen dagegen sehr wohl den weiteren Gang des Verfahrens. Dies zeigt sich vor allem in den Fällen eines Leistungsvermögens von 3-<6h, in denen unterschiedliche Verläufe je nach Entscheidung der Verwaltung oder auch nach der Lage auf dem Arbeitsmarkt möglich sind. Im Rahmen einer Strukturumstellung innerhalb der DRV-Bund, so wird in Interviews berichtet sind die Ärzte als für sich abgegrenzte Gruppe den Arbeitsgruppen zugeordnet worden. (Was sich etwa durch die Lage der Büros verteilt im Gebäude, statt wie zuvor gesammelt in einem Flur, zeigt.) Damit wird von Seiten der Institution aus unserer Sicht eine stärkere Einbindung der Ärzte in den Gesamtprozess angestrebt, indem sie Teil eines „interdisziplinären“ Teams werden.

Umgekehrt wird unisono betont, dass es problematisch ist, wenn Juristen oder Verwaltungskräfte medizinische Fragestellungen bearbeiten.

Zusammenfassend kann man verschiedene professionelle Blickwinkel feststellen, die sich auf den Versicherten als Patienten richten (ärztlicher Blick), die die Tauglichkeit des Versicherten für den allgemeinen Arbeitsmarkt fokussieren (sozialmedizinischer Blick), die die eigene Position in der Organisation der DRV und die Möglichkeiten, hier eigene Schwerpunkte zu setzen, umfassen (Verwaltungsblick) und schließlich auch die Aussichten des konkreten Falles in verschiedenen Verfahrensstadien im Auge haben (strategischer Blick) (Abbildung 15).

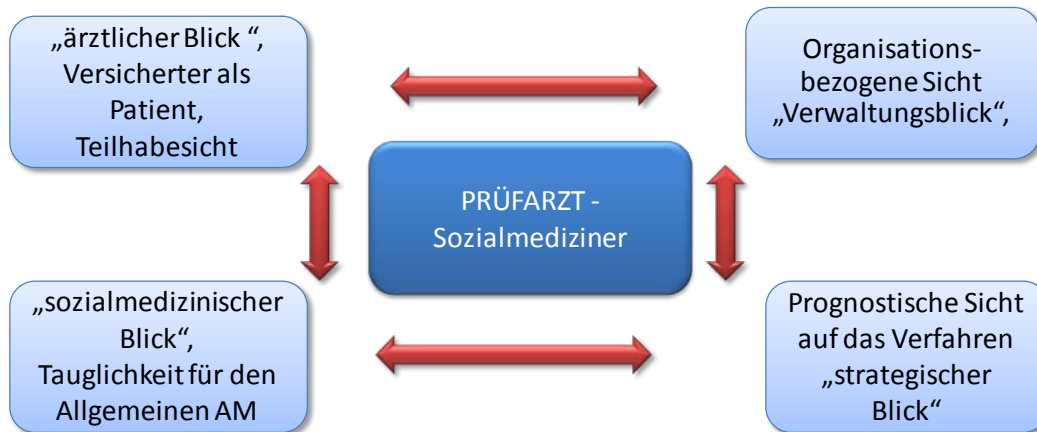


Abbildung 15: Professionsverständnis: Professionelle Blickwinkel

Sozialmedizin versus Medizin

Das spezifisch sozialmedizinische Moment in der Tätigkeit der Prüfarzte ist prekär. Die bio-psycho-soziale Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit, etwa im Sinne des ICF soll formal gesehen Grundlage der Entscheidungen sein. Dabei treten verschiedene Probleme auf:

- Schon die in verschiedenen Interviews mitgeteilte Anforderung einer bio-psycho-sozialen Sicht von Krankheit wird durch Aussagen (z. T. derselben Personen), man habe sich letztlich auf das „medizinische“ zu beschränken, gebrochen. Z. B. stellt ein Prüfarzt im Interview fest, dass man vom aktuellen Arbeitsplatz, vom häuslichen Umfeld und von der Herkunft grundsätzlich abzusehen habe. Im gleichen Interview legt er Wert auf die Feststellung, dass die Einführung des ICF eigentlich überflüssig sei, da man schon immer ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit vertreten und angewendet habe.
- Informationen über den Lebenskontext des Versicherten liegen vielfach nicht vor oder sind sehr begrenzt aus den Daten zu ermitteln. Alter, Geschlecht und Familienstand sind in der Regel dem Antrag zu entnehmen. Arbeitsbiografische Daten können aus den vorliegenden Versicherungsverläufen extrahiert werden, wenn Zeit für diesen Aufwand gegeben ist. Weiter gehende biografische Daten und Informationen über

den konkreten Lebenskontext des Versicherten sind oftmals nur Reha-Entlassungsberichten und neurologisch-psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, die diese Informationen systematisch aufbereiten. Gutachten anderer Fachrichtung enthalten meist stichwortartige „sozialanamnestische“ Angaben. Liegen nur Befundberichte vor, dann beschränken sich die Informationen auf das konkrete medizinische Problem.

- Es bleibt offen, welche Kontextfaktoren im Einzelfall in die Entscheidung einfließen und wie. Gelegentlich ist der Weg von der ICD10-Diagnose zur Leistungsbeurteilung sehr kurz im Sinne eines Wenn-Dann-Zusammenhangs und die Argumentation medizinisch im engeren Sinne, so dass Kontextfaktoren im Sinne des ICF keine Rolle spielen.
- Regelmäßig wird das Alter des Versicherten berücksichtigt. Dies einerseits im Sinne der Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung. Andererseits, und hier wird der Kontextfaktor Alter sowohl im administrativen als auch im ökonomischen Sinne bedeutsam, wird Alter in dem Sinne in den Blick genommen, ob Maßnahmen zur Teilhabe noch möglich, erfolgversprechend oder aber wirtschaftlich sinnvoll erscheinen. Ein fortgeschrittenes Alter verweist also im Entscheidungsprozess grundsätzlich auf die Bescheinigung einer Erwerbsminderung, die nicht weiter beeinflussbar ist.
- Die Aufgabe des Prüfarztes besteht darin, unterschiedliche Perspektiven in eine plausible, anschlussfähige Linie zu bringen, die wiederum administrativen Kriterien und einer fachgerechten medizinischen Plausibilität entsprechen müssen. Zudem muss er einschätzen, welche implizite Strategie der Antragssteller mit seinem Rentenbegehren verfolgt.

Die Bezugnahme auf den *privaten Kontext* des Versicherten erscheint mehr als zwiespältig. Vielfach ist in den Think-aloud-Protokollen oder den retrospektiven Besprechungen keinerlei Bezugnahme darauf erkennbar. Wenn es der Fall ist, dann können Belastungsfaktoren im privaten Bereich in verschiedene Richtungen ausgelegt werden. Die soziale Belastung wird zwar gesehen, aber als Problem der Institution DRV ausgeschlossen. Andererseits gibt es Fälle, in denen schwierige Bedingungen in der Kindheit oder in den aktuellen familiären Beziehungen (eher in einem psycho-sozialen Sinne) in der Entscheidung als Belastungen, die die Krankheitsbewältigung erschweren, berücksichtigt werden. Die Lebensführung wird vielfach nicht als Kontextfaktor, sondern als Ausdruck der Krankheitsbewältigung aufgefasst. So wird sozialer Rückzug oder die Aufgabe von Freizeitbeschäftigungen als Krankheitsfolge interpretiert.

Die *Berufsbiografie* als Kontextfaktor tritt vor allem mit der Frage aktueller Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit in Erscheinung. Aktuelle Arbeitslosigkeit ist zwiespältig: einerseits tritt hier der Verdacht auf, dass Versicherte ihre Situation durch den „Wechsel“ von der Agentur für Arbeit zur Rentenversicherung erleichtern und stabilisieren wollen. Andererseits sehen einige Prüfer durchaus die Lage so, dass bei langandauernder Arbeitslosigkeit in einem Rentenverfahren nur der Träger ermittelt wird, der die Transferleistungen zu übernehmen hat. Es geht also keineswegs um die individuelle Erwerbsfähigkeit des Versicherten, da diese auf dem Arbeitsmarkt offenbar überhaupt nicht gefragt ist. Die Beurteilung von Berufsbiografien insgesamt erscheint im empirischen Material zutiefst subjektiv. Häufige Wechsel des Arbeitsplatzes etwa werden sehr unterschiedlich interpretiert, z. B. im Sinne einer besonderen Belastung oder aber im Sinne fehlender Anstrengung oder problematischen Verhaltens des Versicherten. Auf welcher Basis berufskundliche Daten einfließen, ist schwer nachvollziehbar und ebenfalls eher subjektiv. In der Kürze der Interviews und Fallbesprechungen werden Berufsbilder zwangsläufig eher schematisch dargestellt. In zahlreichen Fällen spielt der Bezugsberuf durch die geänderte Rechtslage keine Rolle.

Ebenfalls spezifisch sozialmedizinisch ist der Blick auf die *Gesamtgesellschaft*, der im Falle der Rente u. a. der auf die Gemeinschaft der Versicherten ist. Der Sozialmediziner befindet sich in einer zweifachen Verpflichtung: er ist sowohl dem einzelnen Patienten als auch der Solidargemeinschaft verpflichtet. Der Anspruch, auch im Sinne der Solidargemeinschaft tätig zu sein, kommt in der gutachterlichen Tätigkeit stärker in den Vordergrund als in der klinischen Tätigkeit bzw. der in einer Praxis, obwohl diese auch unter sozialrechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen geschieht und von der Gemeinschaft der Versicherten finanziert wird. Das gutachterliche Urteil erscheint stärker als das Aushandeln unterschiedlicher Interessen, das weniger ausschließlich von medizinisch-sachlichen Aspekten getragen ist als die therapeutische Entscheidung im klinischen Alltag. Gerechtigkeit muss in beiden Fällen dem Einzelnen wie auch dem Versichertenkollektiv gegenüber gewährleistet sein. Auch gesamtgesellschaftliche Konjunkturen, die Arbeitslosenzahl insgesamt und ähnliche soziale Komponenten rahmen die sozialmedizinische Perspektive.

6.1.6 Ansatzpunkte zur Optimierung

- Welche Umsetzungsprobleme zeigen sich, und wo finden sich Ansatzpunkte zur Optimierung von Entscheidungsprozessen aus Sicht der Beteiligten?

Die Fragestellung des Projektes richtete sich auf die Identifikation von Heuristiken in der prüfärztlichen Tätigkeit bei Aktenlageentscheidungen und zielte darauf ab, den implizierten

Charakter von Entscheidungsprozessen explizit zu machen und Entscheidungsmuster (hier insbesondere die Bewertung einzelner Kontextfaktoren und deren Gewichtung) darzustellen. Der Entscheidungsprozess wurde dabei systematisch unter Berücksichtigung rechtlicher, organisatorischer und sozialmedizinischer und personenbezogener Aspekte untersucht.

Die theoretische Rahmung der Fragestellung wurde im Bereich "Entscheidungen als Gegenstand der Forschung" verortet und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet: Bestimmung und Definition von Heuristiken, Entscheidungen in Organisationen, Medical Decision Making, Prozess des Entscheidens, Entscheidungsalternativen und Ermessen- und Interpretationsspielräume sowie Einfluss des Entscheiders auf die Entscheidung.

Zunächst ist festzuhalten, dass Heuristiken nicht der Dichotomie "Kopf oder Bauch" unterliegen, sondern aus einer erfahrungsgesättigten Intuition, fachlichen Abwägungen, Aufgabenzentrierung, aufgeschichtetes, verdichtetes Wissen durch Erfahrungen (tacit knowledge) generiert und angewandt werden. Zentral war es für die Untersuchung zudem, den Einfluss der Organisation auf den Mitarbeiter (Organisationssozialisation) und auf Entscheidungen zu verstehen. Manifeste (Arbeitsverträge, Richtlinien, Vorgaben) und latente Erwartungen (Berücksichtigung der Interessen des Arbeitgebers, wie Kosteneinsparungen), interne Abläufe, Organisationsaufbau, hierarchische Strukturen, eigene Stellung, Arbeitsaufkommen, Dringlichkeit bestimmen den Arbeitskontext.

Vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen, Rahmenbedingungen und Problematiken, die sich in der sozialmedizinischen Praxis ergeben, richtete sich die Analyse der Daten sowie deren theoretische Einbettung auf unterschiedliche Dimensionen: Profession des Prüfarztes, Rahmenbedingungen von und Einflussfaktoren auf prüfärztliche/n Entscheidungen sowie Charakter und Muster prüfärztlicher Entscheidungsheuristiken. Mit Hilfe eines komplexen qualitativen Forschungsdesigns (Methoden-, Forscher- und Datentriangulation) wurden die unterschiedlichen Fragestellungen untersucht. Das Besondere dieser Forschungsrichtung ist, dass es gilt Texte, hier in Form von Interview- und Think-Aloud Transkripten, Aktendokumenten zu interpretieren und zu rekonstruieren (hermeneutisch-rekonstruktives Vorgehen). Kennzeichnend für diese Erhebungsmethode ist zudem eine systematische Fallkontrastierung, d.h. die Analyse von ähnlich gelagerten Fällen (minimaler Kontrast) und sehr unterschiedlichen Fällen (maximaler Kontrast). Dabei gilt das Prinzip der maximalen Variation, um das breite Spektrum innerhalb des Aufgabenbereiches abzubilden und eine Strukturgeneralisierung (im Gegensatz zur statistischen Repräsentativität) vorzunehmen, d.h. Strukturmerkmale zu identifizieren, die den Kern von Entscheidungen und Heuristiken ausmachen.

Zunächst galt es, den Zusammenhang ärztlicher Heuristiken und Entscheidungen zu analysieren, um zu klären, was ärztliches Entscheiden bestimmt. Der Professionalisierungsprozess ist in der Regel durch das Medizinstudium (u. a. Arzt im Praktikum, Facharztausbildung,

Fortbildungen) vorgegeben und wird grundiert durch den Habitus des Arztes, der durch eine alltägliche Praxis erworben wurde und wird. Es formt sich ein bestimmter Blick heraus, der den Rahmen für die Wahrnehmung des Einzelfalles bildet. Ärztliches Handeln in unserem Kontext stellt einen komplexen Prozess einer Transformation von Wissen unter Berücksichtigung individueller Faktoren des Versicherten dar (Naturwissenschaften vs. Erfahrungswissen). Er kann sein Wissen nicht standardisiert anwenden, was in der Praxis belegbar ist, wenn beispielsweise Röntgenbilder gemeinsam interpretiert und einzelne Fälle im Team besprochen werden.

Tatsächlich ist die ärztliche Tätigkeit regelgeleitet, aber dennoch von der Einfühlung, Erfahrung und Intuition der handelnden Person getragen. Divergierende Sichtweisen treten dabei fast zwangsläufig auf (Strübing 2008). Strübing geht davon aus, dass Anhänger streng deduktiver Vorgehensweisen einer solchen Arbeitsweise skeptisch gegenüber stehen und eine grundsätzlich andere Auffassung von Wissenschaftlichkeit, Theorie und Wirklichkeit vertreten.

Wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Entscheidens ist das medizinische ständig zu aktualisierende Fachwissen vor dem Hintergrund evidenzbasierter Leitlinien. Diese Leitlinienorientierung weist im Rahmen von Managed Care auch einen hohen ökonomische Stellenwert auf und dient als Orientierung für Diagnosestellungen und Behandlungsprozesse im Sinne einer ‚Checkliste‘ oder Sicherheitsrahmen. Ärztliches Handeln ist fallorientiert, d.h. es müssen klinische Entscheidungen getroffen werden und dabei das ärztliche Fachwissen leitlinienorientiert auf den individuellen Fall angewandt werden. Vogd (2002), hat deutlich gemacht, dass eine reine Orientierung an den Leitlinien durchaus juristische Probleme aufwirft, da der Fall individuell beurteilt werden muss – die Begründung, bei einem ärztlicher Kunstfehler dennoch leitliniengerecht gehandelt zu haben, kann vor Gericht kaum standhalten.

Es lässt sich festhalten, dass klinische Entscheidungen sozusagen die Anwendung all dieser Aspekte aus Professionalisierung, Sozialisation, Verarbeitung des medizinischen Fachwissens, Leitlinienorientierung darstellt und dabei immer therapieorientiert und handlungsbezogen ist. Eine zentrale Erkenntnis in der Auseinandersetzung mit der Thematik der prüfärztlichen Profession ist, dass im prüfärztlichen Entscheiden nach Aktenlage ein Perspektivenwechsel vom Behandler zum sozialmedizinischen Prüfarzt und Gutachter seitens der Ärzte vorgenommen werden muss. Der Typus der Entscheidung ist zunächst eine Entscheidung über bereits Entschiedenes, d.h. über bereits getroffene Entscheidungen: Kernthemen, die für eine Entscheidung nach Aktenlage bestimmend sind, sind durch die Akte vorgegeben: welches Verfahren, Befund und Gutachten, d.h. Bewertungen des Falles durch Kollegen, Rehabilitationsmaßnahmen und ggf. Therapieverlauf. Diese Entscheidungen und Verläufe müssen auf Basis der vorhandenen Dokumente bewertet werden. Darüber hinaus steht bei diesen Entscheidungen nicht die Zweckorientierung im Mittelpunkt, wie dies bei klinischen

Entscheidungen der Fall ist, sondern es sind konditionale Entscheidungen, d.h. wenn-dann Entscheidungen. Das Paradigma dieser prüfärztlichen Entscheidungen ist damit ein anderes aber auch im Hinblick auf die Auswirkung für die Versicherten, da Entscheidungen über Erwerbsfähigkeit auch über den sozialen Status und eine bestimmte Lebenslage entscheiden. In Bezug auf die Fragestellung nach dem Charakter von Entscheidungsheuristiken prüfärztlicher Entscheidungen konnte im Laufe der Untersuchung basierend auf theoretischen Überlegungen als auch auf empirischen Daten festgestellt werden, dass diese teils bewusst teils automatisch genutzt werden. Sie basieren auf einer aktual problem-zentrierten Verdichtung, womit die Entscheidung das Ergebnis eines sehr komplexen Prozesses ist. Dieser Prozess ist, bezogen auf ärztliches Entscheiden, determiniert durch beruflich erworbenes Wissen, Handlungskompetenzen und beruflichen Erfahrungen sowie gerahmt durch Leitlinien, rechtlichen Regularien, organisatorischen Vorgaben und erfahrungsbasierten Daumenregeln bewährter und akzeptierter Praxis und Folgenabschätzung. Daumenregeln bilden sich mit zunehmender Praxis heraus. Der Fall kann so, basierend auf den erfahrungsgenerierten Daumenregeln, "auf den ersten Blick" einer bestimmten Typologie (bspw. leicht einzuordnender Fall oder komplexer Fall) zugeordnet werden. Es ist deutlich geworden, dass Entscheidungsheuristiken antizipierten Begründungspflichten unterliegen. Demnach muss eine Entscheidung transparent, schlüssig, vollständig und nachvollziehbar unter Berücksichtigung aller Aspekte des Falles und daraus erforderlicher Schritte (z. B. Einholen weiterer Fachgutachten) begründet werden, um einem möglichen Widerspruch des Versicherten schon im Vorfeld zu begegnen und die eigene Entscheidung frühzeitig abzusichern. In der Analyse von prüfärztlichen Entscheidungen konnte insbesondere das Spannungsverhältnis der Situations- und Fallspezifika auf der einen Seite und der vorherrschenden generalisierten Entscheidungsregeln herausgestellt und das ständige Zusammenführen und Balancieren dieser zwei Seiten als wesentlicher Kernbereich prüfärztlicher Tätigkeit beschrieben werden. Ein weiterer Aspekt betrifft das Risiko von Entscheidungen, falsch zu sein. Dieses allgemeinbezogene Konzept trifft in dieser Form nicht auf den sozialmedizinischen Kontext zu. Hier können Entscheidungen möglicherweise als unangemessen bewertet werden, abhängig von der Perspektive des Bewertenden und von organisationsinternen Kriterien ‚guter Entscheidungen‘. Entscheidungen vermitteln dem Entscheidenden eine Sicherheit, nach seinem Ermessen angemessen entschieden zu haben, dennoch bleibt eine Unsicherheit, wie sich der weitere Verlauf des Falles gestaltet. Ein weiteres Merkmal von prüfärztlichen Entscheidungen ist auf der einen Seite, dass sie effizient sein müssen. Hier stellt sich die Frage, ob man unter dem faktischen Zeitdruck bedingt durch eine intern definierte Schlagzahl der täglich zu bearbeitenden Akten (weniger eine seitens der Organisation vorgegebene, sondern eine normalistische Norm, eine statistische Durchschnittswahrnehmung) tatsächlich alle Aspekte in seiner Komplexität berücksichtigen kann oder eher pragmatisch handelt und pauschalisiert. Bei al-

len Entscheidungen liegt auf der anderen Seite immer ein unvollständiges Maß an Informationen vor, es werden nie alle relevanten Informationen zu dem Fall vorliegen und Entscheidungen verstehen sich hier als eigene Herstellungsleistung. Im Ergebnis zeigte sich zusammenfassend, dass Entscheidungen nicht vollständig rationalisierbar sind.

Vor dem theoretischen Hintergrund des Medical Decision Makings und angewandter Heuristiken konnten einzelne Strategien und Heuristiken, wie z.B. die Ankerheuristik belegt werden. Das bedeutet, dass die Entscheidung bereits in einem frühen Stadium an einer bedeutsamen Information verankert ist. Schon bei der ersten Vorlage, wenn noch nicht alle Informationen vorliegen, formt sich der Prüfarzt ein erstes Bild, das dann den weiteren Bewegungsspielraum eingrenzt und die weitere Entscheidung bestimmt (z.B. Akte und Gutachten von hinten beginnend lesen).

Stellt man die Person des Entscheiders in den Mittelpunkt der Betrachtung ergeben sich weitere Perspektiven. Es ist anzumerken, dass im Rahmen der Studie die Teilnahme an internen Einarbeitungen neuer Mitarbeiter nicht möglich war, so dass der direkte Prozess der Wissenstransformation und deren Weitergabe (z. B. in Form von Hinweisen) für uns nicht erfassbar war. Grundsätzlich wurde ersichtlich, dass es unterschiedliche habitualisierte Arbeitsstrategien gibt: z. B. systematische Sichtung aller Dokumente, Herstellung eines Überblicks über die Akte mit anschließender Suche nach bestimmten Punkten, verschriftlichte Codierung des Fallverlaufs in der Akte. Darüber hinaus wurde der Einfluss persönlicher Haltungen der Prüfarzte, determiniert durch (Lebens-)Erfahrungen, Dauer der prüfärztlichen Tätigkeit auf die Gewichtung bestimmter Informationen über den Versicherten erkennbar.

Anknüpfend an den Punkt des Perspektivenwechsel ist insgesamt festzuhalten, dass prüfärztliches Entscheiden, anders als im akutmedizinischen Bereich, nicht mit Krisenfällen konfrontiert ist, sondern in der Regel routinemäßige Entscheidungen in Organisationen darstellen und in diesem Bereich als wissenschaftlich-basierte Kunstlehre beschrieben werden kann. Im Gegensatz zum Berufsfeld des behandelnden Arztes findet sich im prüfärztlichen Handeln ein anderer Denktypus wieder, der eher dem juristischen Feld zuzuordnen ist, nämlich dem des subsumtiven Denkens.

Die Ergebnisse lassen sich unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen:

- Das Projekt zielte darauf ab, Entscheidungsprozesse zu rekonstruieren und weder Entwicklungskonzepte, Empfehlungen und Lösungen zu entwickeln.
- Entscheidungen sind nur begrenzt rational.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Entscheidungen, sondern je nach Perspektiv mehr oder weniger plausible Entscheidungen.

- Entscheidungen nach Aktenlage sind immer Entscheidungen über bereits entschiedenes.
- Entscheidungen stehen immer im Verhältnis zum Fall, zu organisatorischen Rahmenbedingungen (Zeitdruck), zu den erwartenden (juristischen) Konsequenzen und zur Person des Prüfarztes.
- Es gibt fallbezogene, personenbezogene, organisationsbezogene Gewichtungen und Gründe, die in der Entscheidung in Einklang gebracht werden müssen und von der Person des Prüfarztes unterschiedlich bewertet werden.
- Informationslücken werden durch eine intuitive Erfahrungsaufschichtung und implizites Wissen ‚gefüllt‘.
- Innerhalb der Entscheidungsaufschichtung werden unterschiedliche Strategien eingesetzt (interne Checklisten, von hinten lesen, bestimmte Merkmale suchen).
- Die prüfärztliche Tätigkeit bei Aktenlageentscheidungen ist durch zahlreiche Paradoxien und Konfliktdimensionen gekennzeichnet.
- Durch die fehlende persönliche Begutachtung bei Aktenlageentscheidungen sind bestimmte Probleme (z.B. Entscheidungen über bereits entschiedenes, unterschiedliche Qualität der Dokumente) nicht ‚heilbar‘.
- Der Arzt muss einen Perspektivenwechsel vom Behandler hin zum Gutachter vollziehen.
- Das Fach Sozialmedizin wird von Ärzten vor allem aus pragmatischen Gründen gewählt, die inhaltliche Identifikation ist vor allem zu Beginn der Tätigkeit nur begrenzt vorhanden.
- Die Qualität der Gutachten ist richtungsweisend für das weitere Vorgehen der Fallbearbeitung und die Entscheidung.

6.2 Ausblick

Zur Bedeutung der Studie

Aktuell werden neben dem vorliegenden Forschungsprojekt im ‚PEgL-Projekt‘ (Bahmer et al. 2010; Bahmer und Gebauer 2010) Faktoren und Muster bei der persönlichen Begutachtung der Leistungsfähigkeit im Rentenantragsverfahren untersucht. Erkenntnisse über sozialmedizinische Entscheidungsprozesse bei Aktenlageentscheidungen liegen unseres Wissens bislang nicht vor und werden in der vorliegenden Studie erstmalig untersucht. Insgesamt besteht ein großer Forschungsbedarf im Bereich sozialmedizinischer Begutachtung (Baumann et al. 2001; Hesse und Gebauer 2011; Linden 2007). Hesse und Gebauer (2011) heben folgende Bereiche hervor, die verstärkt untersucht werden sollten: Operationalisierung und Validierung zentraler Beurteilungsdimensionen, Konzepte der

Begutachtung, Struktur und Einflussfaktoren gutachterlicher Entscheidungsprozesse, Einfluss sozialpolitischer, arbeitsmarktrechtlicher und ökonomischer Kontextfaktoren in der Begutachtung sowie Qualitätssicherung.

Weitere Perspektiven für die Forschung

Im Rahmen weiterer Forschung sollte anknüpfend an die vorliegende Untersuchung die prüfärztliche Praxis der Honorarärzte in den A und B Stellen der DRV Bund in den Blick genommen werden. Hier fallen zahlreiche richtungsweisende Entscheidungen, die oftmals durch die fest angestellten Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes weiter zu bearbeiten bzw. auch zu korrigieren haben. Letzteres erweist sich oftmals als schwierig.

Eine andere Forschungsrichtung ergab sich in der Diskussion mit den externen Experten: hier wurde unter anderem der bei jeder sozialmedizinischen Entscheidungen erforderliche Abgleich der vorhandenen quantitativen Voten mit dem eigenen Votum diskutiert. Als interessante Untersuchungsanlage wurde vorgeschlagen, die eingeholten Gutachten den Prüfärzten ohne die abschließenden quantitativen Leistungseinschätzungen vorzulegen und die sozialmedizinische Entscheidung damit tatsächlich den Sozialmedizinern zu überlassen. Eine vielversprechende theoretische Perspektive, die in diesem Bericht nur cursorisch verfolgt werden konnte, bieten die Konzepte von „primacy“ und „recency“ Effekten (vgl. Kapitel 3). Die Reihenfolge der Informationsverarbeitung spielt dabei eine bedeutsame Rolle. Schließlich kann die optisch grafische Aufbereitung vorhandener Think-Aloud Protokolle zur weiter gehenden Strukturierung der Daten vertieft werden.

7 Literatur

- Arkes, H. R.; Connolly, T.; Hammond, K. R. (2000): Judgment and decision making. An interdisciplinary reader. 2., rev. ed. Cambridge: Cambridge Univ. Press (Cambridge series on judgement and decision making). Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht011241739.pdf>.
- Arkes, H. R.; Wortmann, R. L.; Saville, P. D.; Harkness, A. R. (1981): Hindsight bias among physicians weighing the likelihood of diagnoses. In: *J Appl Psychol* 66 (2), S. 252–254..
- Bahemann, A.; Böwering, C. (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Begutachtung aus arbeitsamtsärztlicher Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 97 (2), S. 54–57.
- Bahmer, J. A.; Meisel S.; Hesse B.; Gebauer E. (2010): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung (PEgL) Chancen sozialmedizinischer Begutachtungsforschung für die Praxis. In: *Der medizinische Sachverständige* 106 (6), S. 255–256.
- Bahmer, J.; Gebauer, E. (2010): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung (PegL). Eine Studie der Begutachtungsforschung. In: *Versicherungsmedizin* 62 (3), S. 136–137.
- Batra, A. (2007): Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 103 (4), S. 124–127.
- Baumann, W.; Heipertz W.; Schliehe F.; van Essen, J. (2001): Herausforderungen der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung. In: *Gesundheitswesen* 63 (1), S. S35-S38.
- Beck, J. R.; Pauker, S. G. (1983): The Markov process in medical prognosis. In: *Med Decis Making* 3 (4), S. 419–458.
- Becker, H. S.; Geer, B.; Hughes, E. H.; Strauss, A. L. (Hg.) (1961): Boys in white. Student culture in medical school. Chicago: University of Chicago Press.
- Becker, M. C. (2005): The concept of routines: some clarifications. In: *Cambridge Journal of Economics* 29 (2), S. 249–262.
- Becker, M. C. (Hg.) (2008): Handbook of organizational routines. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar.
- Behrend, C. (Hg.) (1994): Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: Dt. Zentrum für Altersfragen e.V. (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, 90).
- Berg, M. (2008): Praktiken des Lesens und Schreibens. Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit. In: Saake, I.; Vogd, W. (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 63–85.
- Berg, M.; Horstman, K.; Plass, S.; van Heusden, M. (2000): Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalisation of insurance medicine. In: *Sociology of Health & Illness* 22 (6), S. 765–791.
- Betsch, T.; Haberstroh, S. (Hg.) (2005): The routines of decision making. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Blindow, D. (2004): Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage - aus Sicht der Rentenversicherung. In: *Der medizinische Sachverständige* 100 (3), S. 85–87.
- Bochnik, H.-J (1987): Der einzelne Mensch und die Regel - ein Grundproblem der Medizin. In: *Der medizinische Sachverständige* 38 (1), S. 5–11.
- Bochnik, H.-J. (1987): Der einzelne Mensch und die Regel - ein Grundproblem der Medizin. In: *Der medizinische Sachverständige* (38), S. 5–11.
- Bödeker, W. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW. Verl. für neue Wiss. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin / Fb 1080).

- Böhle, F.; Wehrich, M. (Hg.) (2009): Handeln unter Unsicherheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhm, A. (2010): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 475–484.
- Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hg.) (2003): Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Brosnan, C.; Turner, B. S. (Hg.) (2009): Handbook of the sociology of medical education. London, New York: Routledge.
- Chapman, G. B.; Elstein A. S. (2000): Cognitive Processes and Biases in Medical Decision Making. In: G. B. Chapman und F. A. Sonnenberg (Hg.): Decision making in health care. Theory, psychology, and applications. Cambridge: Cambridge University Press (Cambridge series on judgment and decision making), S. 183–210.
- Chapman, G. B.; Sonnenberg, F. A. (Hg.) (2000): Decision making in health care. Theory, psychology, and applications. Cambridge: Cambridge University Press (Cambridge series on judgment and decision making). Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht012760181.pdf>.
- Cibis, W. (2002): Mehr Richtlinien versus mehr Ermessensspielraum in der Begutachtung - in der Rentenversicherung. In: *Der medizinische Sachverständige* 98 (2), S. 51–52.
- Cibis, W. (2004): Lassen sich die Zeitvorgaben des neuen Rechts der Gesetzlichen Rentenversicherung eine überzeugende Beurteilung zu? - aus medizinischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 100 (2), S. 62–63.
- Cibis, W. (2005): Qualitätssicherung in der Begutachtung - Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter - aus Sicht eines Arztes der Rentenversicherung. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (02), S. 52–64.
- Cibis, W. (2008): Das professionelle Gutachten - Besonderheiten in der Rentenversicherung. In: *Med SACH* 104 (3), S. 100–103.
- Clouth, J. (2004): Kosten der Frühverrentung am Beispiel der Schizophrenie. In: *Psychiatrische Praxis* 31, S. 339–346.
- Crozier, M.; Friedberg, E. (1993): Die Zwänge kollektiven Handelns. Über Macht und Organisation. Frankfurt am Main: Athenäum.
- Crutcher, R. J. (1994): Telling What We Know: The Use of Verbal Report Methodologies in Psychological Research. In: *Psychological Science* 5, S. 241–244.
- Davison, G. C.; Vogel, R. S.; Coffman, S. G. (1997): Think-Aloud Approaches to Cognitive Assessment and the Articulated Thoughts in Simulated Situations Paradigm. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (6), S. 950–958, zuletzt geprüft am 16.03.2011.
- Dawson, N. V.; Arkes, H. R. (1987): Systematic errors in medical decision making: judgment limitations. In: *J Gen Intern Med* 2 (3), S. 183–187.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007a): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Abschlussbericht der Projektgruppe "Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung" (PGLLBEGUT). Berlin: DRV, zuletzt geprüft am 16.03.2011.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007b): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Abschlussbericht der Projektgruppe "Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung" (PGQSBEGUT). Berlin: DRV, zuletzt geprüft am 16.03.2011.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2009a): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Bericht zur Umsetzung des "Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung". Berlin: DRV (DRV-Schriften).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2009b): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV, zuletzt geprüft am 16.03.2011.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2011): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugänge 2010, Band 183. Berlin, DRV.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2006): Erfahrungen und Perspektiven Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim. DRV-Schriften: Bd. 55/2006, Sonderausgabe der DRV. Berlin: DRV.
- Dickmann, J.; Brooks, A. (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? - Psychiatric Expert Opinion in case of Early Retirement - How Reliable? In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 75 (7), S. 397–401.
- Dodier, N. (1994): Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgement. In: *Sociology of Health & Illness* 16 (4), S. 489–514.
- Dolan, J. G. (1989): Medical decision making using the analytic hierarchy process: choice of initial antimicrobial therapy for acute pyelonephritis. In: *Med Decis Making* 9 (1), S. 51–56.
- Dolan, J. G.; Isselhardt, B. J.; Cappuccio, J. D. (1989): The analytic hierarchy process in medical decision making: a tutorial. In: *Med Decis Making* 9 (1), S. 40–50..
- Elstein, A. S. (1976): Clinical judgment: psychological research and medical practice. In: *Science* 194 (4266), S. 696–700.
- Elstein, A. S. (1999): Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. In: *Acad Med* 74 (7), S. 791–794.
- Elstein, A. S.; Holzman, G. B.; Ravitch, M. M.; Metheny, W. A.; Holmes, M. M.; Hoppe, R. B. et al. (1986): Comparison of physicians' decisions regarding estrogen replacement therapy for menopausal women and decisions derived from a decision analytic model. In: *Am. J. Med.* 80 (2), S. 246–258.
- Ericsson, K. A. und Simon, H. A. (1980): Verbal reports as data. In: *Psychological Review*, Vol 87(3): 215-251.
- Esser, H. (1999): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln. Frankfurt am Main: Campus.
- Feldmann, M. (2005): Die (Un)Sicherheit der Prognose in der ärztlichen Begutachtung - aus juristischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (2), S. 68–70.
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.) (2010): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Foerster, K. (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Grundlagen der Begutachtung. In: *Der medizinische Sachverständige* 97 (2), S. 33–35.
- Foerster, K. (2007): Psychiatrische Begutachtung der Erwerbs(un)fähigkeit bei depressiven Störungen. In: *Der medizinische Sachverständige* 103 (2), S. 48–51.
- Fonteyn, M. E.; Kuipers, B.; Grobe, S. J. (1993): A Description of Think-Aloud Method and Protocol Analysis. In: *Qualitative Health Research* 3 (4), S. 430–441, zuletzt geprüft am 16.03.2011.
- Francke, J.; Gagel, A. (Hg.) (2009): Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht. Inhalt und Überprüfung medizinischer Gutachten. Baden-Baden: Nomos Verl. (Nomos-Praxis).
- Freidson, E.; Feldman, J. J. (1958): The public looks at dental care. In: *J Am Dent Assoc* 57 (3), S. 325–335.
- Gagel, A. (2009): § 2 Anforderungen an Beweisbeschlüsse und Rentengutachten aus richterlicher Sicht. In: J. Francke und A. Gagel (Hg.): Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht. Inhalt und Überprüfung medizinischer Gutachten. Baden-Baden: Nomos Verl. (Nomos-Praxis), S. 35–43.
- Garfinkel, H. (1974): „Good“ organizational reasons for „bad“ clinic records. In: Roy Turner (Hg.): *Ethnomethodology. Selected readings.* Harmondsworth: Penguin Education, S. 109–127.
- Garz, D.; Kraimer, K. (Hg.) (1991): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen.* Opladen: Westdt. Verl.
- Gigerenzer, G.; Todd, P. M.; the ABC Research Group (1999): Simple heuristics that make us smart. New York, NY: Oxford Univ. Press (Evolution and cognition). Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0640/98051084-d.html>
- Glatz, A. (2008): Assessment in der medizinischen Begutachtung. - Vorstellung der Verfahren. In: *Med SACH* 104 (4), S. 130–134.

- Goffman, E. (1977): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grove, W. M.; Zald, D. H.; Lebow, B. S.; Snitz, B. E.; Nelson, C. (2000): Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. In: *Psychol Assess* 12 (1), S. 19–30.
- Hager, K. (2009): Welche altersabhängigen Veränderungen muss der Gutachter zur Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben oder im Alltag kennen? In: *Med SACH* 105 (1), S. 5–10.
- Hartmann, B. (2005): Ist eine geschlechtsspezifische Leistungsbeurteilung erforderlich? - aus arbeitsmedizinischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (3), S. 94–98.
- Herrmann, J.-M (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen in der Begutachtung. In: *Der medizinische Sachverständige* 97 (2), S. 46–53.
- Hesse, B.; Gebauer, E. (2011): Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen. In: *Rehabilitation* 50 (01), S. 17–24, zuletzt geprüft am 03.03.2011.
- Hesse, B.; Gebauer, E.; Heuft, G. (2007): Die IREPRO-Indikatorenliste - eine Arbeitshilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrations-Prognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung (1), zuletzt geprüft am 03.03.2011.
- Hildenbrand, B. (Hg.) (2009): Psychotherapie & Sozialwissenschaft 2/2009: Klinische Soziologie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirschauer, S. (1999): Die Praxis der Fremdheit und die Minimierung von Anwesenheit. Eine Fahrstuhlfahrt. In: *Soziale Welt* 50 (3), S. 221–246.
- Hodgson, G. M. (2008): The concept of a routine. In: Markus C. Becker (Hg.): Handbook of organizational routines. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, S. 15–28.
- Hoefert, H.-W. & Klotter, Chr. (Hrsg.) (2011): Wandel der Patientenrolle. Bern: Huber.
- Hogarth, R. M. und Einhorn H. J. (1992): Order effects in belief updating: The belief-adjustment model. In: *Cognitive Psychology* 24, S. 1–55.
- Hönninger, D. (2009): Das Shadowing. Eine interaktive, prozess- und handlungsorientierte Methode zur Kundenbefragung. Taunusstein: Driesen.
- Jacobi, F.; Harfst, T. (2007): Psychische Erkrankungen – Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. In: *Die Krankenversicherung* (5), S. 3–6.
- Jou, J.; Shanteau, J.; Harris, R. J. (1996): An information processing view of framing effects: the role of causal schemas in decision making. In: *Mem Cognit* 24 (1), S. 1–15.
- Kardorff, E. v. (2012): Patientenorientierung in der Rehabilitation. In: Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) Handbuch Partizipation und Gesundheit. Huber: Bern (i. Druck)
- Klein, G. (1997): The recognition-primed decision (RPD) model: looking back, looking forward. In: Caroline E. Zsombok und Gary A. Klein (Hg.): Naturalistic decision making. Mahwah: Lawrence Erlbaum, S. 285–292.
- Knipping, A. (2004): Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung im Rentenprozess. In: *Nervenheilkunde* 23 (10), S. 572–576.
- Körner, M. (1999): Messen und Ermessen jenseits von Vermessenheit - Zur Anatomie des ärztlichen Begutachtungsprozesses am Beispiel der Beurteilung des Leistungsvermögens in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Der medizinische Sachverständige* 95 (3), S. 77–81.
- Körner, M. (2005): ICF und sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben: Alles klar? Ein Diskussionsbeitrag. In: *Rehabilitation* 44, S. 229–236, zuletzt geprüft am 07.03.2011.
- Lange, C.; Lampert T. (2005): Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer - Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* (48), S. 1256–1264.
- Ledley, R. S.; Lusted, L. B. (1959): Reasoning foundations of medical diagnosis; symbolic logic, probability, and value theory aid our understanding of how physicians reason. In: *Science* 130 (3366), S. 9–21.

- Legner, R. (2006): Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund - aus Sicht der Gutachter in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Der medizinische Sachverständige* 102 (2), S. 70–73.
- Legner, R.; Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: *Rehabilitation* 46 (1), S. 57–61.
- Lehrl, S. (2001): Stellenwert psychometrischer Tests in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: *Der medizinische Sachverständige* 97 (2), S. 40–45.
- Linden, M. (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? In: *Fortschr Neurol Psychiat* 75, S. 379–381.
- Lipshitz, R. (1994): Decision making in three modes. In: *Journal for the Theory of Social Behaviour* 24 (1), S. 47–65.
- Lipshitz, R.; Klein, G.; Orasanu, J.; Salas, E. (2001): Focus article: taking stock of naturalistic decision making. In: *Journal of Behavioral Decision Making* 14 (5), S. 331–352.
- Lorenz, M. (2005): Ist eine geschlechtsspezifische Leistungsbeurteilung erforderlich? - aus fachärztlich-internistischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (3), S. 91–93.
- Luhmann, Niklas (1968): Zweckbegriff und Systemrationalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- March, J. G. (1994): A primer on decision making. How decisions happen. New York: Free Press.
- Mayring, Philipp (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 468–474.
- Meehl, P. E. (1954): Clinical versus statistical prediction. A theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota.
- Meershoek, A.; Krumeich, A.; Vos, R. (2007): Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. In: *Sociol Health Illn* 29 (4), S. 497–514.
- Meins, W. (2010): Grenzen und Irrwege psychiatrischer Begutachtung. In: *Med SACH* 106 (4), S. 153–157.
- Merten, T. (2006a): Beschwerdvalidierungstests und die Konsequenzen für die klinische und Forschungspraxis. In: *Neurologie & Rehabilitation* 12 (3), S. 139–149.
- Merten, T. (2006b): Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund - Nicht-authentische Beschwerden: vorgetäuschte neuropsychologische Störungen. In: *Der medizinische Sachverständige* 102 (2), S. 58–62.
- Merten, T.; Dettenborn, H. (2009): Diagnostik der Beschwerdvalidität. Berlin: DPV.
- Meuser, M.; Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdt. Verl., S. 441–471.
- Mutschler, B. (2002): Mehr Richtlinien versus mehr Ermessensspielraum in der Begutachtung - aus juristischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 98 (2), S. 42–44.
- Nagel, U. (2003): Experteininterview. In: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki und Michael Meuser (Hg.): Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 57–58.
- Oevermann, U.; Allert, T.; Konau, E. und Krambeck J. (1979): Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: H.-G Soeffner (Hg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler, S. 352–433.
- Oevermann, U. (2001): Strukturprobleme supervisorischer Praxis. Frankfurt am Main: Humanities online.
- Oevermann, U. (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. Frankfurt am Main. Online

verfügbar unter http://www.ihs.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf.

Ohlbrecht, H. (2008): „Komplett abgestoßen worden“ – zu den Mechanismen sozialer Ausgrenzung am Fallbeispiel. Eine exemplarische Interviewanalyse mit der objektiven Hermeneutik. In: *Zeitschrift für qualitative Forschung* (Doppelheft 1-2), S. 57–70.

Ortmann, G. (2004): *Als Ob. Fiktionen und Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ortmann, G. (2011): *Kunst des Entscheidens. Ein Quantum Trost für Zweifler und Zauderer*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Ortmann, G.; Windeler A.; Becker A.; Schulz H.-J. (Hg.) (1990): *Computer und Macht in Organisationen. Mikropolitische Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Overland, R.; Overland, S.; Johansen, K. N.; Mykletun, A. (2008): Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: a survey on "gatekeeping" among general practitioners in Norway. In: *BMC Public Health* 8, S. 137. Online verfügbar unter doi:10.1186/1471-2458-8-137.

Parsons, T. (1958/2002) *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Eschborn:Klotz-Verlag

Payne, J. W. (1976): Task Complexity and Contingent Processing in Decision Making: An Information Search and Protocol Analysis. In: *Organizational Behavioral Decision Making* 6, S. 95–111.

Payne, J. W. (1994): Thinking Aloud: Insights into Information Processing. In: *Psychological Science* 5, S. 241–248.

Payne, V. L.; Crowley, R. S. (2008): Assessing the use of cognitive heuristic representativeness in clinical reasoning. In: *AMIA ... Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium*, S. 571–575.

Perrow, C. (1992): *Normale Katastrophen. Die unvermeidlichen Risiken der Großtechnik*. Frankfurt/Main, New York: Campus.

Pescosolido, B. A.; Martin, J. K.; McLeod, J. D.; Rogers, A. (Hg.) (2011): *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A blueprint for the 21st century*. New York: Springer.

Pfadenhauer, M. (2002): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich, S. 113-130

Philipp, M. (2010): Zur Bedeutung der objektivierten Beschwerdeschilderung für die psychiatrische Rentenbegutachtung. In: *Med SACH* 106 (5), S. 181–186.

Redelmeier, D. A.; Shafir, E. (1995): Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. In: *JAMA* 273 (4), S. 302–305.

Rehfeld, U. G. (2006): *Gesundheitsbedingte Frühberentung*. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes H. 30).

Reyna, V. F. (2008a): A theory of medical decision and health: fuzzy trace theory. In: *Med Decis Making* 28 (6), S. 850–865.

Reyna, V. F. (2008b): Theories of making medical decision and health. An evidence-based approach. In: *Med Decis Making* 28 (6), S. 823–833.

Rohm, S.; Richter, D. (2006): Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Störung: Welche Rolle spielt das Geschlecht der Versicherten? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): *Erfahrungen und Perspektiven Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim*. DRV-Schriften: Bd. 55/2006, Sonderausgabe der DRV. Berlin: DRV, S. 257–269.

Roller, S. (2007): Chronischer Schmerz - Anforderungen an die sozialmedizinische Begutachtung. In: *Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB)* (5), S. 271–275.

Rompe, G. (2005): Die (Un)Sicherheit der Prognose in der ärztlichen Begutachtung - aus Sicht des medizinischen Sachverständigen. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (2), S. 65–67.

- Saake, I.; Vogd, W. (Hg.) (2008): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schian, H.-M (2009): § 4 Qualitative Anforderungen an medizinische Sachverständigengutachten. In: Francke, J.; Gagel, A. (Hg.): *Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht. Inhalt und Überprüfung medizinischer Gutachten*. Baden-Baden: Nomos Verl. (Nomos-Praxis), S. 53–64.
- Schiltewolf, M. (2011): Fibromyalgie - die orthopädisch-psychosomatische Sicht und gutachtliche Einschätzung. In: *Med SACH* 107 (2), S. 59–63.
- Schmid, G. (2005): Qualitätssicherung in der Begutachtung - Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter - aus Sicht eines Sozialrichters. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (2), S. 62–64.
- Schmidt, L. (2004): Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage - aus Sicht der Versorgungsverwaltung. In: *Der medizinische Sachverständige* 100 (3), S. 81–84.
- Schulz, M. (2008): Staying on track: a voyage to the internal mechanisms of routine reproduction. In: Becker, M. C. (Hg.): *Handbook of organizational routines*. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, S. 228–255.
- Schulz, W. K. (1998): Einleitung. In: W. K. Schulz (Hg.): *Expertenwissen. Soziologische, psychologische und pädagogische Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich, S. 7–16.
- Schulz, W. K. (Hg.) (1998): *Expertenwissen. Soziologische, psychologische und pädagogische Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schuntermann, M. F. (2005): *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin.
- Schwab, A. P. (2008): Putting cognitive psychology to work: Improving decision-making in the medical encounter. In: *Soc Sci Med* 67 (11), S. 1861–1869. Online verfügbar unter doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.005.
- Schwandt, T. A. (2002). *Evaluation practice reconsidered*. New York: Peter Lang.
- Schwartz, S.; Griffin, D. (1986): *Medical thinking. The psychology of medical judgment and decision making*. New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Schwartz, W. B.; Gorry, G. A.; Kassirer, J. P.; Essig, A. (1973): Decision analysis and clinical judgment. In: *Am. J. Med.* 55 (3), S. 459–472.
- Shanteau, J. (1992): How Much Information Does An Expert Use? Is It Relevant? In: *Acta Psychologica* 81, S. 75–86.
- Simon, H. A.; Müller, W. (1981): *Entscheidungsverhalten in Organisationen. Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung*. Landsberg: Mod. Verlags-Ges.
- Simon, H. A. (1959): Theories of decision making in economics and behavioural science. In: *American Economic Review* 49 (3), S. 253–283.
- Sinclair, S. (1997): *Making Doctors. An Institutional Apprenticeship*. Oxford: Berg.
- Sisson, J. C.; Schoemaker, E. B.; Ross, J. C. (1976): Clinical decision analysis. The hazard of using additional data. In: *JAMA* 236 (11), S. 1259–1263.
- Soeffner, H.-G (Hg.) (1979): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler.
- Stevens, A. (2009): Objektivität in der psychiatrischen und psychosomatischen Begutachtung. In: *Forum medizinische Begutachtung* (1), S. 16–21.
- Strübing, J. (2008): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Trägert, J. (2010): Zur psychiatrischen Begutachtung bei plausiblen, aber organmedizinisch und psychiatrisch nicht ausreichend begründeten Rentenanträgen. In: *Med SACH* 106 (1), S. 34–35.
- Turner, R. (Hg.) (1974): *Ethnomethodology. Selected readings*. Harmondsworth: Penguin Education.
- Tversky, A.; Kahneman, D. (1972): Availability: A heuristic for judging frequency and probability. In: *Applied Cognitive Psychology*, S. 207-232.

- Tversky, A.; Kahneman, D. (1973): On the psychology of prediction. In: *Psychological Review* 80 (4), S. 237–251.
- Tversky, A.; Kahneman, D. (1974): Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. In: *Science* 185 (4157), S. 1124–1131. Online verfügbar unter doi:10.1126/science.185.4157.1124.
- Tversky, A.; Kahneman, D. (1981): The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. In: *Science* 211 (4481), S. 453–458, zuletzt geprüft am 28.03.2011.
- Tversky, A.; Kahneman, D. (1986): Rational Choice and the Framing of Decisions. In: *Journal of Business* 59 (4), S. 251–279.
- Tversky, A.; Kahneman, D. (1992): Advances in Prospect-Theory. - Cumulative Representation of Uncertainty. In: *Journal of Risk and Uncertainty* 5 (4), S. 297–323.
- Ueberschär, I. (2006): Der ältere Arbeitnehmer - sozialmedizinische Begutachtungsaspekte. In: *Der medizinische Sachverständige* 102 (6), S. 218–221.
- Ueberschär, I. (2008): Qualitätssicherung bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung in der Deutschen Rentenversicherung. In: *Gesundheitswesen* 70 (3), S. 690–695.
- Ueberschär, I.; Heipertz, W. (2002): Zur Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer aus arbeits- und sozialmedizinischer Sicht. In: *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 37 (10), S. 490–497.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung ; [Juni 2000]. Orig.-Ausg. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (DRV-Schriften, 21).
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Mit 176 Tabellen. 6., völlig neu bearb. Aufl. Berlin: Springer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Bad Homburg: WDV-Wirtschaftsdienst (DRV-Schriften / DRV-Schriften, 53).
- Viol, M.; Grotkamp, S.; Seger, W. (2007): Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II 2007. In: *Gesundheitswesen* 69 (34-37).
- Viol, M.; Grotkamp, S.; van Treek, B.; Nuchtern, E.; Hagen, T.; Manegold, B. et al. (2006): Personenbezogene Kontextfaktoren. Teil I. In: *Gesundheitswesen* 68 (12), S. 747–759.
- Vogd, W. (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 33 (1), S. 26–47.
- Vogd, W. (2004b): Evidence Based Medicine und Leitlinienmedizin: Feindliche Übernahme durch die Ökonomie oder wissenschaftliche Professionalisierung der Medizin? In: *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien* 146 (1), S. 11–14.
- Vogd, W. (2006): Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie. In: *Sozialer Sinn* 7 (2), S. 197–229.
- Weber, A. (2005): Qualitätssicherung in der Begutachtung - Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter - aus allgemein-sozialmedizinischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 101 (2).
- Weber, A. (2007): Begutachtungsprobleme bei Arbeitslosigkeit - Krankheit - Gesundheit - gegenwärtiger sozialmedizinischer Erkenntnisstand zu gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: *Der medizinische Sachverständige* 103 (1), S. 5–12.
- Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (43), S. 2957–2962.
- Weber, Max (1922/1969): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Wegwarth, O.; Gaissmaier, W.; Gigerenzer, G. (2009): Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine. In: *Med Educ* 43 (8), S. 721–728. Online verfügbar unter doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03359.x.
- Widder, B.; Dertwinkel, R.; Egle, U. T.; Foerster, K.; Schiltenswolf, M. (2007): Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen. In: *Der medizinische Sachverständige* 103 (4), S. 132–137.

- Wilz, S. M. (2009): Entscheidungen als Prozesse gelebter Praxis. In: Fritz Böhle und Margit Wehrich (Hg.): Handeln unter Unsicherheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 107–122.
- Wilz, S. M. (2010): Entscheidungsprozesse in Organisationen. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wimmer, D. (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - rechtliche Würdigung. In: *Der medizinische Sachverständige* 97 (2), S. 36–39.
- Wolff, S. (2010a): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 502–513.
- Wolff, S. (2010b): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 334–348.
- Zimmermann, T. (1994): Die Feststellung der Versicherungsfälle Beruf- (BU) bzw. Erwerbsunfähigkeit (EU) – Wissenschaft oder Lotterie? Oder Erwerbsminderungsrenten – welch ein Glück. In: C. Behrend (Hg.): Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: Dt. Zentrum für Altersfragen e.V. (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, 90), S. 227–241.
- Zsombok, Caroline E. (1997): Naturalistic decision making: where are we now? In: Caroline E. Zsombok und Gary A. Klein (Hg.): Naturalistic decision making. Mahwah: Lawrence Erlbaum, S. 3–16.
- Zsombok, Caroline E.; Klein, Gary A. (Hg.) (1997): Naturalistic decision making. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

8 Anhang

Anhang A: Datenschutzkonzept

Datenerhebungs- und Datenschutzkonzept **„Untersuchung der Grundlagen von ärztlichen Entscheidungsprozessen im Rentenantragsverfahren (HeP)“**

1. Hintergrund

Gegenstand dieses Forschungsprojektes ist die Untersuchung der Grundlagen von ärztlichen Entscheidungsprozessen im Rentenantragsverfahren. Ärztliche Entscheidungsprozesse sind von besonderer Relevanz für die Frage, ob Versicherte Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben. Hierfür werden u.a. die medizinischen (persönlichen) Voraussetzungen für diese Leistung geprüft, indem der sozialmedizinische Sachverhalt aufgeklärt wird. Aufgabe des Projektes ist es, die Entscheidungsprozesse von Ärztinnen und Ärzten zu untersuchen.

2. Ziel der Untersuchung

Der Fokus des Projekts soll auf der Untersuchung so genannter intuitiver Faustregeln, auch Heuristiken benannt, liegen, die vor allem bei unvollständigen Informationen oder einem begrenzten Zeitbudget zum Einsatz kommen. Ziel ist es, latente Muster und Kriterien und Einflussfaktoren für Entscheidungen der Prüfarztinnen und Prüfarzte im Rentenantragsverfahren zu identifizieren und in einen Kontext individueller, professionsspezifischer, organisationsbedingter und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu stellen. Für die Durchführung des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens ist die Erhebung und Nutzung von sozialmedizinischen Daten erforderlich.

2. Datenerhebung

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung aller Daten orientiert sich am Grundsatz der Erforderlichkeit. Es werden nur solche Daten erhoben, die für die Durchführung des Forschungsprojektes erforderlich sind. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgt mittels unterschiedlicher Methoden der qualitativen Sozialforschung. Hierzu kommen, wie im Projektantrag beschrieben folgende Erhebungsmethoden zum Einsatz:

- 6 Aktenanalyse
- 7 Externe Gutachten
- 8 Interviews/Think-Aloud-Methode
- 9 Shadowing

Zu 1.) Aktenanalyse: Erhebung von Daten aus Versichertenakten der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin-Brandenburg und Mitteldeutschland

Die Akteneinsicht erfolgt jeweils in den Räumen der Rentenversicherungsträger durch die oben genannten Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe. Diese werden nach dem Verpflichtungsgesetz (§ 1 des Gesetzes über die förmliche Verpflichtung nichtbeamteter Personen vom 2. März 1974 [BGBl. I S. 547]) schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verpflichtung erfolgt in gleicher Weise wie bei Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung Bund. Hierbei wird den Mitarbeitern der Forschungsgruppe das besondere datenschutzrechtliche Anliegen der Deutschen Rentenversicherung Bund erläutert und ein entsprechendes Merkblatt (Vordruck P 1137) ausgehändigt, das einen

Auszug aus dem Strafgesetzbuch, Hinweise auf besondere Geheimhaltungsvorschriften sowie weitere Strafvorschriften umfasst. Bei jedem der beteiligten Rentenversicherungsträger sollen 30 Akten durch die Forschungsgruppe analysiert werden. Die Akten, die zur Analyse zur Verfügung gestellt werden, werden vom Rentenversicherungsträger aus dem laufenden Tagesgeschäft ausgewählt. Die Forschungsgruppe erbittet gegebenenfalls Akten nach forschungslogischen Kriterien (z. B. Akten im Widerspruchsverfahren, Akten mit bestimmten Diagnose-Gruppen). Den Akten werden nur die Informationen entnommen, die zum Nachvollzug des ärztlichen Entscheidungsprozesses zur Erfüllung des Forschungsauftrages erforderlich sind. Folgende Merkmalsliste dient im Rahmen der Aktenanalyse als Erhebungsinstrument:

Angaben zur Akte

- Rentenversicherungsträger
- Diagnose: Orthopädie/Neurologie
- Widerspruchsverfahren/ Normalverfahren

Angaben zum Antragsteller

- Geschlecht
- Jahrgang
- Familienstand und ggf. Anzahl der Kinder
- Schulabschluss, Bildungsgrad
- Beruf und letzte berufliche Tätigkeit
- Arbeitssuchend ja/ nein (seit wann?)
- Kurze Beschreibung der beruflichen Tätigkeit, ggf. besondere Problematiken wie z.B. schwere körperliche Belastung, Arbeitshaltung, Öffentlichkeitsverkehr etc.
- Besonderheiten des Antragstellers (z.B. Schwerbehindertenausweis)
- Persönliche Dokumente des Antragstellers vorhanden? (Fotos, Briefe etc.)

Angaben zum Krankheitsverlauf/Grund der Antragstellung

- Diagnoseschlüssel
- Kurze Darstellung der Krankengeschichte (Operationen, Akutklinikaufenthalte etc.)
- Ggf. kurze Angaben aus den Entlassungsberichten
- Kurze Darstellung des Reha-verlaufs und anderer therapeutischer Maßnahmen (auch Angaben, ob medikamentöse Therapie!)
- Angaben des Reha-Entlassungsberichtes (qualitatives und quantitatives Leistungsbild etc.)
- Vorhandene Arztbefunde, Atteste o.ä. (Fachrichtungen, Beurteilung etc.)
- Vorhandene Gutachten (Fachrichtung, Beurteilung, angefordert durch?)

Angaben zur prüfärztlichen Beurteilung

- Prüfarzt oder Prüferärztin?
- R 3302 (qualitatives & quantitatives Leistungsbild)
- Begründung
- Empfehlungen (Reha, Therapien etc.)
- Stationen der Bearbeitung (Zeit der Antragstellung und Entscheidung, Widerspruch und Urteil)
- Auffälligkeiten der Akte (Markierungen, Klebezettel, Notizen etc.)

Zur Vorbereitung retrospektiver Interviews zu Einzelfällen werden besonders relevante Akten bereits zu diesem Zeitpunkt vorgemerkt. Unter Umständen wird in einer zweiten Sichtungsphase nach entsprechend der jeweiligen Forschungsfrage ausgewählt.

Zu 2.) Externe Gutachten

Von der Forschungsgruppe ausgewählte Versichertenakten werden einer sozialmedizinischen Gutachterin bzw. einem sozialmedizinischen Gutachter zur Analyse vorgelegt. Es handelt sich um 10 Akten pro beteiligtem Rentenversicherungsträger. In der Regel wird den externen Gutachtern nur der medizinische Teil der Akte vorgelegt. Handelt es sich allerdings um einen Fall im Widerspruchsverfahren ist auch der verwaltungsrechtliche (juristische) Teil relevant und wird den Gutachtern in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Diese Akten werden durch Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung im pdf-Format gescannt und personenbezogene Daten werden dabei geschwärzt. Die anonymisierte Akte im Passwort-geschützten pdf-Format wird der Forschungsgruppe anschließend zur Verfügung gestellt. Als externe Begutachter sind sozialmedizinische Experten vorgesehen, die nicht Mitarbeiter bei einem Rentenversicherungsträger sind. Die Auftraggeber des Projektes benennen geeignete Personen, die einer Datenschutzbelehrung unterzogen und zur Vertraulichkeit verpflichtet werden. Aufgabe der externen Gutachter ist es, aus sozialmedizinischer Sicht Hypothesen über Heuristiken zu bilden, die der in der Akte dokumentierten Entscheidung zu Grunde liegen. Es handelt sich nicht um eine erneute sozialmedizinische Begutachtung, sondern um eine methodenkritische Kontrolle der interpretativen Arbeit der ForscherInnen, die als SozialwissenschaftlerInnen über keine sozialmedizinische Kompetenz verfügen.

Zu 3.) Interviews/Think-Aloud Methode

Um die Erfahrungen und Herausforderungen bei der Begutachtung zu erheben und dabei die impliziten Alltagsvorstellungen von Leistungsfähigkeit, Erwerbsminderungsrente und die Theorien über die Antragsteller sowie Strategien der Aktenbegutachtung, Heuristiken, Einflussfaktoren auf die Entscheidung und das eigene Professionsverständnis zu ermitteln finden unterschiedliche Datenerhebungsmethoden Anwendung:

- Leitfadeninterview
- Retrospektive Fallbesprechung
- Think-Aloud-Methode

Die Kontaktaufnahme und zu den Beschäftigten Bereitstellung der Kontaktdaten erfolgt über den jeweiligen Rentenversicherungsträger unter Verwendung des Informationsschreibens und Einwilligungen.

Mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung werden *leitfadengestützte Interviews* geführt, die mittels Audioaufzeichnung dokumentiert werden. Im Interview werden folgende Themenbereiche angesprochen:

- Allgemeine Herausforderungen sozialmedizinischer Begutachtung
- Begutachtungsprozess
- Professionsverständnis
- Kooperation
- Qualitätssicherung

Angangspunkt der *Retrospektiven Fallbesprechung* sind Akten aus dem Tagesgeschäft, die anhand spezieller Kriterien von der Forschergruppe ausgewählt wurden. Die für diesen Fall zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes werden zu diesem Fall nachträglich befragt. Ihre Äußerungen werden mittels Audioaufzeichnung dokumentiert.

Bei der *Think-Aloud-Methode* werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes motiviert, ihren Begutachtungsprozess zu verbalisieren. Diese Erhebungsmethode kommt während der alltäglichen Arbeit der Sozialmediziner und Sozialmedizinerinnen zum Einsatz, eine Erfassung der jeweils bearbeiteten Versichertenakten erfolgt nicht. Die Äußerungen werden mittels Audioaufzeichnung dokumentiert.

Zu 4.) Shadowing

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung werden bei ihrer täglichen Arbeit stundenweise durch Mitglieder der Forschungsgruppe begleitet. Es wird jeweils ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin von einem Forscher/einer Forscherin begleitet, ein Wechsel findet nicht statt. Über diese Begleitung wird ein schriftliches Beobachtungsprotokoll erstellt.

3. Datenschutzkonzept

Um den personen- und einrichtungsbezogenen Datenschutz zu gewährleisten, wird folgendermaßen vorgegangen:

Forschungsdaten aus der Aktenanalyse

Für die wissenschaftliche Auswertung spielt der Name keine Rolle. Personenbezogene Daten wie Namen, Adressen und Geburtsdaten werden nicht erhoben. An jede Versichertenakte wird ein neun bis zehnstelliger Code vergeben.

Codierschlüssel

Träger | Diagnose | Geschlecht | Geb.jahr | Anfangsbuchstabe d. Geb.namens | Fallnr.

BU O w_1

BB N m_2

MD

Das im Zusammenhang mit einer Akte erstellte Dokument wird als Datei in einem passwortgeschützten Rechner in den Räumen der Forschungsgruppe gespeichert.

Um Doppelbearbeitungen zu vermeiden und gegebenenfalls ein fragliches Forschungsdatum einer Kontrolle anhand der Originalakte unterziehen zu können, werden neben diesem Codierschlüssel in einer Zuordnungsliste die Versicherungsnummern erfasst. Diese Liste liegt als Datei auf einem passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, R 138) vor. Zugriff auf die Datei haben Herr Professor von Kardorff, Frau Bartel und Frau Dr. Tegethoff. Die Zuordnungsliste wird am Ende der Projektzeit durch mehrfaches Überschreiben von der Festplatte gelöscht. Der Forschungsgruppe als Ganzer liegen nach der Codierung für die Auswertung nur Daten mit Forschungsnummern vor und es kann kein Personenbezug hergestellt werden. Alle Auswertungen werden anonym durchgeführt. Weder aus den Forschungsdaten noch aus den Ergebnissen kann auf den Antragsteller oder andere Personen zurückgeschlossen werden.

Lt. Analyseinstrument sind im Zusammenhang mit den Versichertenakten auch Daten zu den zuständigen Prüfärzten zu erheben. In dem zur jeweiligen Akte angelegten Dokument erscheint ein anonymisierter Code (s. Think-Aloud-Methode). Die Namen der Prüfärzte

werden in einer Zuordnungsliste gesammelt, die ausschließlich der Vorbereitung der retrospektiven Interviews dient. Diese Liste liegt als Datei auf einem passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, R 138) vor. Zugriff auf die Datei haben Herr Professor von Kardorff, Frau Bartel und Frau Dr. Tegethoff. Die Zuordnungsliste wird am Ende der Projektzeit durch mehrfaches Überschreiben von der Festplatte gelöscht.

Forschungsdaten aus Externen Gutachten

Die Versichertenakten werden der Forschungsgruppe vom jeweiligen Rentenversicherungsträger zur Auswahl zur Verfügung gestellt. Diese Akten werden durch Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung im pdf-Format gescannt und personenbezogene Daten, insbesondere Namen von Versicherten, Angehörigen, behandelnden oder begutachtenden Ärzten, Versicherungsnummern und Aktenzeichen, bei Geburtsdaten Tag und Monat, werden dabei geschwärzt. Hierbei kommt das Programm Adobe Acrobat Professional zum Einsatz. Dies bedeutet im Einzelnen, dass die Unterlagen als Bild eingescannt werden, sensible Inhalte werden dann „übermalt“, das Bild wird in einem Format gespeichert, das keine Objekte beherrscht (z. B. jpg.), und dann in eine pdf-Datei importiert. Eine Entfernung der „Übermalung“ ist damit unmöglich. Nur die anonymisierte Akte im Passwort-geschützten pdf-Format wird der Forschungsgruppe anschließend zur Verfügung gestellt. Der Datenschutz ist durch die vollständige Anonymisierung der Antragstellerakte gewährleistet. Der Forschungsgruppe liegen für die Auswertung nur Daten mit Forschungsnummern vor und es kann kein Personenbezug hergestellt werden. Alle Auswertungen werden anonym durchgeführt. Weder aus den Forschungsdaten noch aus den Ergebnissen kann auf den Antragsteller oder andere Personen zurückgeschlossen werden.

Forschungsdaten aus den Interviews/der Think-Aloud-Methode

Die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgt über die Auftraggeber der Studie in der Abt. Sozialmedizin der DRV. Die Zustimmung zur Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten ausführliche schriftliche Informationen zum Forschungsprojekt⁶⁸. Die Bereitschaft zur Teilnahme wird in Form der Einwilligungserklärung dokumentiert⁶⁹. Die Einwilligungserklärungen werden in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, R 138) unter Verschluss bis zum Ende des Projektzeitraums verwahrt. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt der Name keine Rolle. Personenbezogene Daten wie Namen, Adressen oder Geburtsdaten werden nicht erhoben. Für die spätere Auswertung spielt der Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des sozialmedizinischen Dienstes keine Rolle. Der Name wird für die Dokumentation und Auswertung durch eine Forschungsnummer ersetzt und setzt sich zusammen aus:

Codierschlüssel

| <u>Träger</u> | <u>Interviewart</u> | <u>Position</u> | <u>Geschlecht</u> | <u>Interviewnr.</u> |
|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| BU | L_Leitfaden | L_Leitung | w_1 | |
| BB | R_Retrospektiv | P_Prüfarzt | m_2 | |
| MD | T_Thinking-Aloud | ... | | |

⁶⁸ Siehe Anlage 1: Informationen zum Heuristik-Projekt für Prüferinnen und Prüfer der Deutschen Rentenversicherung

⁶⁹ Siehe Anlage 2: Einwilligungserklärung – Heuristik Projekt

Die Art der Codierung kann in Ausnahmefällen (nur bei Interviews) den Rückschluss auf einzelne Person ermöglichen. Im Informations- und Einwilligungsschreiben wird auf diesen Umstand ausdrücklich hingewiesen. Organisationsbezogene Merkmale lassen sich nur unter Berücksichtigung der hierarchischen Strukturen interpretieren. Daher kann nicht auf die Angabe der ‚Position‘ des Befragten verzichtet werden. Die Datenerhebung in den Interviews und der Think-Aloud-Methode wird mittels Audioaufzeichnung dokumentiert. Wird nicht in eine digitale Aufzeichnung des Interviews eingewilligt, erfolgt alternativ eine schriftliche Protokollierung der Gespräche. Die Audioaufzeichnung erfolgt digital. Die Audiodatei wird auf einen passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe überspielt und vom tragbaren Aufzeichnungsgerät durch mehrfaches Überschreiben entfernt. Es erfolgt innerhalb von zwei Tagen eine selektive oder ggf. vollständige Transkription der Aufzeichnungen, anhand derer die weitere Auswertung erfolgt. Alle Namen, Personen, Orts- und Einrichtungsbezeichnungen werden anonymisiert. Die Zuordnung des Codes bezieht sich auf den jeweiligen Mitarbeiter/die Mitarbeiterin, eine Erfassung, Codierung oder Zuordnung der jeweils bearbeiteten Versichertenakten erfolgt hier nicht. Die Codierung dient ausschließlich zur Kennzeichnung der Primärdaten. Bei weiteren Auswertungsschritten wird der Code nicht übernommen.

Der Forschungsgruppe liegen nach der Codierung für die Auswertung nur Daten mit Forschungsnummern vor. Alle Auswertungen werden anonym durchgeführt. Weder aus den Forschungsdaten noch aus den Ergebnissen kann auf die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter oder andere Personen zurückgeschlossen werden.

Insbesondere werden durch dieses Vorgehen für den Auftraggeber keine *personenbezogenen* Rückschlüsse auf die Begutachtungspraxis der untersuchten Prüfärztinnen und -ärzte ermöglicht.

Shadowing

Die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgt über die Auftraggeber der Studie in der Abt. Sozialmedizin der DRV. Die Zustimmung zur Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten ausführliche schriftliche Informationen zum Forschungsprojekt. Die Bereitschaft zur Teilnahme wird in Form der Einwilligungserklärung dokumentiert. Die Einwilligungserklärungen werden in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, R 138 bis zum Ende des Projektzeitraums unter Verschluss verwahrt.

Personenbezogene Daten wie Namen, Adressen oder Geburtsdaten werden nicht erhoben. Für die spätere Auswertung spielt der Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des sozialmedizinischen Dienstes keine Rolle. Der Name wird für die Dokumentation und Auswertung durch eine Forschungsnummer ersetzt.

Da nur jeweils ein Forscher/eine Forscherin einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin begleitet, ist kein Austausch von Kontaktdaten innerhalb der Forschungsgruppe erforderlich. Die Kontaktdaten werden von der jeweils begleitenden Person vertraulich behandelt und nach Abschluss des Erhebungsverfahrens vernichtet. Die Datenerhebung erfolgt mittels eines schriftlichen Beobachtungsprotokolls. Der Forschungsgruppe liegen nach der Codierung für die Auswertung nur Daten mit Forschungsnummern vor. Alle Auswertungen werden anonym durchgeführt. Die Forschungsdaten werden im Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität gespeichert und ausgewertet. Nach Projektabschluss werden alle Daten gelöscht.

Übersicht Speicherung und abschließende Löschung von Daten

Grundsätzlich ist die Forschungsgruppe bemüht, personenbezogene Daten möglichst sparsam zu erheben und zu speichern. Grundsätzlich werden codierte Primärdaten nach Projektende vernichtet. Sachlich zwingend erforderlich ist hingegen die Aufbewahrung der anonymisierten Sekundärdaten im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis (vgl. DFG-Denkschrift zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis:

http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/download/empfehlung_wiss_praxis_0198.pdf S. 12)

1. Papiergebundene Daten

Personenbezogene Einwilligungen der Teilnehmer/Teilnehmerinnen

Die Einwilligungserklärungen werden in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, R 138 unter Verschluss verwahrt. Am Ende des Projektzeitraums (01.11.2011) werden die papiergebundenen Unterlagen in Verantwortung des Datenschutzbeauftragten der Humboldt-Universität Hr. A. Heitkamp und des Verantwortlichen für Abfallentsorgung Hr. Dr. T. Hoffmann datenschutzgerecht (Sicherheitsstufe 4) entsorgt.

Papiergebundene Daten aus den verschiedenen Erhebungsmethoden

Das gleiche gilt für papiergebundene Primärdaten aus den verschiedenen Erhebungsmethoden (z. B. schriftliche Aufzeichnungen, wenn Teilnehmer die Audioaufzeichnung nicht wünschen).

2. Digitale Audiodateien

Audiodateien werden mittels tragbarer Aufzeichnungsgeräte digital erstellt. Sie werden auf einen passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe überspielt und vom Aufzeichnungsgerät durch mehrfaches Überschreiben entfernt. Die Audiodateien verbleiben bis zum Projektende auf dem genannten PC, da in qualitativer Forschung der Rückgriff auf die Originaldaten im Verlauf der Auswertung unverzichtbar ist. Am Ende des Projektzeitraums erfolgt die Löschung der Daten durch mehrfaches Überschreiben.

3. Zuordnungslisten

Um Doppelbearbeitungen zu vermeiden und um die Zuordnung analysierter Akten für retrospektive Interviews zu ermöglichen, werden zwei Zuordnungslisten geführt. 1. Zuordnung von VSNR und Aktencodierung 2. Zuordnung von Namen von Mitarbeitern und Personencodierung. Beide Zuordnungslisten werden auf einem passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe (Invalidenstraße 110, Raum 138) gespeichert. Am Ende des Projektzeitraums erfolgt die Löschung der Dateien durch mehrfaches Überschreiben.

Mit der Löschung der Zuordnungslisten ist die Anonymisierung der Akten und der Mitarbeiter gewährleistet. Die tatsächliche Löschung bzw. aller personenbezogenen Daten, die im Projekt erhoben werden, erfolgt am Ende des Projektzeitraumes vor der Auflösung der Forschungsgruppe in Verantwortung der Projektleitung. Datenschutzrechtliche Bestimmungen schützen die Persönlichkeitsrechte und die mit einer Person verbundenen Daten. Alle am Forschungsprojekt Beteiligten fühlen sich dem Datenschutz verpflichtet und wirken auf die strikte Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen hin.

Anhang B: Überblick Arbeitspakete Heuristik-Projekt

| |
|--|
| AP 1 Sicherung des Feldzugangs |
| Ziel: - Sicherung des Feldzuganges - Terminabsprachen, z.B. Aktenanalyse - Kontaktaufnahme mit Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern - regelmäßige Projekttreffen |
| AP 2 Experteninterviews |
| Zielgruppe: 1. Experten der internen Leitungsebene (N = 7) 2. Externe Experten (N=6) |
| Ziel: u.a. Beschreibung der Rahmenbedingungen, Erwartungen und Zielvorstellungen der Begutachtung aus der Sicht der Organisation, Standards, formelle Vorgaben |
| Methode: Leitfadengestützte Experteninterviews |
| AP 3 Analyse des Entscheidungsprozesses AP 3.1 Think-Aloud-Methode |
| Zielgruppe: Prüfärzte des Bereichs Sozialmedizin (N = 80) |
| Ziel: Rekonstruktion strukturierter Verläufe der Entscheidungsprozesse |
| Methode: Direkte teilnehmende Beobachtung der Fallbearbeitung und digitale Aufzeichnung des verbalisierten Entscheidungsprozesses |
| AP 3 Analyse des Entscheidungsprozesses AP 3.2 Shadowing |
| Zielgruppe: Prüfärzte des Bereichs Sozialmedizin (N = 2 Ärztinnen und 2 Ärzte; insgesamt 5 Tage) |
| Ziel: Beobachtung von Arbeitsabläufen und Rahmenbedingungen sowie Vorbereitung der TAM- Erhebung, Hypothesenbildung |
| Geplantes Vorgehen: - Begleitung im Arbeitsalltag, informelle Gespräche, kein Think-Aloud! - Vorgehen in 2 Sequenzen: 1. Sequenz – 3 Tage, 2. Sequenz 2 Tage |
| AP 3 Analyse des Entscheidungsprozesses AP 3.3 Leitfadeninterviews mit Prüfärzten |
| Zielgruppe: Prüfärzte des Bereichs Sozialmedizin (N = 19) |
| Ziel: Strategien der Aktenbegutachtung, Heuristiken, Einflussfaktoren auf die Entscheidung, |

| | |
|---|--|
| Professionsverständnis | |
| Geplantes Vorgehen: Leitfadengestützte Interviews | |
| AP 3 Analyse des Entscheidungsprozesses AP 3.4 Strukturierte Interviews mit Prüfarzten zu ausgewählten Fällen (retrospektiv) | |
| Inhalt: Strukturierte Interviews mit Prüfarzten zu ausgewählten Fällen (retrospektiv) | |
| Ziel: Entscheidungsheuristiken, Einflussfaktoren auf Entscheidung | |
| Geplantes Vorgehen: <ul style="list-style-type: none"> - Auswahl von besonderen Fällen mit hohem Kontrastierungscharakter strukturierte Interviews anhand dieser Akten mit Gutachterinnen/Gutachtern | |
| AP 4 Aktenanalyse AP 4.1 Aktenanalyse | |
| Inhalt: Analyse von Akten aus den Diagnosegruppen Orthopädie und psychische und Verhaltensstörungen | |
| Ziel: erste Übersicht, Grundlagen & Informationen über Entscheidungsprozesse ermitteln | |
| Geplantes Vorgehen: <ul style="list-style-type: none"> - nach erster Einsicht der Akten: Entwicklung der Analysestrategie - gezielte Analyse der Akten in 2. Phase - Auswahl von Akten für strukturierte Interviews und externe Gutachten → Systematische Kontrastierung der Fälle, d.h. gezielte Suche | |
| AP 4 Aktenanalyse AP 4.2 Externe Aktenanalyse | |
| Inhalt: Analyse von Akten aus den Diagnosegruppen Orthopädie und psychische und Verhaltensstörungen durch externe Gutachter | |
| Ziel: Strategien der Aktenbegutachtung d. externen Gutachter, Heuristiken, Einflussfaktoren auf die Entscheidung | |
| Geplantes Vorgehen: Anhand der ausgewählten Fälle gezielt externe Gutachten/Meinungen zum Fall | |

Anhang C: Zeitplan

| Arbeitspakete | | 2010 | | | | | 2011 | | | | | | | | | | |
|---------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | Jan | Feb | Mär | Apr | Mai | Jun | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez |
| AP 1 | Feldzugang sichern, gezielte Terminabsprachen | [Erhebungsphase] | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP 2 | Experteninterviews Leitungsebene | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] | [Auswertungsphase] |
| AP 3 | Analyse des Entscheidungsprozesses | [Erhebungsphase] | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP 3.1 | kognitive Interviews/think aloud Methode | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 3.2 | Shadowing | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 3.3 | strukturierte Interviews mit Prüffärzten | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 4 | Aktenanalyse | [Erhebungsphase] | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP 4.1 | Aktenanalyse | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 4.2 | Externe Gutachten | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 4.3 | strukturierte Interviews mit Prüffärzten (retrospektiv) | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 5 | Erstellung des Zwischenberichtes | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |
| AP 6 | Erstellung des Endberichtes | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] | [Erhebungsphase] |

Erhebungsphase

Auswertungsphase

Anhang D: Interviewleitfaden - Experten

Experteninterview Leitungsebene

Vorstellung Projekt und Bitte um kurze Vorstellung

Allgemeine Herausforderungen

Vor welchen **besonderen Problemen** steht die sozialmedizinische Abteilung in der RV insgesamt? Welches sind aus Ihrer Sicht **besondere Herausforderungen**?

Welche Bedeutung hat die sozialmedizinische Begutachtung zur **Frühberentung im Verhältnis zur Rehabilitationsempfehlung**? (ausgehend von unserer bisherigen Aktenkenntnis, dass bei Berentungsanträgen nur wenige Reha-Empfehlungen vorhanden sind).

Welche Rolle spielen Ihrer Einschätzung nach die **Entwicklung des Arbeitsmarkts** und andere gesellschaftliche oder individuelle Kontextfaktoren für die Frühberentung? Gibt es hier interne Akzentsetzungen? **Gibt es Regeln im Sinne des „im Hause üblichen“?**

Wie beurteilen Sie die Zunahme der Frühberentungen aufgrund **psychischer Erkrankungen oder körperlicher Beschwerden ohne organische Ursache**? Halten Sie dies für ein von externen Gutachten induziertes Phänomen oder für eine spezifische neue Herausforderung für die Empfehlung spezieller Rehabilitationsmaßnahmen. Wie wird dieses Phänomen innerhalb der RV insgesamt und besonders in der sozialmedizinischen Begutachtung gesehen?

Wie beurteilen Sie das Problem der Frühberentung aus **ALG II Arbeitslosigkeit**? Wie häufig werden **Rentenanträge von anderen Trägern motiviert**?

Begutachtungsprozess

Welche Informationen sind für die Begutachtung erforderlich, welche Informationen sind für den formalen, organisatorischen Prozess erforderlich?

Wie wird **das quantitative Leistungsbild aus den qualitativen Krankheitsdaten** ermittelt? **Nur bei Regionalträgern: Wann wird nach Aktenlage, wann anhand persönlicher Untersuchung entschieden**? Zeigen sich Unterschiede bei den verschiedenen Vorgehensweisen?

Prüfärzte

Nach welchen Gesichtspunkten werden Prüfärzte/-innen eingestellt? Welche Erwartungen haben Sie an sie? Welches sind die **Prinzipien der Einarbeitung**? (evtl. noch mal nach eigenem Zugang nachfragen)

Wir haben erfahren, dass über **80 Prozent Prüfärztinnen sind**. **Woran liegt dies, nach Ihrer Einschätzung**? Macht das einen Unterschied bei der Begutachtung?

Welche Rolle spielt die **fachärztliche Ausbildung** und die entsprechende Fachkultur der Prüfärzte?

Antragssteller

Wir haben uns entschieden, zwei Krankheitsbilder im Besonderen zu betrachten: psychische Krankheiten (Depressionen etc.) sowie unspezifische Rückenprobleme (Orthopädie mit psychosomatischer Befundlage)... **Welche Rolle spielt die Diagnose bei der Begutachtung**?

Welche **Unterschiede** sehen Sie zwischen diesen **Krankheitsbildern** im Begutachtungsprozess?

Kooperation

Welchen **Stellenwert** hat die **medizinische Begutachtung** im Gesamtprozess der Bearbeitung eines Rentenanspruchs?

In welcher Form kann die **Verwaltung Einfluss auf die sozialmedizinische Begutachtung** nehmen? (Im Someko-Interview war die Rede von „Druck“) In welcher Form kann die sozialmedizinische Abteilung Einfluss auf die Verwaltung nehmen? (Strategisch oder im Einzelfall?)

Wie funktioniert die **Kooperation mit externen Gutachtern**, Hausärzten usw.?

Extra: Wie ist der Umgang mit Widersprüchen? Hat sich das Anforderungsprofil an einen Prüfärzte in den letzten Jahren verändert? Welche Motivation zur EM-Antragstellung sehen die Prüfärzte? Hat sich dies in den letzten Jahren verändert? Was müsste nach Einschätzung der Experten im Rahmen einer Qualitätssicherung des Begutachtungsprozesses passieren? Was würde ihre Arbeit erleichtern? Wo wünschen sie sich Verbesserungen?

Anhang E: Maske für die Auswertung der Akten

| Angaben zur Trägerschaft/Bearbeiterin | | |
|--|---|--|
| Rentenversicherung | Initialen | Datum |
| Angaben zur Akte | | |
| Ortho/Neurologie | Widerspruchsverfahren/ Normalverfahren | Code |
| Angaben zum Antragsteller | | |
| Geschlecht | Jahrgang | Familienstand und ggf. Anzahl der Kinder |
| Schulabschluss, Bildungsgrad | | |
| Beruf und letzte berufliche Tätigkeit | Arbeitssuchend ja/ nein (seit wann?) | |
| Kurze Beschreibung der beruflichen Tätigkeit, ggf. besondere Problematiken wie z.B. schwere körperliche Belastung, Arbeitshaltung, Öffentlichkeitsverkehr etc. | | |
| Besonderheiten des Antragstellers (z.B. Schwerbehindertenausweis) | | |
| Persönliche Dokumente des Antragstellers (Fotos, Briefe etc.) | | |
| Angaben zum Krankheitsverlauf/Grund der Antragstellung | | |
| Diagnoseschlüssel | | |
| Kurze Darstellung der Krankengeschichte (Operationen, Akutklinikaufenthalte etc.) | | |
| Ggf. kurze Angaben aus den Entlassungsberichten | | |
| Kurze Darstellung des Reha.verlaufs und anderer therapeutischer Maßnahmen (auch Angaben, ob medikamentöse Therapie!) | | |
| Angaben des Reha-Entlassungsberichtes (qualitatives und quantitatives Leistungsbild etc.) | | |
| Vorhandene Arztbefunde, Atteste o.ä. (Fachrichtungen, Beurteilung etc.) | | |

| | |
|---|--|
| Vorhandene Gutachten (Fachrichtung, Beurteilung, angefordert durch?) | |
| Angaben zur prüfärztlichen Beurteilung | |
| Prüfarzt oder Prüferärztin + Initialen | Prüfarzt mit langer Berufserfahrung oder unter 2 Jahre Berufserfahrung? |
| R 3302 (qualitatives & quantitatives Leistungsbild) | |
| Begründung | |
| Empfehlungen (Reha, Therapien etc.) | |
| Allgemeine Angaben | |
| Stationen der Bearbeitung (Zeit der Antragstellung und Entscheidung, Widerspruch und Urteil) | |
| Auffälligkeiten der Akte (Markierungen, Klebezettel, Notizen etc.) | |

Anhang F: Interviewleitfaden - Prüfarzte

Leitfaden – Prüfarzte

Vorstellung Projekt und Bitte um kurze Vorstellung Biographie/ „Mein Weg zum Prüfarzt“

Können Sie mir Ihren Weg zur Sozialmedizin bis zu Ihrer aktuellen Tätigkeit in der DRV Bund schildern?

Was ist für Sie der entscheidende Unterschied zwischen Ihrer früheren Tätigkeit als behandelnder Arzt/Ärztin und ihrer jetzigen als Prüfarzt/ärztin?

Was war die größte Umstellung für Sie? Was war für Sie als Sie hier anfangen ganz neu oder anders?

Einflüsse auf die neue Tätigkeit

Welche Hinweise waren für Sie am Beginn Ihrer Tätigkeit in der RV besonders wichtig? Gab es eine Bemerkung eines/-er Kollegen/-in, die Sie stark beeindruckt hat?

Herausforderungen

Was sind heute ihre größten Herausforderungen in der alltäglichen Begutachtungsarbeit? Was macht Ihnen am meisten Spaß in der Arbeit, was ist besonders befriedigend an ihrer Tätigkeit?

Was belastet Sie besonders, wenn Sie an die Begutachtungsarbeit denken?

Wo tauchen aus ihrer Sicht vor allem Probleme auf und wie sehen diese aus?

Professionsverständnis

Worin liegt für Sie das Besondere der Arbeit als Prüfarzt/ärztin?

Was macht die Professionalität eines Prüfarztes aus?

Wir haben erfahren, dass über 80 Prozent Prüfarztinnen sind. Woran liegt dies, nach Ihrer Einschätzung? Macht das einen Unterschied bei der Begutachtung?

Welche Rolle spielt die fachärztliche Ausbildung und die entsprechende Fachkultur der Prüfarzte?

Hat sich das Anforderungsprofil an einen Prüfarzt in den letzten Jahren verändert?

Begutachtungsprozess/Vorgehen

Wie gehen Sie ganz konkret vor, wenn Sie eine Akte/einen Fall begutachten? Womit fangen Sie an?

Worauf achten Sie vor allem?

Gibt es „Clues“ (Hinweise) in den Anträgen und in den Gutachten, aus denen Sie gleichsam auf den ersten Blick ersehen können, ob der Antrag berechtigt ist?

Woran erkennen Sie, ob ein ‚echtes Leiden‘ vorliegt und die Schilderungen authentisch sind?

Haben Sie eine bestimmte Strategie bei der Fallbearbeitung?

Welche Informationen sind für die Begutachtung erforderlich?

Welche Bedeutung haben Fachgutachten für Sie?

Wie prüfen Sie deren Schlüssigkeit?

Wie lange benötigen Sie für die Bearbeitung einer Akte?

Gibt es zeitliche Vorgaben oder ‚Schlagzahlen‘, die Sie beachten müssen?

Kontextfaktoren

Welche Rolle spielen Ihrer Einschätzung nach die Entwicklung des Arbeitsmarkts und andere gesellschaftliche oder individuelle Kontextfaktoren für die Frühberentung? Gibt es hier interne Akzentsetzungen?

Wie berücksichtigen Sie konkret Kontextfaktoren, wie Arbeitslosigkeit, Familiensituation oder den allgemeiner Arbeitsmarkt.

Spielen soziokulturelle Hintergründe, z.B. Migrationshintergrund, Berufsbiographien u. spez. berufliche Tätigkeiten bei der Begutachtung eine Rolle?

Welche Bedeutung hat das Alter des Antragstellers?

Welche Rolle spielt es, ob der Antragsteller eine Frau/ein Mann ist?

Spielt die wahrnehmbare "Dramatik" der Lebenssituation eine besondere Rolle?

Wie sieht es bei Schmerzpatienten aus oder wenn Schmerzen als wichtige Begleitsymptome genannt werden? Welche Rolle für die Bewilligung/Ablehnung spielt dies?

Wie ermitteln Sie das quantitative Leistungsbild aus den qualitativen Krankheitsdaten?

Reha vor Rente

Welchen Stellenwert nimmt die sozialmedizinische Begutachtung zur Frühberentung im Verhältnis zur Rehabilitationsempfehlung ein? (ausgehend von unserer bisherigen Aktenkenntnis, dass bei Berentungsanträgen nur wenige Reha-Empfehlungen vorhanden sind).

Welche Rolle spielen vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen bei Ihrer Beurteilung?

Nur bei Regionalträgern: Aktenlage vs. persönliche Untersuchung

Wann wird nach Aktenlage, wann anhand persönlicher Untersuchung entschieden?

Welche Unterschiede zeigen sich bei den verschiedenen Vorgehensweisen?

Orthopädie/Psychiatrie

Wir haben uns entschieden, zwei Krankheitsbilder im Besonderen zu betrachten: psychische Krankheiten (Depressionen etc.) sowie unspezifische Rückenprobleme (Orthopädie mit psychosomatischer Befundlage)... Welche Rolle spielt die Diagnose bei der Begutachtung?

Welche Unterschiede sehen Sie zwischen diesen Krankheitsbildern im Begutachtungsprozess?

Wie beurteilen Sie die Zunahme der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen oder körperlicher Beschwerden ohne organische Ursache? Halten Sie dies für ein von externen Gutachten induziertes Phänomen oder für eine spezifische neue Herausforderung für die Empfehlung spezieller Rehabilitationsmaßnahmen. Wie wird dieses Phänomen innerhalb der RV insgesamt und besonders in der sozialmedizinischen Begutachtung gesehen?

Antragssteller

Was geht Ihnen als erstes durch den Kopf, wenn Sie an „Antragsteller“ denken?

Sehen Sie im Antragsteller eher den Patienten im med. Sinne, den Bürger, der seinen rechtlich verbrieften Anspruch anmeldet und auf sachgerechter Prüfung besteht (also Antragsteller als Kunde), als potentielle Belastung für die Versicherungsgemeinschaft, als geschickten Strategen, der seinen Vorteil verfolgt oder als Simulanten?

Welche Motivation zur EM-Antragstellung sehen Sie? Hat sich dies in den letzten Jahren verändert?

Wie beurteilen Sie das Problem der Frühberentung aus ALG II Arbeitslosigkeit? Wie häufig werden Rentenanträge von anderen Trägern motiviert?

Wie ist der Umgang mit Widersprüchen?

Verwaltung und Organisationsroutinen – Rolle der Sozialmedizin

Welchen Stellenwert hat die medizinische Begutachtung im Gesamtprozess der Bearbeitung eines Rentenantrags?

Worin liegt ihre spezifische Kompetenz, etwa im Vergleich zu erfahrenen und gut geschulten Verwaltungsjuristen und- sachbearbeitern?

Gibt es Regeln im Sinne des „im Hause üblichen“?

In welcher Form kann die Verwaltung Einfluss auf die sozialmedizinische Begutachtung nehmen?

Aus Ihrer persönlichen Sicht: nimmt die Verwaltung überhaupt Einfluss auf Ihre Arbeit?

Direkt? (z.B. durch interne Vorgaben). Indirekt? (Durch Rückmeldungen auf Ihre Gutachten? Durch spezifische Äußerungen über die Rolle der Sozialmedizin in der RV? Gibt es systematische Kontakte?

Inwieweit berücksichtigen Sie bei Ihren Entscheidungen mögliche Einwände der Verwaltung oder ggf. der Richter im Gutachtenprozess?

Auch wenn diese Frage in Ihrer Arbeit eigentlich keine Rolle spielen darf, sagen Sie uns bitte ganz spontan: wem fühlen Sie sich mehr verpflichtet? Dem Antragsteller oder der Versicherungsgemeinschaft?

Wie funktioniert die Kooperation mit externen Gutachtern, Hausärzten usw.?

Qualitätssicherung

Was müsste nach Einschätzung der Experten im Rahmen einer Qualitätssicherung des Begutachtungsprozesses passieren?

Was würde ihre Arbeit erleichtern? Wo wünschen sie sich Verbesserungen?

Zum Abschluss noch einmal ganz allgemein gefragt: Welches sind aus Ihrer Sicht besondere Herausforderungen bei der sozialmedizinischen Begutachtung im Rentenantragsverfahren? Fallen Ihnen Entscheidungen leichter oder schwerer, je länger Sie hier sind?

Insgesamt gilt: Beispiele schildern lassen

Können Sie uns hierfür ein Beispiel geben?

Sicher können Sie mir dies auch an einem ganz konkreten Beispiel illustrieren, an dem dies besonders augenfällig wird?

Anhang G: Infoschreiben Prüfärzte

Vorphase

Zunächst würden wir Sie bitten, bereits einige Tage vor unserem Aufenthalt eine **Auswahl an Aktenfällen** zu treffen, die aus Ihrem Tagesgeschäft stammen (Erstanträge/Normverfahren, Widersprüche, Weitergewährung im Erwerbsminderungsrentenverfahren) und im Verlauf der Erhebung in unterschiedlicher Form besprochen werden. Wir würden Sie bitten, diese nach folgenden Kriterien auszuwählen⁷⁰:

| Anzahl | Indikation | Kriterium | Methode |
|-------------------|--------------------------|---|--|
| Ohne Votum | | | |
| 1 | Orthopädie ⁷¹ | - Sie haben Ihr Votum noch nicht abgegeben - Ein einfacher/eindeutiger Fall | Verbalisierung des Entscheidungsprozesses (Think-Aloud-Method) |
| 1 | Orthopädie | - Sie haben Ihr Votum noch nicht abgegeben - Ein schwieriger/uneindeutiger Fall | Verbalisierung des Entscheidungsprozesses (Think-Aloud-Method) |
| 1 | Psychiatrie | - Sie haben Ihr Votum noch nicht abgegeben - Ein einfacher/eindeutiger Fall | Verbalisierung des Entscheidungsprozesses (Think-Aloud-Method) |
| 1 | Psychiatrie | - Sie haben Ihr Votum noch nicht abgegeben - Ein schwieriger/uneindeutiger Fall | Verbalisierung des Entscheidungsprozesses (Think-Aloud-Method) |
| Mit Votum | | | |
| 1 | Orthopädie | - Sie haben Ihr Votum bereits abgegeben - Interessanter Fall oder von besonderer Herausforderung | Retrospektive Fallbesprechung (ca. 30 Minuten) |
| 1 | Psychiatrie | - Sie haben Ihr Votum bereits abgegeben - Interessanter Fall oder von besonderer Herausforderung | Retrospektive Fallbesprechung (ca. 30 Minuten) |

Erhebung Vor Ort

1. Interview

Einführend möchten wir Sie in einem Interview (max. 1 Stunde) zu unterschiedlichen Aspekten der sozialmedizinischen Begutachtung im EM-Rentenanspruchsverfahren befragen.

2. Think-Aloud-Methode

Im Rahmen dieser Erhebungsform würden wir Sie bitten, die 4 von Ihnen ausgewählten Fälle zu bearbeiten und dabei Ihr Vorgehen zu verbalisieren. Nach einer kurzen Einführung in das Verfahren, würden wir Ihnen während der ersten Fallbesprechung ggf. unterstützende oder initiiierende Fragen stellen. Die weiteren Fälle können Sie dann gern allein bearbeiten. Das Audioaufnahmegerät stellen wir Ihnen hierfür zur Verfügung. Wichtig ist uns dabei, dass Sie alles laut aussprechen, was Ihnen während der Aktenarbeit durch den Kopf geht, auch scheinbar sachfremde Assoziationen oder „Aha-Effekte“, weil Sie gerade an einen vergleichbaren Fall erinnert werden, usw. Dies ist für uns wichtig, weil wir erfahren wollen, was sich in dem ansonsten ja durch rechtliche und verwaltungstechnische Vorgaben einerseits und durch medizinische Fachkenntnisse andererseits eher eng gerahmten Vorgehen an eigenen spontanen Überlegungen einstellt, die auf medizinische Expertise und einen erfahrungsgesättigten Blick auf bestimmte Fallkonstellationen zurückgehen und beide Bereiche (Medizin und Rentenrecht) miteinander verknüpfen. Kurz - wir wollen wissen, wie sie zur Entscheidung kommen. Die Fallbearbeitung wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.

3. Retrospektive Fallbesprechung

⁷⁰ Gern können Sie auch noch weitere Fälle nach diesen Kriterien auswählen.

⁷¹ Entscheidend bei der Differenzierung nach den Indikationen ist die im Antrag geltend gemachte Erkrankung/Leitdiagnose.

Anhand der 2 von Ihnen ausgewählten Fälle würden wir Sie bitten, uns diese Fälle zu schildern und Ihren Entscheidungsprozess darzulegen; dazu werden wir ggf. gezielte Rückfragen stellen. Das Gespräch pro Fall wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Aus Gründen der Arbeitsökonomie, der Nachvollziehbarkeit von Interpretationen und der internen Qualitätssicherung wissenschaftlichen Vorgehens im Projekt möchten wir Sie bitten, dass Sie einer Aufzeichnung unserer Gespräche auf einen digitalen Tonträger zustimmen; die Anonymität der der Gesprächspartner bleibt gewahrt (vgl. auch unser Datenschutzkonzept, Informationsschreiben und Einwilligungserklärung).

4. Aktenstudium

Anschließend würden wir Sie bitten, uns Ihre ausgewählten Aktenfälle für die Think-Aloud-Methode und retrospektiven Fallbesprechungen zur Verfügung zu stellen⁷². Hier möchten wir einen ersten Eindruck über die Fallkonstellationen erhalten auf denen Ihre Begutachtung gründet.

⁷² Die selbständige Aktenanalyse der Projektgruppe ist wesentlicher Bestandteil des Forschungsprojektes und ist im bewilligten Datenschutzkonzept ausführlich dargestellt. Alle Mitglieder der Projektgruppe wurden datenschutzrechtlich seitens der DRV Bund belehrt. Gern können wir Ihnen das Datenschutzkonzept zur Verfügung stellen.

Anhang H: Transkriptionsrichtlinien

Zeichenerläuterung

| | |
|-------------|--|
| [| markiert den Beginn einer Überlappung bzw. den direkten Anschluss beim Sprecherwechsel |
| (.) | Kurzes Absetzen, Zeiteinheiten bis knapp unter einer Sekunde |
| (3) | Anzahl der Sekunden, die ein Pause dauert |
| Nein | Betonung |
| , | leicht steigende Intonation |
| ; | leicht sinkende Intonation |
| . | stark sinkende Intonation |
| ? | deutliche Frageintonation |
| Brau- | Abbruch eines Wortes |
| Oh=nee | zwei oder mehr Worte, die wie eines gesprochen werden (Wortverschleifung) |
| Ja::: | Dehnung von Lauten (Häufigkeit der Doppelpunkte entspricht Länge der Dehnung) |
| (doch) | Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen |
| ((hustet)) | Kommentar bzw. Anmerkungen |

Anhang I: Fallbeispiel P5/TAM 6 „ein bisschen dick, und dann waren die Knie kaputt“

Kontextwissen zur Person der Entscheiderin P5 nach Interview

Es handelt sich um eine Frau, mit 6 Jahren Berufserfahrung in der DRV.

Im Interview, also auf der Legitimationsebene, zeigt sich, dass P5 eine tendenziell skeptische Haltung den Versicherten gegenüber einnimmt. An zahlreichen Stellen im Interview verwendet P5 ausgesprochen drastische Begriffe wie „Schnorrer“, „nassauern“.

Bezogen auf die Verfahrensart teilt P5 im Interview mit, dass sie Verlängerungen von Zeitrenten („Pipifax“) stets am frühen Morgen mit einem Minimum von zeitlichem Aufwand bearbeitet, während sie Widerspruchsfälle und Klagen erst später am Tag erledigt, wenn sie in „Hochform“ ist. Auf die Frage, ob es Voten gibt, mit denen sie Probleme hat, nennt P5 Fälle, in denen es so etwas wie Selbstverschulden gibt, aber auch Fälle, in denen der Versicherte durch unzureichende Behandlung der zuständigen Ärzte in die aktuelle Situation gekommen ist.

Als Vorgaben aus der Organisation nennt P5 im Interview die Anforderung, schnell und mit wenig Aufwand zu entscheiden. Auf die Frage, ob es Begrenzungen bezüglich der bewilligten Renten gebe, teilt sie mit, dass „der Topf immer voll“ sei, dass es also in dieser Hinsicht keine Sparvorschriften gebe.

Kontextwissen zur Person der Versicherten nach Aktenanalyse

- Die Versicherte ist Jg. 61, Buchhalterin, verheiratet und hat zwei Kinder.
- Diagnosen: Adipositas permagna (E66, BMI bis zu 54) seit der Pubertät, Gonarthrose M17.9, Hypertonie I10, Hyperthyreose, degeneratives WS-Syndrom

| | |
|-------------|---|
| 1999 | Reha Gewichtsabnahme von 9kg |
| 3/2004 | Gutachten MDK – empfiehlt Reha Kostenübernahme für Magenband-Op. wird abgelehnt |
| Seit 4/2004 | arbeitslos |
| 2004 | Antrag auf med. Reha |
| 7/2004 | internistisches Gutachten, LF >6h am aAM, empfiehlt Reha |
| 9-10/2004 | Reha Gewichtsabnahme von 9kg, Reha-E-Bericht: LF 3-<6h , empfiehlt weitere Gewichtsabnahme und evtl. erneute Reha |
| 11/2004 | Votum (A-und-B-Stelle): LF 3-<6h |
| 12/2004 | Antrag auf med. Reha wird gewandelt in Antrag auf EM-Rente, volle Rente auf Zeit 12/03 – 12/05 wird bewilligt |
| 8/2005 | Antrag auf Weiterzahlung, Befundbericht der behandelnden Ärztin, bescheinigt Verschlechterung, Kritik: Verweigerung der Magen-Op. durch die KK, stattdessen nun wohl Knie-TEP |
| 10/2005 | Votum (P5): LF 3-<6h , Befristung, Begründung: keine Besserung der orth. Leiden, dazu Gewichtsreduktion erforderlich, Ablehnung Magen-Op. durch KK liegt in deren Ermessen, kein FAG, Weiterbewilligung der vollen EMR bis 6/07 |
| 2/2007 | Antrag auf Weiterzahlung Befunde behandelnder Ärzte bescheinigen Verschlechterung, z. B. Belastungsdyspnoe, keine Veränderung des Gewichts, keine Knie-TEP |
| 4/2007 | Votum (P5): LF <3h , Befristung, da Besserung möglich, kein FAG →Weiterbewilligung der vollen EMR bis 12/09 |

| | |
|---------|---|
| 6/2007 | Magen-Bypass-Op., danach Gewichtsabnahme um 52kg |
| 4/2009 | Klinikaufenthalt –Ausschluss Myokardinfarkt |
| 7/2009 | Antrag auf Weiterzahlung der EMR Befundbericht der behandelnden Ärztin bescheinigt Verschlechterung, Diagnose M17.9 jetzt an erster Stelle, degeneratives WS-Syndrom an zweiter Stelle, Gewicht: 99kg, BMI: 31 |
| 8/2009 | Votum (P5): LF <3h , jetzt bessere Voraussetzungen für die operative Behandlung der Knie, Befristung, kein FAG, →Weiterbewilligung der vollen EMR bis 7/11 |
| 11/2010 | GdB 50% anerkannt |
| 2/2011 | Antrag auf Weiterzahlung der EMR BB der behandelnden Ärztin bescheinigt Verschlechterung, noch keine Knie-TEP, Versicherte möchte sie „herauszögern“, Gewicht jetzt 106kg |
| 3/2011 | Votum (P5): <3h , Befristung, da Besserung möglich, kein FAG → Weiterbewilligung der vollen EMR bis 4/13 |

Transkript P5/TAM 6

Länge: 00:05:11

1 P5: so der Versicherte bezieht seit 2004 eine medizinische Zeitrente; jetzt muss ich mir angucken
2 warum, gucke ich das letzte Votum an, das war ich, nee das ist bis 2009; oh oh;
3 Gewährungsgrund E66 mit einer M17.9; das bedeutet, ein bisschen dick, und dann (.) waren
4 die Knie kaputt; ts ts woher kommt denn das; Zustand nach laparoskopischer Magenbypass-
5 OP 2007; seitdem hat sie zweiundfünfzig Kilo abgenommen; super; so; (.) dann habe ich bis
6 sieben elf verlängert, und habe jetzt die M17.9 vorrangig gestellt, *jetzt bessere Voraussetzung*
7 *Knie-TEP zu realisieren*, jetzt waren wieder Probleme BWS LWS, *degenerative*
8 *Veränderungen, die bei Jahrgang einundsechzig als fortgeschritten bezeichnet werden*
9 *müssen, internistische Problematik keine quantitative Leistungsminderung*; das war ja ein
10 Hypertonus; ist ja auch kein Wunder bei dem BMI; so dann gucken wir uns mal den
11 Befundbericht an den wir mal nicht angefordert haben, das ist ja jetzt so dass die Versicherten
12 Befundberichte bringen, das hilft in der Hälfte der Fälle doch schon sehr, weil (.) man dann
13 gucken kann was passiert; nur in der anderen Hälfte der Fälle ist es schwierig, weil es im
14 Prinzip ja nach dem Wunsch-Dir-Was-Verein geht, ich wünsche mir einen Befundbericht von
15 dem Arzt der mir das meiste aufschreibt; ohne Kenntnis weshalb man überhaupt die Rente
16 bekommen hat; so jetzt gucke ich es mir mal an; *mittelschwere Coxarthrose*, wieso denn, ach
17 so jetzt; *Kniegelenksarthrose, Ulna-Schaft-Fraktur 28. 10. 2010; Schmerzen*; ja warum ist
18 denn das immer noch nicht operiert worden; hm hundertsechs Kilo wiegt sie jetzt; wieviel hat
19 sie denn vorher gewogen; (3) nun mach mal mach mal mach mal; neunundneunzig Kilo;
20 ((schnalzt)) (.) na; (5) *Kniegelenksarthrose ist fortgeschritten, dennoch möchte die Operation*
21 *noch hinauszögern*, so; wenn es noch hinaus zu zögern geht; (3) dann kann es ja nicht mehr
22 ganz so schlimm sein; also könnte ich mir jetzt einerseits überlegen mit ein Dauervotum zu
23 machen, es geht seit sieben Jahren; (3) Buchhalterin; (.) nee; (.) bei aller Liebe; (3) Gewicht
24 (3) von neunundneunzig auf einhundertsechs Kilo angestiegen, (3) Knie (.) TEP (.)
25 Versorgung noch nicht (.) realisiert, (.) damit jedoch Besserung zu erreichen, (4) kein
26 Dauervotum, (5) Punkt: so; sieben vier fünf, sechs sieben acht neun zehn elf; zwölf dreizehn;
27 der Neunjahreszeitraum Punkt ist in sieben dreizehn erreicht; (.) na dann werden wir jetzt mal
28 vier dreizehn machen, so; (.) ist die wegeunfähig? (.) siehe Punkt siehe Punkt siehe Punkt;
29 Verständigung in deutscher Sprache, Reisefähigkeit dann ist sie nicht wegeunfähig;
30 ((schnalzt)) so; wer nämlich mit der Bahn fahren kann, Treppensteigen kann und nichts
31 anderes hat außer dieser Geschichte; der ist nicht wegeunfähig; wegeunfähig heißt viermal
32 fünfhunderteins Meter in zwanzig Minuten; (.) so; also Ende Zeitrente, Reha ist Quatsch,
33 M17.9, M66 BGG; so; kein Dauervotum, ich schreibe das rein, dass die Dezernenten das
34 sehen, trotz RB in 2004; damit sie sehen dass ich es gesehen habe; ((Stempel)) fertig

Gliederung

| | |
|---------|--|
| Z 1-10 | Überblick über bisherigen Verlauf des Falles |
| Z 11-16 | allg. Kommentar zu Befundberichten, die die Versicherten selbst einreichen |
| Z 17-2 | Lektüre Befundbericht |
| Z 24-36 | Entscheidung und Begründung, Ausfüllen des Formblattes |

Erster Abschnitt Z 1-10

P5 stellt zuerst fest, dass es sich um eine Zeitrente seit 2004 handelt. Daraufhin will sie prüfen, warum die Rente ursprünglich gewährt wurde, wendet sich aber dem letzten Votum von 2009 zu und stellt ausdrücklich fest, dass sie hier selbst votiert hat. Als Diagnosen findet sie E66 und M17.9, was sie, vermutlich für die anwesende Untersucherin, in „ein bisschen dick und dann waren die Knie kaputt“ übersetzt. P5 fügt die rhetorische Frage an, woher denn das wohl kommt, bewertet also den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Knieproblemen als selbstverständlich, evtl. auch selbst verursacht. Weiter erwähnt sie aus der Krankengeschichte der Antragsstellerin, dass diese einen Magenbypass seit 2007 hat und danach 52 Kilogramm abgenommen hat. Das quittiert P5 mit der Bemerkung „super“.

P5 geht nun Ihre eigenen früheren Voten durch, stellt fest, dass sie bis 2011 verlängert hat und nun die M17.9 als Hauptdiagnose bewertet hat, dazu kamen nun noch Wirbelsäulenprobleme. Außerdem ist von internistischen Problemen die Rede, die aber keine sozialmedizinischen Auswirkungen haben. Hierbei ist interessant, dass P5 anmerkt, das sei ein Hypertonus, der bei dem Gewicht nachvollziehbar sei. Die Ursache Übergewicht wird also implizit als mögliche Erklärung für die fehlende sozialmedizinische Relevanz herangezogen.

- Zu beobachten ist hier ein routinierter Überblick über den Fall. P5 klärt die Verfahrensart, den Verlauf und die Diagnosen seit 2007.
- Die Ausdrucksweise lässt auf eine eher misanthropische, dem Versicherten gegenüber skeptische Haltung schließen.

Zweiter Abschnitt Z 11-16

P5 wendet sich nun dem vorliegenden Befundbericht zu, der offenbar von der Versicherten unmittelbar dem Antrag beigelegt wurde. Dieses Vorgehen kommentiert P5: es kann hilfreich sein, da sofort Unterlagen vorliegen, es kann aber auch problematisch sein, da die Versicherten eine Befundbericht von einem Arzt ihrer Wahl vorlegen. Nach P5 suchen sie den Arzt aus, der „am meisten aufschreibt“ und berücksichtigen dabei nicht, aus welchem

Grund die Rente bewilligt wurde. Das Ganze ist für P5 ein „Wünsch Dir was Verein“, was abwertend ist und Beliebigkeit in der Begründung des Rentenbegehrens unterstellt.

- Es zeigt sich wiederum eine tendenziell misstrauische Haltung den Versicherten gegenüber. P5 unterstellt einerseits ein aggravierendes Verhalten, andererseits mangelndes Verständnis vom eigentlichen Rentengrund.

Dritter Abschnitt Z. 17-23

Nun wendet sich P5 sich inhaltlich dem Befundbericht zu und zitiert „Coxarthrose, Kniegelenksarthrose, Ulna-Schaft-Fraktur, Schmerzen“. Daran schließt sie unmittelbar die Frage an, warum die Beschwerden noch nicht durch eine Operation angegangen worden sind. P5 sieht hier also eine klare Therapieoption, sprich einen Ausschlussgrund für die Rente. Als nächstes stellt sie fest, dass die Versicherte seit dem letzten Antrag sieben Kilo zugenommen hat. Die Bemerkung „nun mach mal“ impliziert Zeitdruck oder Ungeduld beim Durchsehen der Unterlagen. Dann zitiert sie, dass die Kniegelenksarthrose zwar fortgeschritten ist, dass die Versicherte selbst aber die Operation noch heraus zögern möchte. Daraus zieht P5 den Schluss, dass die Versicherte offenbar keinen so schweren Leidensdruck verspürt, es könne ja nicht mehr so schlimm sein.

- Durchgehen der aktuellen Diagnosen und daraus resultierenden Beschwerden und Einschränkungen.
- Zeitdruck
- Widerspruch zwischen Diagnose und Verhalten der Versicherten, P5 ist nicht überzeugt von der Schwere der Einschränkungen
- P5 kommt mit einem Minimum an Informationen aus.
- Er entscheidet anhand eines Befundberichtes.
- Er betont die Fakten, die gegen den Antrag ausgelegt werden können. Hier sind die Gewichtszunahme und die Verzögerung der Operation zu nennen, die er quasi als Selbstverschulden bzw. als Zeichen für fehlenden Leidensdruck wertet.

Vierter Abschnitt Z. 24-36

Hier bricht P5 die Informationssuche ab und kommt zu anderen Überlegungen. Sie fragt sich, ob hier ein Dauervotum auszusprechen wäre, da die Angelegenheit bereits sieben Jahre geht. P5 kommt jedoch „bei aller Liebe“ zu dem Schluss, dass mit Blick auf die erneute Gewichtszunahme und die noch ausstehende operative Versorgung Besserung noch zu erwarten ist, sie also weiterhin eine Befristung ausspricht. Die Befristung wird auf zwei Jahre festgelegt. Dabei zieht P5 den Neunjahreszeitraum in Betracht, der drei Monate nach ihrer Befristung enden würde. Schließlich klärt P5 noch die Frage der Wegeunfähigkeit anhand des Befundberichtes, der offenbar Reisefähigkeit bescheinigt und die 501m in 20 Minuten

viermal am Tag nicht ausschließt. Wer nichts „außer dieser Sache“ hat, ist aus P5s Sicht wegefähig.

In aller Kürze stellt sie klar, dass keine Option für eine Reha zu sehen ist und die Diagnosen aus den vorherigen Voten übernimmt. P5 dokumentiert ihre Entscheidung so, dass die „Dezernenten“ erkennen können, dass sie sich der langen Rentendauer bewusst ist und dennoch gezielt die Rente weiter befristet hat.

- Es fragt sich, ob P5 sich an die früheren Voten aktiv erinnert.
- Abwägung zwischen Verfahrensfrage (Dauer der bisherigen Zeitrenten) und Krankheitsverlauf (erneute Gewichtszunahme, fehlende Therapie der Knie)
- Reha ist „Quatsch“: allgemein, in diesem Fall oder in diesem Fall zu diesem Zeitpunkt?
- P5s Entscheidung ist gegenüber den „Dezernenten“ begründungsbedürftig.
- P5 geht sehr schnell vor, die ganze Sequenz dauert etwa 6 Minuten.

Fallstrukturentwurf P5_TAM6

Der analysierte TAM-Fall bestätigt auf beeindruckende Weise auf der Handlungsebene die Aussagen, die P5 im Interview gemacht hat. Mit einem Minimum an Zeit und Aufwand wird zugunsten der Rente entschieden, was den von P5 genannten Vorgaben aus der Organisation entspricht. Das TAM-Protokoll zeigt deutlich, dass P5 sich über den Verlauf des Falles ärgert und sowohl das Verhalten der Versicherten als auch die Betreuung durch die behandelnden Ärzte kritisiert. Dennoch entscheidet sie pragmatisch zugunsten der Weitergewährung, allerdings mit der klaren Einschränkung, die Rente nicht zu entfristen. P5 ist dabei selbst klar, dass diese Entscheidung ungewöhnlich und der Verwaltung gegenüber erklärungsbedürftig ist.

Kommentare der externen Experten

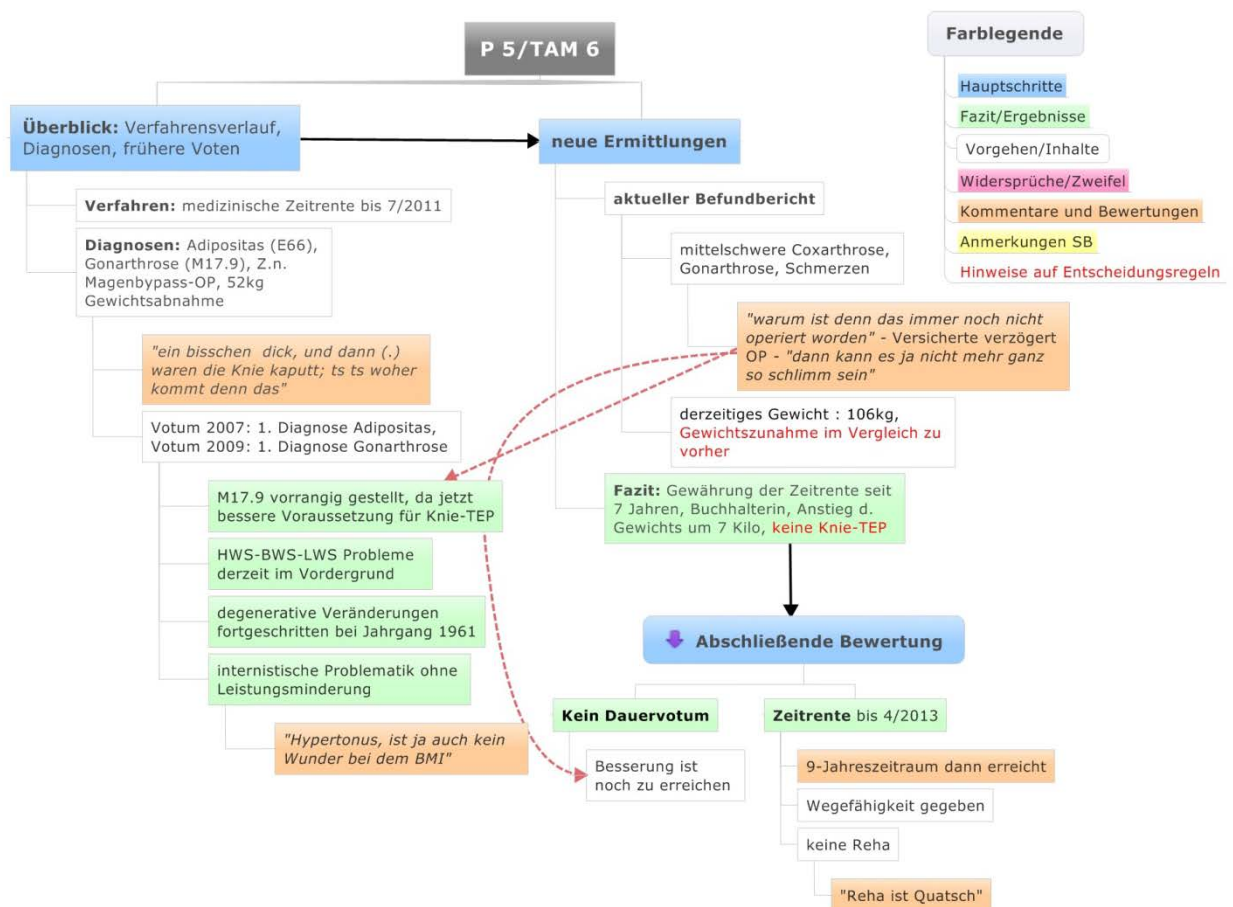
Beide externen Experten beklagten die mangelhafte Abstimmung der beteiligten Sozialversicherungsträger, insbesondere der Krankenkasse, die die Magen-Op. verweigerte. In diesem Zusammenhang merken beide übereinstimmend an, dass es die Kompetenz des Sozialmediziners ist, sich in dem stark gegliederten VErsorgungssystem zurechtzufinden und die gesetzlichen Grundlagen zu beherrschen.

Die jeweils einzelnen Entscheidungen hielten die Experten für begründet und nachvollziehbar, außer der ersten, die durch die A und B Stelle getroffen wurde und in die Rente führte. Hier wäre aus der Sicht beider Experten ein weiterer Reha-Versuch angemessen gewesen.

Eine mögliche Schnittstelle sehen die Experten zum Zeitpunkt der enormen Gewichtsabnahme. Hier wäre vielleicht noch ein Umsteuern möglich gewesen. Allerdings

sehen beide Experten die Zugzwänge, unter denen die Prüffärztin steht. Sie gehen davon aus, dass sie den Entzug der Rente sehr aufwändig begründen müsste und verständlicherweise einem langwierigen Widerspruchs- und Klageverfahren ausweicht. Die jeweils kurzen Befristungen verstehen die Experten als Berücksichtigung der immer noch vorliegenden Besserungsmöglichkeiten. Die letzte Befristung interpretiert eine Expertin allerdings als „späte Rache“ für den insgesamt unbefriedigenden Verlauf.

Mind-Map Grafik P5/TAM 6



Anhang J: Fallbeispiel P11/TAM 3 „friesisch herb“

Kontextinformation zur Person des Entscheiders P11 nach Interview

Es handelt sich um einen Mann, mit über 10 Jahren Erfahrung in der DRV.

Im Interview gibt P11 an, dass er Gutachten grundsätzlich von hinten nach vorn liest und dabei auf bestimmte „Reizworte“ achtet. Insbesondere klar quantifizierbare Daten sind für ihn relevant. Als Anforderung der Sozialmedizin beschreibt er, dass aus der Qualifikation als Facharzt heraus ein sozialmedizinisches Gesamtbild von der gesundheitlichen Situation des Versicherten entwickelt wird.

Im Interview changieren P11s Aussagen zwischen Skepsis gegenüber (potentiell unberechtigten) Rentenbegehren und dem erklärten Ziel, auch als Mitarbeiter eines Rentenversicherungsträgers dem Patienten Hilfe zu leisten. Die Arbeit des Prüfarztes bezeichnet er unter anderem auch als „detektivisch“.

Kontextinformation zur Person der Versicherten nach Aktenanalyse:

- Die Versicherte ist Jg. 57, verheiratet und hat drei Kinder.
- Sie hat als Kinderpflegerin, zuletzt von 1987 bis 2008 als Altenpflegerin gearbeitet.
- Diagnosen: M18.1, Rhizarthrose, M54.5 Kreuzschmerz

| | |
|--------------|--|
| 01/09 | Daumen- und Handgelenks-Op.- Endoprothese MDK Gutachten, weiter AU, wahrscheinlich weitere Op. notwendig |
| 11/09 | erneute Op. |
| 08/09 -02/10 | AU |
| 04/10 | Reha: Votum Reha-E-Bericht: <3h im alten Beruf, >6h allg. AM |
| 6/10 | Votum A und B Stelle; <3h im alten Beruf, >6h allg. AM |
| 8/10 | internistisches Gutachten: M18.1, M54.5, J44, chronische Bronchitis >6h im alten Beruf, >6h allg. AM |
| 09/10 | Ablehnung des Renten Antrag, |
| 10/10 | Widerspruch: Begründung – ärztliche Unterlagen nicht ausreichend gewürdigt, internistisches Gutachten nicht rentenrelevant, Hinweis Orthopädie |
| 02/11 | orthopädisches Gutachten: M18, M48.00 Spinalkanalstenose, M17 Gonarthrose bds. <3h im alten Beruf, <3h allg. AM |
| 03/11 | Votum (P11): <3h im alten Beruf, >6h allg. AM |

Transkript P11/TAM3

Länge: 00:21:11

- 1 P11: Es handelt sich um (3) wo ist denn der Zettel, um einen Renten Antrag; und zwar wieder ein
2 Widerspruch; wir haben einen Reha-Entlassungsbericht aus dem April letzten Jahres,
3 ((Räuspern)) (6) wo ist er denn wo ist der denn wo ist er denn, da ist er; der sagt ((liest vor))
4 *Altenpflegerin unter drei, allgemeiner Arbeitsmarkt über sechs*, unter drei über sechs, ääh,
5 *Rhizarthrose, linker Daumen M18*, da ist eine Prothese eingesetzt worden und ((liest vor))
6 *LWS und Hypertonie, M54 und I10*, das geht klar, äh wir haben ein MDK-Gutachten davor, im
7 Januar 2009 die Rhizarthrose, ((liest vor)) *medizinischer Sicht weiter AU, gelegentliches*
8 *Heben bis zwanzig Kilo, (.) Bücken (3) äh Rhizarthrose rechts nach Endoprothese, (.) gut;*
9 dann müssen wir mal sehen wo wie die Händigkeit ist, () nichts, Rhizarthrose links, hier wird
10 nur links genannt, die Prothese, (3) ((liest vor)) *ein Implantation einer Endoprothese im Januar*

11 2009, (8) Reha aufgrund Empfehlung Arzt und Krankenkasse, ooh einssiebenundsiebzig
12 hundertacht, Finger-Boden-Abstand 61; das stimmt sicherlich nicht, das ist Quatsch; (3) ((liest
13 vor)) Rentenanträge nicht bisher nicht gestellt, (3) so hmhm (3) ((liest vor)) Hüften und Knie
14 völlig schmerzfrei, Opposition zu den Fingern zwei und fünf, linker Daumen also es ist das
15 linke und nicht das rechte (.) Händchen; (8) gut; ((liest vor)) Abschlussgespräch tralala, ((liest
16 vor)) Finger-Boden-Abstand siebenundvierzig Zentimeter; hurra; ((liest vor)) zwanzig Stunden
17 als Altenpflegerin, (3) das ist sicherlich die Altenpflegehelferin; Demenzstation, okay okay,
18 jetzt haben wir ein internistisches Gutachten, (3) was sagt der? (6) ach ja; ((liest vor)) vor zwei
19 Jahren Hochdruck; dreimal Meniskus operiert; (4) Reha gewesen; (.) Dauerschmerz; in den
20 unt- in den Unterarmen; Armen oder wo oder wie; ((liest vor)) Medikamente; gering, (.) gering;
21 gering; (3) Kreislauf in Ordnung, ((liest vor)) hundertzehn zu fünfundsiebzig; prima; ((liest vor))
22 Finger-Boden-Abstand zehn Zentimeter; na also; es geht doch; ((liest vor)) psychisch
23 unauffällig; Oberextremitäten untere Extremitäten frei aktiv, Entzündungszeichen nicht
24 nachweisbar, keine Atrophien; das muss man erstmal so sehen; ((liest vor)) Senkung
25 achtzehn sechsundzwanzig, EKG, (.) Sinusrhythmus; Ergometrie; zwei Minuten
26 fünfundsiebzig Watt, (.) Abbruch wegen Knie, ja ist doch gut, Lungenfunktion in Ordnung;
27 ((liest vor)) Sonografie des Abdomens unauffällig; schön; ((liest vor)) Rhizarthrose links; wir
28 nähern uns; (4) ((liest vor)) angeblich neue Operation; (6) neue Operation; naja gut das muss
29 alles nicht stimmen ((liest vor)), sechs Stunden und mehr, sechs Stunden und mehr, das
30 Votum der A und B Stelle sagt, unter drei über sechs, das sehe ich auch so, (3) gut; es kommt
31 zum Ablehner, logisch, ist ja Helferin, es kommt zum Widerspruch; (5) es wird irgendwas
32 angekündigt, jetzt haben wir einen Befundbericht der Internistin aus dem Oktober; ((liest vor))
33 chronische LWS Syndrom, Rhizarthrose links, komplizierter Verlauf, naja schauen wir mal,
34 ((liest vor)) Lungenerkrankung; (.) chronische Lungenerkrankung; Stadium GOLD zwei⁷³; das
35 ist wohl auch Murks, (4) ((liest vor)) als Reinigungskraft; Berufsunfähigkeit; ach Gott ach Gott
36 ach Gott; (3) ach Gott ach Gott; müssen wir uns Internisten so raushängen; wenn wir keine
37 Ahnung haben; (.) ((liest vor)) aus internistischer eine Hyperton-; eine chronisch obstruktive
38 Lungenerkrankung; (5) ist dauerhaft ein leichter (.) na dann kann doch eine Medikation
39 gegeben werden; (.) oh oh oh; jetzt kommt der Widerspruch Widerspruch Vollmacht, tralala,
40 tralala; das ist nicht gerade üppig oder elegant; (5) jetzt kommt (.) der Rechtsschutz; (.) jetzt
41 kommt Hinweis darauf darauf darauf, (.) ((liest vor)) es wird gebeten die Besch- der
42 Beschwerdeabzuhelfen; (5) na; (.) ärztliche Bescheinigung, (neu) vom Dezember, das gleiche
43 (.) nochmal, (4) ((liest vor)) daher ist ein internistisches Rentengutachten nach meiner
44 Meinung nicht aussagekräftig genug; um die Rentenrelevanz der orthopädischen
45 Erkrankungen zu bewerten; bei einem Finger-Boden-Abstand von zehn Zentimetern da
46 erwarte ich eigentlich nichts; wieso hier unter drei Stunden angegeben wurde; ist (.) bislang
47 ein Rätsel; (.) ein Rätsel; jetzt kommt noch ein Befundbericht, (.) nochmal; (.) von den gleichen
48 (.) letzte Untersuchung wird nicht mitgeteilt das Datum, Gewicht, (.) und Größe, schwere
49 Wirbelsäulen im Bereich der Belastung, ja; (.) wo sind die Medikamente? wo sind die
50 Einschränkungen; schauen wir mal schauen wir mal; jetzt kommt das ortopädische Gutachten,
51 (.) das verblüfft; erstmal unter drei Stunden, das glaubt man nicht, (.) nun gut; wo ist es; (4)
52 ((liest vor)) gehen könne sie 45 Minuten beschwerdefrei; Schwimmen schmerzfrei; keine
53 Verstärkung beim Niesen; (9) elf zehn eine durchgeführte PRT; was soll das sein? (.)((liest
54 vor)) Ibuprofen achthundert zweimal täglich; Formo(.)terol zweimal täglich; Massage,
55 physikalische Scher- Therapie; das ist nicht üppig; (4) ((liest vor)) massiv überreicher
56 Ernährungszustand; das hat sich nicht geändert; ((liest vor)) hundertundfünf Komma zwei Kilo;
57 dreißig Kilo Übergewicht; so what; (.) ((liest vor)) Lagewechsel im Sitzen und Stehen und vom
58 Stehen zum Liegen zurück erfolgt zügig; ohne Abstützung; (.) zügige Reklination endgradige
59 Funktionsprüfung der Wirbelsäule; wahrscheinlich Funktionseinschränkung; ((liest vor))
60 Finger-Boden-Abstand jetzt einundvierzig Zentimeter; Schober zehn, (.) elf neun, (.) naja;
61 (nennt) man auch ein bisschen anders, ((liest vor)) obere Extremitäten (.) vollständiger
62 Faustschluss beidseits; Fingerkuppenhohlabstand Null; Spitzgriff beidseits; mobiles
63 Daumensattelgel- äh Sattelgelenk rechts, am linken Arm Schonhaltung mit
64 Berührungsschmerz des Unterarmes und des Daumens bei (4) reizloser Narbenbildung; aha;
65 (3) und dann ist der Faustschluss beidseits, (.) physiologische Hohlhandbeschwellung
66 beidseits, da stimmt doch was nicht; (8) ((liest vor)) eine Funktionseinschränkung des linken
67 Hand- des linken Unterarms; warum zum Teufel ist denn das Handgelenk davon betroffen; (.)
68 gut; Schulter in Ordnung, Beine in Ordnung; na da schauen wir mal; (.) ((liest vor)) eine
69 gewisse Demonstrationsneigung nicht zu übersehen; (.) die grobe Kraft wird mit links Null
70 demonstriert; (.) da stimmt was nicht; (3) damit könnte sich die Gute weder an- noch

⁷³ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

71 ausziehen; ohne, da stimmt was nicht; (6) ((liest vor)) *geklagten Beschwerden sind glaubhaft;*
72 (.) tja (4) ((liest vor)) *wegen einer nachgewiesenen Enge des Spinalkanals;* (3) *längeres Sitzen*
73 *allerdings auch nicht;* wo haben wir denn den Spinalkanal; (3) warum überhaupt aktuelle, (5)
74 ((liest vor)) *eine relative Stenose,* (.) wo sind denn die Beschwerden dazu; (5) ((liest vor))
75 *Lasegue-Zeichen negativ;* das stimmt doch hinten und vorne; (3) ((liest vor)) *Summation der*
76 *Funktionsein- behinderungen; zur Zeit aufgehoben;* (.) *erneute Vorstellung beim Operateur;* na
77 gut; (.) ((liest vor)) *deutlich geminderte fünf- bis sechshundert noch erbringbar;* warum zum
78 Teufel; nur fünf sechshundert Meter; ((liest vor)) *ob es mehrmals täglich möglich ist, wäre*
79 *fraglich;* das ist doch Quatsch mit Soße; (4) ((liest vor)) *hierzu weitere (sekundäre)*
80 *Heilungsbewährung abzuwarten,* was sind denn das für Typen? (5) ((liest vor)) *für das für die*
81 *nächsten zwei Jahre sollte das soziale Umfeld abgesichert werden;* was meinen die denn
82 damit; (.) ab ins Heim? (.) ach Mensch, das ist ein bisschen friesisch herb; (.) Faustschluss
83 vollkommen intakt; nee Leute; so nicht; so auf gar keinen Fall; (.) also im Ergebnis ist das
84 orthopädische Gutachten hinsichtlich der Leistungsbeurteilung für den allgemeinen
85 Arbeitsmarkt vornehm ausgedrückt nicht ansatzweise nachvollziehbar, (4) für den März ist
86 eine Operation oder eine Kontrolle anberaumt, (5) und diesen Bericht werden wir uns mal zu
87 Gemüte führen; (9) so ich halte fest; (.) Akteneinsicht möglich, (.) **der orthopädische**, nee das
88 heißt es, ((schreibt)) das orthopädische Gutachten ist für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht
89 ansatzweise plausibel, Faustschluss Faustschluss beidseits beidseits komplett, bei
90 funktioneller (.) Einhändigkeit Ein- keit, müssten bereits Probleme beim An- und Ausziehen (.)
91 sichtbar sein; (.) hierzu (.) keine Hinweise; (7) Angabe der Händigkeit fehlt, (4) fehlt; Op- (9) es
92 liegen überhaupt keine Bewegungs(4)einschränkung (5) für die Beine vor, (.) für die Beine,
93 ach lassen wir es; um Zweifel an der (4) Gehfähigkeit äußern zu können, (6) Ausrufezeichen;
94 (7) so; wer ist der (10) für den allgemeinen Arbeitsmarkt bisher sechs Stunden und mehr,
95 Kontrolle beim Operateur vorgesehen, sehen, der Bericht (.) äh angefordert werden, gefordert
96 werden; (.) Blatt (.) ein zwei fünf; eins zwei fünf; ((er stempelt)) das wars; tja; Sie haben meine
97 Kommentare gehört, ((er lacht)) das ist natürlich heftig; äh eine sehr gefällige Begutachtung,
98 offensichtlich kennen die sich da im äh im friesischen Raum, äh schon und das muss man
99 nicht durchgehen lassen, ne? (...) (.) hätte der also entsprechend noch ein bisschen was
100 ausgeschmückt der Gutachter; dann hätte man sagen können okay kann sich nicht anziehen;
101 nicht? wenn also hier das ist das Daumensattelgelenk, wenn also diese, wenn ich das nicht
102 machen kann, dann kann mache ich Ausgleichsbewegungen; warum jetzt also hier der
103 gesamte Unterarm unbrauchbar ist weiß ich auch nicht; dann müssten hier Schwellungen sein
104 und dann kann ich also auch damit keinen Faustschluss machen; äh es stimmt hinten und
105 vorne nicht; äh also wenn die mir schon was türken, dann müssen sie das
106 I: [besser türken
107
108 P5: durchgängig machen; dann hätte ich auch gar keine Chancen, äh aber dann hätte ich auch
109 gesagt, ja aber warum findet der Internist nichts; oder warum sagt die Reha-Klinik, da ist
110 nichts; warum findet nur er das; ne? und so in Absprache wie die äh äh Hausärztin die
111 Internistin das schreibt, äh dann auch noch vorgibt drei unter ist sie unter drei Stunden, na
112 hallo; he? das ist das das stinkt; gut

Gliederung

| | |
|-----------|--|
| Z 1-9 | erste Orientierung |
| Z 10-31 | medizinische Unterlagen aus dem Vorverfahren |
| Z 32-53 | erstes Votum, Widerspruch |
| Z 54-87 | orthopäd. Gutachten |
| Z 88-102 | Beurteilung des orthop. Gutachtens und Votum |
| Z 104-118 | Kommentar zur Untersucherin |

Erster Abschnitt Z 1-9

P11 orientiert sich zunächst über den Status des Verfahrens. Dann orientiert er sich anhand eines Reha-Entlassungs-Berichtes über das vorliegende Votum und die Diagnosen. Als

nächstes wendet er sich einem MDK-Gutachten zu, das im Januar 2009 AU bescheinigt. P11 liest Bruchstücke aus dem Votum vor und hebt hier die Diagnose Rhizarthrose und die Endoprothese hervor.

→ P11 orientiert sich in aller Kürze über den Fall.

Zweiter Abschnitt Z 10-31

P11 sucht hier konkrete medizinische Daten, z. B. Angaben zur Händigkeit der Versicherten, die aber offenbar fehlen. Er sichtet unterschiedliche Unterlagen, die er, wenn man seine Kommentare als Maßstab nimmt, für nicht sehr nützlich hält. Dennoch trägt er unterschiedlichste Informationen, Befunde und Bewertungen zusammen.

Es folgt ein internistisches Gutachten. Auch hier wird ersichtlich, dass P11 die Unterlagen zu dieser Entscheidung und auch das Gutachten nur begrenzt brauchbar findet, da sie lückenhaft und z. T. widersprüchlich sind.. So kommentiert schließlich: „naja gut, das muss alles nicht stimmen“. Dann geht er unmittelbar zu den quantitativen Voten über. Es gibt im Gutachten das Votum, dass die Versicherte voll erwerbsfähig ist.

Dritter Abschnitt Z 32-53

Die A und B Stelle hat den Bezugsberuf mit <3h beurteilt. Diesem Votum schließt sich P11 an. Die formale Konsequenz, dass die Rente abgelehnt wurde, findet P11 richtig, er sieht sich hier bestätigt, indem als Bezugsberuf die (Altenpflege)„Helferin“ angenommen wird. Gegen den Bescheid hat die Versicherte Widerspruch eingelegt.

Als nächstes Dokument sieht P11 den Befundbericht der Internistin, wiederum mit deutlicher Skepsis, Insbesondere die Äußerungen der Internistin zu anderen Fachgebieten kritisiert P11. Die internistische Beurteilung der Erkrankung der Versicherten lehnt P11 ebenfalls ab und verweist auf die Möglichkeit medikamentöser Therapie.

Jetzt kommt P11 zum Widerspruchsschreiben und den zugehörigen Dokumenten, die er „weder üppig noch elegant“ findet. Die dort vorgefundene Begründung, ein internistisches Gutachten sei nicht geeignet die orthopädischen Beschwerden der Versicherten zu würdigen, quittiert er mit dem Kommentar, dass er bei einem FBA von 10cm, und das ist das Maß, das er aufgreift, obwohl es auch zwei andere gibt, „eigentlich nichts“ erwartet. Die Beurteilung, dass die Versicherte <3h arbeiten könne, ist ihm „ein Rätsel“.

Als nächstes sieht P11 einen Befundbericht durch, der offenbar seinen Anforderungen in keiner Weise entspricht und wesentliche Angaben nicht enthält. Er sucht anscheinend anderen Informationen, da dieser Befundbericht für ihn völlig unbrauchbar erscheint.

Vierter Abschnitt Z 54-87

Nun kommt ein orthopädisches Gutachten. P11 beginnt mit der quantitativen Beurteilung, die ihn mit <3h „verblüfft“. Das sei nicht zu glauben, merkt er an. Dann liest er eine Reihe Befunde vor und kommentiert fortlaufend spöttisch und den Kollegen korrigierend. Bei der Beschreibung des Zustandes der Hände wird er deutlich misstrauisch, da er hier offenbar Befunde vorfindet, die nicht zueinander passen. Was etwa die Unterarme mit den Problemen am Daumen zu tun haben sollen, findet er unverständlich. Als nächstes zitiert er den Gutachter, der der Versicherten hier eine „gewisse Demonstrationsneigung“ bescheinigt. Sie habe die „grobe Kraft“ mit „Null“ demonstriert. P11 wiederholt nun, dass hier etwas „nicht stimmt“. Überraschender Weise bezeichnet der Gutachter nun aber die Beschwerden als „glaubhaft“. Dann geht es offenbar um Wirbelsäulenbeschwerden, eine „Enge des Spinalkanals“, was wiederum mit der Hand überhaupt nichts zu tun hat. Einerseits wird nun längeres Sitzen ausgeschlossen, andererseits findet P11 hier keine Befunde, die diese Beurteilung stützen. Der Gutachter kommt in der Gesamtschau dazu, dass das Leistungsvermögen aufgehoben ist, schlägt aber eine „erneute Vorstellung beim Operateur“ vor. Dann stellt er die Wegefähigkeit in Frage, was P11 für „Quatsch mit Soße“ hält. (Tatsächlich hat er vorher im gleichen Gutachten den Satz gelesen „gehen könne sie 45 Minuten beschwerdefrei“.) P21 fragt sich, was das denn „für Typen“ seien, die hier Heilungsbewährung abwarten wollen und das soziale Umfeld absichern. Letzteren Vorschlag findet P11 ganz unverständlich, ob man die Versicherte nun ins „Heim“ stecken solle. Das sei ein bisschen „friesisch herb“, das gehe so alles „auf gar keinen Fall“.

→ P5 kritisiert das Gutachten, weil Befunde, Diagnosen und Gesamtbewertung in vielfacher Hinsicht nicht zu einander passen.

Fünfter Abschnitt Z 88-102

Hier geht P11 dann zur Formulierung seiner Entscheidung über. Das Gutachten erklärt er für völlig unbrauchbar. Er will zunächst die Kontrolle beim Operateur abwarten und dessen Bericht sehen. Als Entscheidung schreibt er das dann auch nieder und zählt dabei die Defizite des Gutachtens auf.

Sechster Abschnitt Z 104-118

Nachdem er sein Votum notiert hat, merkt er gegenüber der Untersucherin an, dass es sich hier wohl um ein Gefälligkeitsgutachten handele. Im ländlichen Raum kenne jeder jeden, aber das könne man „nicht durchgehen“ lassen. Das Gutachten sei einfach zu schlecht „getürkt“. Er nimmt für sich in Anspruch, dass er, selbst wenn der Gutachter „ein bisschen was ausgeschmückt“ hätte, er doch den Widerspruch zu den anderen Unterlagen bemerkt hätte.

Fallstrukturentwurf P11 TAM3

Der analysierte TAM Fall zeigt, welche Lücken und Widersprüche in den medizinischen Unterlagen zu finden sein können und ist damit ein Beispiel dafür, wie ein „schlechtes“ Gutachten erkannt und beurteilt wird. P11, der lt. Interview seine Arbeit auch als eine „detektivische“ versteht, findet hier reichlich Anlass zur Kritik an den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen. So stößt er etwa auf drei verschiedene Angaben zum Finger-Boden-Abstand, um nur ein Beispiel zu finden. Das in sich widersprüchliche orthopädische Gutachten (es wird sowohl eine deutliche Demonstrationsneigung der Patientin als auch die Glaubwürdigkeit der vorgetragenen Beschwerden bescheinigt), in dem zudem elementare Beobachtungen wie etwa zum An- und Auskleiden oder zur Händigkeit der Patientin fehlen, ist aus seiner Sicht für die Beurteilung des Leistungsbildes völlig ungeeignet, so dass er es in seinem Votum und der Begründung ausdrücklich nicht berücksichtigt.

Kommentare der externen Experten

Beide externen Experten halten die Entscheidung durch P11 für nachvollziehbar und korrekt. Der Einschätzung, bei dem orthopädischen Gutachten handele es sich um ein Gefälligkeitsgutachten, folgen sie allerdings nicht. Ihrer Meinung nach ist es selbst dafür einfach zu schlecht.

Anhang K: Fallbeispiel P1/TAM 1 „Eigentlich ist alles rund“

Kontextwissen zur Person des Entscheiders nach Interview

Es handelt sich um eine Frau mit über 10 Jahren Erfahrungen als Prüfärztin. Sie hinterfragt viel in ihrem Arbeitskontext. Es fällt die sehr systematische Herangehensweise an den Fall auf und die starken kontextbezogenen Ausführungen während der Aktenbearbeitung „*Man guckt schon immer rechts und links., ein Klettergerüst, an dem man sich langhangelt*“.

Es ist ihr Ziel, schnell zum Votum kommen, mit 2 Vorlagen sollte ein Votum zu schreiben sein, je mehr Unterlagen man hat, desto einfacher wird es. Das, was die Versicherten empfinden, stellt sie nicht in Abrede, aber es muss sich an objektiven Befunden orientiert werden: was hat er wirklich an Leistungseinschränkungen und ob diese nachvollziehbar sind, so dass auch andere Kollegen zu dem gleichen Schluss kämen.

P1 betont, den zwar den Versicherten in seiner Lage zu verstehen, sich aber von persönlichen Eindrücken zu distanzieren und will neutral bleiben.

Sie betont, dass die Unsicherheit der Entscheidung in der Sache der Dinge liegt, eine absolute Wahrheit gibt es, aber es muss versucht werden, nah an die Wahrheit heranzukommen. Sie weiß, dass sie sich irren kann und jemanden Unrecht tut – er hat aber dann die Möglichkeit dagegen anzugehen.

Kontextwissen zur Person der Versicherten nach Aktenanalyse

- Die inzwischen 58-jährige Versicherte ist verheiratet und hat ein Kind.
- Sie ist von Beruf Datentypistin und hat bis zur ihrer Arbeitslosigkeit 2009 in diesem Beruf gearbeitet. Sie ist weiterhin geringfügig beschäftigt, aber zur Zeit arbeitsunfähig.
- Diagnosen: F32.1 - Mittelgradige depressive Episode; F 45.0 - Somatisierungsstörung

| | |
|--------------|--|
| seit 10/2009 | arbeitslos |
| 06/2010 | EM-Rentenanspruchsstellung RV eingeleitet; z.Z. AU |
| 2009 | Kündigung aus betrieblichen Gründen, seither psychische Probleme |
| 1993 | Einstufung Behinderung. GdB 30% |
| seit 05/10 | schwere Depressionen (Selbstangabe) |
| 06/2010 | Krankenhaus-E-Bericht: Mittelgradige depressive Episode mit Verschlechterungstendenz und multiplen Somatisierungsstörungen, vorher antidepressive ambulante Behandlung → psychosomatische Reha empfohlen |
| 08/2010 | N/P-Gutachten: jeweils 3<6h → zeitweise EM-Rente Nov 2010 bis Reha-Ende |
| 12/10 | Medizinische Rehabilitation: Psychosomatik/Psychotherapie, jeweils 3<6 Stunden |
| 02/2011 | Votum P1: 3<6 Stunden , schließlich volle EM-Rente wg. verschlossenem Arbeitsmarkt |

Transkript P1/TAM 1

Länge: 00:16:00

- 1 P1 ...noch nicht bearbeitet. Eine Frau, Jahrgang 53, Beruf Datentypistin. So als erstes Blaurand
2 gucken, wo sind wa? Rentenanspruch, blaues Klebchen drauf. Das läuft dann so nebenbei, das
3 macht man da so schon im Schlaf ((zur Interviewerin)). So jetzt guck ich, hier blättere ich in der

4 Akte. Jetzt find ich hier schon nen Votum von ner A und B Stelle. Da steht 3 bis 6, 3 bis 6 und
5 dann ham se gesagt Leistungsminderung ab AU-Beginn auf **Dauer**. Wegen mittelgradig
6 depressiver Episode und Somatisierungsstörung. So, und jetzt muss ich mal gucken, warum
7 krieg ich jetzt die Akte. Die Akte krieg ich weil hier ne Reha gewesen ist. So jetzt hab ich den
8 Reha E-Bericht. Jetzt muss ich prüfen, ob das Votum was hier vorliegt Bestand hat oder ob es
9 gegebenenfalls geändert werden muss.

10
11 I: Auf Grund des E-Berichtes?

12
13 P1: Auf Grund des E-Berichtes. Sie hat jetzt also ähm ne Reha gehabt. Ne psychosomatische
14 Reha äh Ende des Jahres und ich muss jetzt prüfen, ist das Votum, was hier von der A und B
15 Stelle festgeschrieben ist äh gilt das noch so – ist hat das Bestand oder nicht. So jetzt guck
16 ich gleich erst mal. Die Kreuze sind 3 bis 6, 3 bis 6, also identisch mit dem, was die A und B
17 Stelle hier votiert hat. Die hat sogar votiert ähm ne, nicht auf Dauer, sie hat votiert bis Ende
18 Reha. So und jetzt guck ich nochmal rein in die Befunde. Jetzt guck ich, jetzt prüf ich
19 sozusagen nochmal das Votum. Äh jetzt schau ich was hab ich. Ich hab hier nen
20 Befundbericht, n Krankenhaus E-Bericht und nen Befundbericht vom behandelnden Arzt
21 ((blättern)). Die schreiben ((liest vor)) *depressive Episode mittelgradig, Zustand nach*
22 *Endometriose mit ner Nephrektomie links* und dann äh (3) ((blättert)) ham wa ein Gutachten.
23 Das ist ein NP-Gutachten von 8/12 und der schreibt 3 bis 6, 3 bis 6 zur Zeit. So ((liest vor)) *bei*
24 *psychischer Stabilisierung kann die Versicherte wieder vollschichtig die bisher ausgeübte oder*
25 *auch andere Büroarbeiten ausüben. Depressive Episode mittelgradig, Verlust des*
26 *Arbeitsplatzes, Somatisierungsstörung und muliple - nee, Somatisierungsstörung multipel.*
27 Das sind die Diagnoseangaben. Jetzt guck ich nochmal in den Psycho- in die Epikrise des
28 Gutachtens. Ähm ((blättert)) (4) les ich: ((liest vor)) *um den Behandlungserfolg noch zu*
29 *verbessern und eine Erwerbsunfähigkeit wegen der noch bestehenden (krankheitsfältigen)*
30 *vielfältigen körperlichen und psychischen Beschwerden abzuwenden, wird bei noch deutlicher*
31 *Leistungsminderung eine psychosomatische Reha befürwortet. Danach soll eine ambulante*
32 *Psychotherapie fortgesetzt werden.* Jetzt guck ich noch mal nach dem psychopathologischen
33 Befund. Psychischer Befund ((liest vor)) *pünktlich, modisch gekleidet, Bewusstseinsklar.* ((zur
34 Interviewerin)) Also ich les das so n bissl diagonal, ich erfasse sozusagen jetzt – *voll orientiert,*
35 *kontaktfähig, kooperativ, Stimmung wirkt bedrückt* – das passt also zur Depression - *die*
36 *affektive Schwingungsfähigkeit ist noch eingeschränkt, keine formalen oder psychowertigen*
37 *inhaltlichen Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen.* So vordergründig sind
38 *Zukunftsängste, Minderwertigkeits- und Kränkungsgefühle wegen der bestehenden*
39 *Arbeitslosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Testdiagnostische Untersuchungen ergab normale*
40 *Werte für die verbale und visuelle Merkfähigkeit und die Intelligenz. Es fanden sich leichte*
41 *Tempostörungen bei allerdings normaler kognitiver Umstellungsfähigkeit.*
42 *Persönlichkeitsdiagnostisch deuten die Befunde im MMPI auf eine hypochondrisch depressive*
43 *Entwicklung mit leicht paranoiden und psychastischen Zügen. Die Störungen sind*
44 *therapiebedürftig.* So also der psychopathologische Befund sagt die ist eingeschränkt, sie hat
45 Defizite und ähm die sind aber behandlungsbedü – äh –würdig und können auch behandelt
46 werden. Deshalb der Vorschlag der Reha. Nu ist die Reha erfolgt. Jetzt guck ich nochmal in
47 den Reha-E-Bericht, was schreiben die? ((blättert)) Da guck ich mal zuletzt –
48 sozialmedizinische Epikrise. ((zur Interviewerin)) Ich les das sonst ja nicht so wortwörtlich, ich
49 les jetzt so n bissl diagonal.((liest vor)) *Unter Berücksichtigung der von der Patientin*
50 *geschilderten Belastung im Beruf als Datenstypistin unter funktionellen Einschränkungen bei*
51 *oben genannten Diagnosen ist die Patientin in ihrer letzten beruflichen Tätigkeit drei bis unter*
52 *sechs Stunden täglich leistungsfähig. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht ebenfalls*
53 *eine Leistungsfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden.* So äh ((zur Interviewerin)) da muss
54 man wissen Datenstypistin ist ne ganz leichte Arbeit, also wenn se da gemindert ist, kann man
55 schon schließen, dann ist sie auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt äh eingeschränkt, ja?
56 (...) ist ne leichte Tätigkeit. So. ((liest vor)) *Arbeitsunfähig auf Grund der schwerwiegenden*
57 *depressiven Symptomatik.* So dann wird das Leistungsbild hier beschrieben. Da guck ich auch
58 nochmal schräg rüber. ((liest vor)) *geistige psychische Belastbarkeit, besonderes*
59 *Konzentrationsvermögen, (unverständlich) Umstellungs- und Anpassungsvermögen und so*
60 *weiter äh – eingeschränkt.* So hier steht allerdings jetzt nichts ähm nichts zur **Prognose**.
61 (unverständlich) *Die Einschätzung des äh ich les jetzt die Einschätzung des äh der Patientin*
62 *dazu. Zu der Reha, zum Reha-Ergebnis.* ((liest vor)) *Sie habe keine Entspannung erreicht,*
63 *Antriebslosigkeit, unruhiger Schlaf, Alpträume, Grübelzwang, Rückzug, Desinteresse,*
64 *antriebsarm, Suizidgedanken würden weiterhin bestehen.* So da guck ich nochmal in den
65 psychopathologischen Befund ((blättert)). Eigentlich ist es alles rund äh jetzt muss ich mir

66 noch überlegen äh wir haben ja schon ne Leistungsminderung. Wir haben den Leistungsfall,
67 ähm mach ich das auf Zeit oder mach ichs auf Dauer? Dazu guck ich jetzt Alter 53 geboren.
68 Jetzt müsst ich auch nochmal wissen, seit wann sie die Krankheit hat. Ja? Also die
69 Zeitspanne. Äh in dem Gutachten ist ja geschrieben gewesen. Unter Behandlung Besserung
70 möglich, also würde ne zeitliche Befristung daraus resultieren. So jetzt hat se die Reha gehabt
71 – sie selber sagt aber naja, Reha hat ihr nicht so viel gebracht. **Fraglich.** Äh manchmal
72 brauchen, man brauch ja da auch n großen Zeitrahmen, um daraus sag ich mal aus dieser
73 Sache dann raus zu kommen. So jetzt guck ich nochmal, sie hat nen Arbeitsplatzverlust
74 gehabt, der das natürlich auch begünstigt, die ganze Symptomatik. Jetzt guck ich nochmal AU
75 ab wann? Mal gucken, ob ich hier noch wat habe ((blättert)). Jahrgang 23, ich guck nochmal in
76 die Arbeitsanamnese hier, seit April 2010. Also hier steht sie hat auch gearbeitet, dann ist se
77 arbeitslos geworden 2009, seit 2010 ist se also arbeitsunfähig. Also ist es noch nicht so lange.
78 Kurze Rede, äh kurzer Hand, schreiben wa jetzt das Votum. Jetzt schlag ich das noch mal
79 auf. Hier mach ich nochmal n Kleber ran, dass man das sieht. So jetzt ham wa AU-Beginn,
80 jetzt muss ich nochmal genau gucken ab wann, weil hier der Monat nur steht, das ist nicht das
81 genaue Datum angegeben bei dem Votum. Das muss, soll aber korrekt sein, weil die das
82 eingeben. Und das find ich auch. Das ist am 28.4. Ich schreib jetzt das Votum ((blättert und
83 füllt Formular aus)) Akteneinsicht muss ich kreuzen. Mach ich. So dann kommt 28. 4. 10 ähm
84 AU Beginn, Blattangabe, wo man das findet. Dann Votum ((an die Interviewerin)): Soll ich das
85 ausführen, wie ich das kreuze, dass brauch ich nicht ausführen, ne?
86
87 I: Nee, na nur das wär schon gut, wenn Sie die die Zahlen, also das quantitative dann sagen
88
89 P1: dann schreib ich hin, letzte berufliche Tätigkeit drei bis sechs und allgemeiner Arbeitsmarkt
90 auch drei bis sechs ähm ich mach, schreib die Diagnosenummern ((schreibt)) und ähm dann
91 schreib ich hin Befristung. Da guck ich jetzt, wann ist der Rentenantrag gestellt? 3.6.2010 und
92 dann würd ich das machen 6 zehn elf zwölf, also **mindestens** zwei Jahre würd ich machen.
93 Diskussion auch dahingehend auch immer drei Jahre, aber ich sag mal, wenn ich mit ner
94 Besserung rechne, is es günstiger es kurzfristiger zu prüfen. Wenn ich jetzt drei Jahre mache,
95 dann geht die, verschwindet die in der Versenkung. Dann kommt die auch nicht, dann ist sie
96 auch nicht aktiv, um ihren Zustand zu verbessern. So weiße, ha, die Rente geht nur zwei
97 Jahre. Also das hat, sag ich mal, auch solche Beweggründe. Die Juristen würden lieber
98 sehen, wir würden immer für drei Jahre befristen. Aber wenn ich die drei Jahre befriste, dann
99 krieg ich sie aus der Rente auch nie wieder raus. Ja? Also das muss man sich dann auch
100 überlegen=gut man kann jetzt sagen die ist Jahrgang 53, ähm wird sich da noch viel ändern?
101 Aber ich machs jetzt zwei Jahre, sechs 2010 hat sie den Antrag gestellt, also 6 2012. So und
102 dann schreib ich das Leistungsbild noch hin. Die Kreuze zum Leistungsbild leichte Tätigkeiten
103 kann se machen, überwiegend im Sitzen, Stehen und Gehen zeitweise. Dann schreib ich
104 Früh- und Spätschicht. Dann schreib ich an sie ist – Konzentrationsvermögen, Umstellungs-
105 und Anpassungsvermögen ist beeinträchtigt. Jetzt guck ich mal noch, ob hier noch irgendwas
106 Orthopädisches genannt wurde (4) mhm so mal gucken, was das hier im Votum, hier steht gar
107 nichts im Entlassungsbericht. Dann muss ich hinten rein gehen, ins, äh was die noch
108 schreiben. Die schreiben sogar bis mittelschwierige Arbeiten kann se machen und ((atmet laut
109 aus)) da korrigier ich das hier nochmal, die haben hier sogar geschrieben, die kann auch – wo
110 hab ich denn mein Kleisterding? ((sucht etwas im Schreibtisch)) hier – korrigier ich das
111 nochmal ((benutzt Korrekturroller)). Sie kann also auch überwiegend gehen und stehen. Ich
112 hatte nur zeitweise geschrieben. Da folg ich dem äh Reha-E-Bericht. So,
113 Anpassungsvermögen, Umstellung hab ich. Konzentrationsvermögen und Reaktionsvermögen
114 ist eingeschränkt und äh keine Tätigkeiten äh mit häufigem Publikumsverkehr. Ist hier
115 angegeben, aber gut ähm keine Zwangshaltung ((schreibt)) Ich schreib hier hin ((Liest vor))
116 *keine Tätigkeiten mit häufigem Publikumsverkehr.*
117
118 I: Das ist aus dem E-Bericht oder?
119
120 P1: Genau, das hab ich jetzt ausm Reha-E-Bericht so dann muss ich hier noch kreu Nachprüfung
121 aus medizinischen Gründen. Ähm da ham wa früher immer gekreuzt ‚nein‘ bei den Zeitrenten,
122 mach ich jetzt anders. Äh ich schreib hin. Ja, Befundbericht vom NP, Hausarzt und NP und
123 dann ((stempelt)) Hab ich das fertig. Ich weiß jetzt nicht, ob hier Teilzeitarbeitsmarkt geprüft
124 wird, kann sein, dass sie nur ne teilweise kriegt. Ähm das macht die Verwaltung und dafür
125 braucht se auch das Leistungsbild.
126
127 I: Um abschätzen zu können, ob

128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144

P1: [genau, dann schreib ich das mal hin, normalerweise bräucht ich jetzt nicht unbedingt die Diagnosen hinzuschreiben, aber ich guck, verweise da nochmal, die sind ja schon mal ausgeschrieben worden äh falls sie ne teilweise kriegt und keine volle, dass sie dann wissen, welche Diagnosen se angeben müssen. So und dann hab wa den Rentenantrag fertig. Ich hätte jetzt auch schreiben können – ich hab jetzt als Leistungsfall geschrieben 28.4.10 hab also praktisch nochmal n komplettes neues Votum geschrieben, ich hätte auch schreiben können, ab Ende Reha, weil ich ja schon n Votum habe, schreib dann ab Ende Reha und mach das so. Aber das gibt verwaltungsseitig Probleme, denn übersehen die das, dass da vorher schon n Votum war, dann kommen wieder Rückfragen, also äh insofern schreib ich dann doch nochmal das komplette Votum nochmal neu. Also ich hätte jetzt sozusagen auf das erste Votum verweise können von der A und B Stelle und hätte schreiben können, ab Ende Reha. Die haben ja geschrieben bis Ende Reha gilt das und ab Ende Reha. Das Leistungsbild ist ja dasselbe geblieben. So und deshalb hab ich jetzt nochmal n komplettes Votum. Ist für die Sachbearbeitung das leichter das umzusetzen. Sonst müssen die ständig auch Blätter und machen und dann kommt die Frage nachher, wo ist der Leistungsfall oder? So hab ich, krieg ich die Akte nich wieder wegen Nachfrage ne? (...)

Gliederung

| | |
|------------|--|
| Z 1 – 20 | Orientierung in der Akte und Überblick über Verlauf des Falles |
| Z 21 – 77 | Sichtung der medizinischen Unterlagen aus dem Vorverfahren |
| Z 78 – 120 | Entscheidungsanbahnung, Votierung, Klärung der Befristung |
| Z 121- 144 | Details des Leistungsbildes, Abschluss |

Erster Abschnitt Z 1 – 20

Eine erste **Orientierung** des Falles erfolgt anhand des bereits vorliegenden Votum der A und B Stelle. Es wird festgestellt, dass eine abgeschlossene Reha vorliegt und eine neue Entscheidung aktuelle aussteht. P1 stellt fest, dass hierfür zunächst die Sichtung des Reha-E-Berichtes erforderlich ist.

Zweiter Abschnitt Z 21 – 77

Zunächst widmet sich P1 der Prüfung des vorherigen Votums anhand des Krankenhaus E-Berichtes, des Befundberichtes vom behandelnden Arzt und des N/P- Gutachten. Der Fokus dieser Sichtung liegt auf:

- Diagnosen: depressive Episode mittelgradig, Z. n. Endometriose + Nephrektomie
- N/P Gutachten-Votum: 3 bis 6 h, in beiden Kategorien zur Zeit
- Einschätzung im Gutachten: wenn psych. Stabilisierung, dann vollschichtig, Verlust d. Arbeitsplatzes, multiple Somatisierungsstörung, Reha-Empfehlung und danach ambulante Psychotherapie empfohlen

P 1 **resümiert**, dass das Geschilderte zur Depression „passt“, d.h. die Antragstellerin ist eingeschränkt und bedarf einer Behandlung, die Reha-Empfehlung erscheint schlüssig.

Anschließend erfolgt die Sichtung des **Reha-E-Berichts**. Folgende Punkte werden herangezogen:

- Soz.med. Epikrise: 3-6 h beides
- Fokus auf Symptomatik und Einschränkungen
- stellt fehlende Aussagen zur Prognose fest
- Patientin sieht keine Besserung durch Reha, bspw. bestehen weiterhin Suizidgedanken

Im Hinblick auf die zeitlichen Begrenzung (3-6h) bezogen auf den letzten Beruf als Datentypistin – bereits eine leichte Tätigkeit - schließt P1, dass von einer Einschränkung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden kann.

Dritter Abschnitt Z 78 – 120

Es zeichnet sich eine Entscheidung ab. An dieser Stelle gibt P1 an, dass eigentlich „alles rund“ ist, im Wesentlichen ist die Entscheidung, sich den Vorvoten anzuschließen, hier also gefallen. P1 wendet sich der Frage der Befristung zu: um hier zu entscheiden zieht sie das Alter heran und sucht dann nach Daten zum Krankheitsverlauf, zur Dauer der Erkrankung. Nach der Reha ist die Verbesserung „fraglich“, allerdings ist für P1 auch der „Zeitraumen“ eher kurz. P1 erwähnt hier den Arbeitsplatzverlust, der die Krankheit begünstigt hat (Kontextfaktor). Dann sucht sie nach dem AU-Datum. Die Versicherte hat 2009 den Arbeitsplatz verloren und ist seit 2010 krankgeschrieben. P1 schreibt jetzt „kurzer Hand“ das Votum, die Entscheidung ist also gefallen.

Befristung: Vom Rentenanspruch an erst mal zwei Jahre. Diese kurze Frist begründet P1 mit der Besseraussicht. Sie will damit eine bessere Therapiemotivation bei der Versicherten erreichen, die das Auslaufen der Rente bereits vor Augen hat. P1 erwähnt, dass sie damit im Konflikt zu den Juristen steht, die lieber eine dreijährige Befristung sehen. Hier steht offenbar die regelmäßige Anwendung der Regeln der medizinischen Überlegung gegenüber. Andererseits begründet P1 ausdrücklich damit, dass nur mit der kurzen Frist die Versicherte wieder „aus der Rente raus“ zu kriegen ist. Als Gegenargument erwähnt P1 das Alter der Versicherten, bei der mit 57 Jahren fraglich ist, ob noch eine Besserung eintritt.

Vierter Abschnitt Z 121-144

3 bis 6 Stunden im letzten Beruf und im allgemeinen Arbeitsmarkt für 2 Jahre ab Juni 2010, leichte Tätigkeiten, folgt im qualitativen Leistungsbild dem Reha-E-Bericht und korrigiert sich (zeitweise gehen und stehen in überwiegend gehen und gehen), Konzentrationsvermögen, Umstellungs- und Anpassungsvermögen eingeschränkt. Wie das Ergebnis des Falles sein wird, weiß P1 nicht, ob die Versicherte also eine teilweise oder volle Rente bekommt. Das hat die Verwaltung zu prüfen. Dieser Entscheidung hat P1 mit dem Leistungsbild zugearbeitet. Dass P1 ein komplett neues Votum geschrieben hat, begründet sie damit, dass die Verwaltung es nun leichter hat und nicht in der Akte herum suchen muss. Sie arbeitet

also auch hier der Verwaltung zu und grenzt sich obendrein, das zeigt die Rückfrage von der Interviewerin hier von weniger sorgfältig arbeitenden Kollegen ab.

Fallstrukturentwurf P1_TAM 1

P1 geht systematisch von vorn nach hinten vor. Bestimmte Dinge passieren schon „im Schlaf“. z. B. das Kennzeichnen bestimmter Blätter für spätere Vorlagen. Das vorliegende GA liest er von hinten nach vorn.

Der Fall erscheint der P1 als ‚rund‘. Dies betrifft sowohl die Diagnose in Bezug zu den Symptomen, das vorherige A&B Votum, die Reha-Empfehlung und die Leistungseinschätzung der Reha-Kliniken. Keiner der Entscheidungen wird hinterfragt; die Einschränkungen im Beruf als Datenstypistin werden auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt übertragen.

Der Fall wird in relativ kurzer Zeit (16 Minuten) bearbeitet und P1 wiederholt, dass sie diagonal oder schräg rüber liest. Die Entscheidungsanbahnung vollzieht sich während der Bewertungen und sie kommt schnell zur Entscheidung, da alles rund ist. Zunächst lässt P1 offen, welche Entscheidung sie trifft und geht gleich zur zeitlichen Definition des Leistungsfalles über. An dieser Stelle erfolgt der die Betrachtung der Erkrankung unter einer komplexeren Perspektive.

Hier mischen sich medizinische und verwaltungsrelevante Gründe. Es ist ihr Interesse, die Versicherte „aus der Rente raus“ zu bekommen (nicht etwa, dass es ihr besser geht...) = Identifikation mit der Institution. Ebenso gibt sie an, dass die Versicherte Zeit braucht, um aus „der Sache“ rauszukommen = Blick des Arztes. Es fällt auf, dass P1 sorgfältig der Verwaltung zuarbeitet, diese Schnittstelle also gut im Auge hat.

Entscheidungslogiken

- Vorheriges Votum und Reha-E-Bericht-Votum identisch
- Geschilderte Symptome stimmen mit Diagnose überein
- Wenn eingeschränkt im Beruf, der als leicht einzustufen ist, dann Einschränkung auf dem allg. Arbeitsmarkt
- Zeitl. Begrenzung lässt Raum für prognostizierte Besserung offen

Kommentare der externen Experten

Der externe Experte sieht in der Entscheidung einen Kompromiss zwischen den medizinischen Bewertungen der Reha-Ärzte bzw. des Gutachters und der Erfahrung der Prüferin mit vergleichbaren Fällen. Die vorliegenden Unterlagen hätte auch eine andere Beurteilung ermöglicht, insbesondere die testdiagnostischen Ergebnisse

Die externe Expertin sieht vor allem den problematischen Arbeitsmarkt als Ursache des Verlaufs. Im Alter von 57 Jahren sei die Versicherte der früheren Altersgrenze für Frauen bereits nahe, was die Entscheidung beeinflusst haben könnte.

Anhang L: Fallbeispiel P3/TAM 1 „das kommt vielleicht jetzt erstmal etwas überraschend“

Kontextwissen zur Person des Entscheiders P3 nach Interview

Es handelt sich um eine Frau mit über 10 Jahren Erfahrungen als Prüfärztin. Sie betrachtet ihre Arbeit als „harten Job“, wer es nicht kann, sollte die Konsequenzen ziehen und gehen. Grundsätzlich muss man damit leben können, auch Fehlentscheidungen zu treffen. P3 ist bemüht, Neutralität gegenüber den Versicherten und ihrem Arbeitgeber zu wahren und sachlich, wertfrei sowie rein medizinisch zu beurteilen. Allerdings räumt sie ein, dass ältere Antragsteller schon mal milder als Jüngere bewertet werden. Grundsätzlich versucht sie, sich nicht lange an einer Akte nicht lange aufzuhalten. Sie sortiert sich morgens den Akteneingang vor und bearbeitet morgens die leichten Akten (z. B. Weitergewährungen) als Aufwärmphase. Sie bearbeitet damit immer den gleichen Typus von Akte und muss sich nicht immer in den erforderlichen Algorithmus neu einarbeiten. Darüber hinaus entwickelte sie ein eigenes Kodiersystem, anhand dessen sie die für sie relevanten Eckdaten des Falles notiert, mit neuen Informationen aktualisiert und fortführt.

Kontextwissen zur Person der Versicherten nach Aktenanalyse

- Es handelt sich um eine 51-jährige Versicherte, geschieden, 2 Kinder
- Sie ist seit 1978 als Erzieherin tätig und seit AU seit 06/09 arbeitsunfähig.
- Diagnosen: F43.2 – Anpassungsstörungen, F 34.1 – Dysthymia, F33.1 - rezidivierende depressive Störung (mittelgradige Episode)

| | |
|-------|---|
| 08/06 | Medizinische Rehabilitation (Psychosomatik): Neurasthenie, Depressive Episode, Panikstörung → stufenweise Wiedereingliederung |
| 02/07 | Psychiatrische Tagesklinik: Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, erste Anzeichen Mitte 2006, häufige Versetzungen im Beruf lösten zunehmend Ängste und Depressionen aus → stufenweise Wiedereingliederung |
| 06/10 | Medizinische Rehabilitation (Psychosomatik): Burn-Out, Erschöpfungssyndrom, Neurasthenie, Angstneurose, Leistungsfähigkeit jeweils >6h |
| 08/10 | EM-Rentenantrag |
| 08/10 | Antrag zur Leistung zur Teilhabe abgelehnt |
| 10/10 | Votum EM-Rente: aus medizinischen Gründen abgelehnt: Leistungsfähigkeit jeweils >6h |
| 10/10 | Widerspruch: mit Antrag auf LTA verbunden |
| 11/10 | Ärztlicher Befundbericht: Keine wesentlichen neuen Befunde, Patientin hat Wiedereingliederungsmaßnahme abgebrochen |
| 01/11 | Gutachten Psychiatrie: Mittelfristig in Beruf und auf AAM nicht belastbar, mittelfristig keine Verantwortung für Personen übernehmen, Leistungsfähigkeit jeweils <3h |
| 10/10 | Votum EM-Rente: <3h als Erzieherin auf Dauer, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 3 bis <6h auf Zeit 01/10 – 12/12, |

1
1 B: Die nächste Akte (2) ist auch wieder ein Widerspruch ((Lärm)) (2) und, ä:h da sch- steht
2 offensichtlich jetzt auch eine Entscheidung an (2) ((blättert)) und, wir haben im Widerspruch
3 schon relativ umfangreiche Ermittlung da guck ich, erstmal auch in meine letzte, Vorlage
4 =das= ist=eigentlich= immer= das =Erste, was ich mache (1) die letzte Vorlage ((blättert))
5 achten (2) siebzig so:, und, da habe ich mir schon notiert ä- aus der Widerspruchsbegründung
6 da =mach =ich =mir =eben= hier= dann =son=Kürzel ((blättert)) =geht= hervor =also
7 =psychiatrische Leiden ganz klar stehen im Vordergrund ((blättert)) (1) so ä:h dann hab ich bei
8 der, ersten Widerspruchsvorlage ja auch geguckt was ist schon vorher gewesen, da
9 ((Knacken) hatten wa also n Votuum, ä:h das auch vollschichtiges Leistungsvermögen bzw.
10 über sechs über sechs, im= Ruf= und= aufm =allgemeinen= Arbeitsmarkt, ä:h beurteilt hat,
11 und zwar, aufgrund eines psychosomatischen Reha-E-Berichtes von Juli zweitausendzehn
12 der, gleiche =Beurteilung=hat nun ist die Gute aber Erzieherin, und da hab ich schon so
13 =gewisse =Zweifel gehabt deshalb =hab= ich =das= hier= schon= so =eingekreist, dis zeigt
14 mir dann immer aha da musst du n- nochmal überprüfen ob das überhaupt, äh na ja doch so
15 aufrechterhalten werden kann (1) da =hatte= ich =schon= gewisse =Zweifel=ob sie mit ihren
16 psychischen Störungen und Einschränkungen ä:h als Erzieherin ä:h noch über sechs
17 Stunden, äh eingesetzt werden könnte ich möchte ja nun auch nicht das meine Kinder von
18 Leuten die also selber nicht stabil sind, äh betreut werden die dann also damit auch
19 überfordert sind, also, da:, bin ich bei pädagogischen Berufen, oder auch sozialen Berufen mh
20 da doch immer skeptisch, dis hinterfrage ich dann schon mal als Erstes bevor man, dann
21 natürlich weiteres äh einschätzen kann wies aufn allgemeinen Arbeitsmarkt ist =so dann hab
22 ich äh bei der letzten Vorlage also festgelegt welche Ermittlungen z- ä:h, zuführen sind, wollte
23 vom behandelten Nervenarzt vom ä:h Psychologen und Psychotherapeuten, Berichte
24 einerseits haben um auch die Behandler zu hören was ja hier vorher noch nicht passiert ist
25 und =dis= is=eigentlich= son Grundprinzip äh bei der Widerspruchsbearbeitung was ja auch
26 die Versicherten fordern äh und ja auch nicht zu Unrecht, und zum ändern hab ich aber doch
27 ä:h um das och nochmal ä:h zu objektivieren, schon ein psychiatrisches Gutachten ä:h
28 veranlasst, um äh diesen Reha-E-Bericht nochmal dadurch auch überprüfen zu lassen, nur,
29 alleine mit den Befundberichten, möcht ich, ä:h in den meisten Fällen dann auch nicht die
30 Entscheidung treffen ne also das möcht ich dann schon noch etwas, ab, ä:h sichern, ja und,
31 äh aus beiden ä:h Befundberichten, äh, die, mir jetzt eben vorliegen, geht hervor, ich arbeite
32 jetzt hier diese äh Angaben ab achso Moment ((blättert)) da war noch einer davor (1)
33 sechundsiebzig= bis= siebenundsiebzig ne ach so dis= is =nochmal =die
34 =Widerspruchsbegründung ne =dis =is jetzt äh eigentlich nich mehr, aktuell das war ja bei der
35 Vorlage, bei der vorherigen Vorlage schon äh gesehen worden, es geht aus beiden
36 Befundberichten hervor das sie die Wiedereingliederung nach der Reha probiert hat, aber das
37 sie die nicht geschafft hat (3) mhh (2) und es gehen deutliche, ä:h ja, Einschränkung der
38 Alltagskompetenzen könnte man dazu sagen hervor aus dem, äh psychologischen äh Bericht
39 sie ist also in psychotherapeutischer Betreuung (1) starke Ängste =Panikattacken=
40 Zukunftsängste=Erschöpfung =verbunden =mit Energiemangel äh äh erhöhten Schlaf äh
41 Bedarf funktionelle= Einschränkung der Leistungsfähigkeit, gedrückte depressive Stimmung
42 mit s- somatischen und (vegetativen)= 00:04:14-2 Symptomen= Erbrechen= und =Übelkeit
43 innere Unruhe =sozialer Rückzug, ((blättert)) äh, ja und Abbruch der Wieder-eingliederung
44 offensichtlich am dreizehnten achten zweitausendzehn, ((blättert immer noch)) so: dann
45 haben wa aber noch den, ändern Bericht, vom behandelten Nervenarzt dis= is= hier, diesem
46 Fall ä:h, Klinik= und= =Polyklinik für Psychiatrie, der, äh Dresdner Uni dis also vom
47 Uniklinikum und die schreiben, eigentlich, fast genau das gleiche =dis =is ziemlich
48 Deckungsgleich, deshalb brauch man des jetzt nich nochmal, zu wiederholen, aber is natürlich
49 auch ne gute Bestätigung, ((blättert)) und die aktuelle Wiedereingliederungsmaßnahme, äh
50 musste durch die Patientin abgebrochen werden, keine wesentliche, Befundänderung wird
51 angegeben, so und jetzt hab ich, um das, von der ändern Seite zu beurteilen, das
52 nervenärztliche Gutachten und sehe hier der bewertet das Leistungsvermögen nicht nur im
53 Beruf als Erzieherin sondern auch auf dem ((blättert)) allgemeinen Arbeitsmarkt mit unter drei
54 Stunden das, kommt vielleicht jetzt erstmal etwas über äh raschend, aber andererseits wenn
55 man die Bef- Befundberichte n bisschen genauer, li:est und nicht nur, überfli:egt, ä:hm, sind
56 da doch offensichtlich schon ähm relevante Einschränkungen da =fracht= man= sich=
57 natürlich =da =müsste= man =nacher= nochmal =reingucken =warum =haben =die= das=
58 in= der= Rehaklinik =nicht= so= gesehn= oder =haben =die =die= Prognose =einfach= zu
59 positiv gesehen (1) ja ä:h um das jetzt, n bisschen auf Plausibilität zu prüfen muss ich
60 natürlich dann schon in die, ä:h, Details des Gutachtens reingehen und da guck ich mir den

61 psychischen Untersuchungsbefund an (2) ja Stimmung is dysthym, ä:h Antrieb is redu:ziert,
62 Psychomotorik unruhich Gedankengang ist geordnet aber inhaltlich= auf=Insuffizienzerleben
63 =und= Hoffnungslosigkeit eingeengt, Aufmerksamkeit Konzentration Auffassungsvermögen,
64 kognitives Tempo und Umstellfähigkeit sind allerdings unauffällig, normal intelligent gut
65 differenziert, ja: er stellt die Diagnosen Dystonie Anpassungsstörung wird verlänge:ter
66 depressiver Reaktionen und eine rezidivierende depressive Episode gegenwärtig mittelgradig,
67 bei mittelgradiger Depression is also eigentlich davon auszugehen das die vollschichtig also
68 auf alle Fälle nich sind ((blättert)), ä:h, das, kann man schon, so sagen wenn wenss keine
69 Fehldiagnose ist ne (1) ja und jetzt muss ich natürlich dann auch noch weiter ((blättert)) zurück
70 gucken, aha er hat hier die Anamnese äh leider nich weiter ((leichter Husten)) strukturiert
71 ((Husten)) jetzt muss ich doch mal was trinken jetzt kein Problem ((trinkt)) (5) hat den
72 Tagesablauf hier mit in die Anamnese so global eingeordnet (2) und daraus is, denn der is für
73 uns ganz wichtig zur Beurteilung wie weit sind die Alltagskompetenzen beeinträchtigt,
74 wirklich und deshalb ä:h werden eigentlich, ä:h die nervenärztlichen= Gutachter auch, mal,
75 angehalten solche Dinge= zu= erfragen, wie sah zum Beispiel der letzte Tag vor der
76 Begutachtung aus, son Beispiel dafür (...) Häufig steht= sie= erst= gegen =zehn Uhr =auf
77 =frühstückt erledigt Haushalt benötigt aber häufig Pausen da sie zu erschöpf sei Termine und
78 Erledigungen fallen ihr schwer, versucht Kontakt äh z- Familie Kinder Enkel aufrecht zu
79 erhalten, sei früher =immer=lebensfreudig =und =für= alle= da =gewesen=jetzt= belaste= sie=
80 Lärm und der Kontakt mit Kindern, auch= wenn =sie =zu =ihren =Kindern= fahre müsse =sie=
81 sich =häufig= bei= diesen= hinlegen= da= sie =erschöpft= sei sie= habe= auch =schon= beim
82 =Autofahren =Panikzustände bekommen und ein Krankenwagen rufen müssen (3) so jetzt
83 komm wieder, ä:h ja so ((blättert)) Familien anamnestische Dinge: und, die jetzt hier nicht so:,
84 entscheidend sind ja, ä:h och Eltern und, äh Kindheit, aber hier wirds dann wieder wichtiger,
85 die zu =Begutachtende= hat =bislang =zwei= berufliche =Wiedereingliederungen =versucht=
86 nach =der= Kur =und= im= November= zweitausendzehn =se- seien=
87 Wiedereingliederungsversuche= erfolgt= im =November =habe= sie= nur =gebrochen= und=
88 habe =deshalb =die =Arbeit= gar= nicht (1) antreten können =sie= sei =gleich =zum= Arzt
89 =gegangen=um =sich= körperlich =untersuchen =zu= lassen, mit =Kollegen =habe =sie=
90 keine= Differenzen= gehabt= sie =habe= jedoch= den= Stress= und =die=
91 Arbeitsbedingungen =mit =den =vielen =Kindern =und= verrückten= Eltern ((lacht)) nicht mehr
92 ausgehalten sie wisse nicht, ((blättert)) wies weiter gehen solle, sei geschieden (3) mhh (2)
93 ((blättert)) ja, gut nun geht es um die Ehe ((schreibt)) (4) die Begutachtende, es is eben leider
94 hier, wirklich nicht sehr gut strukturiert, die Begutachtende steht während der Exporation,
95 nachdem= er= vorher =über= diese Ehe:probleme da =geschriebn= hat, schreibt =er= denn
96 wieder wie er sie dort erlebt hat, steht=sie =mehrfach =auf =und =läuft =herum =sie =bittet
97 =darum= sich =das =Gesicht =waschen =zu =dürfen =da= sie =sich= schäme und weint dabei
98 sie= berichtet =noch einmal= über =den= Tag vor dem Versuch= der Wiedereingliederung=
99 im= November =zweitausendzehn, ihr Körper habe am Abend zuvor rebelliert sodass sie
100 wegen =der =Übelkeit= und = der= Bauchschmerzen =zum =Gynäkologe= gegangen =sei =es
101 =sei organisch= aber= alles =in= Ordnung= gewesen =sie =sei =wieder= richtig =abgestürzt=
102 sie= habe= arbeiten= wollen, und =nicht =gekonnt obwohl sie gute Vorkehrungen getroffen
103 habe sie= habe= sich =nach= ihrer =letzten =längeren =Arbeitsunfähigkeit= eine =gute=
104 Einrichtung= gesucht= ihre =Stunden= reduziert und auch Entspannungsverfahren wie zum
105 Beispiel Yoga angewandt, dies habe sie auch mit Kollegen und Eltern gemacht, sie habe
106 jedoch ständig Druck seitens des Arbeitsgebers verspürt= man=habe =ihr= gesacht das sie
107 Angestellte der Landeshauptstadt Dresden sei=und= ihre =Anforderungen und An-
108 Arbeitsaufgaben erfüllen müsse= die= ständigen =Weiterbildungen =und =Bildungspläne=
109 hätten= sie= in =ein Zweispalt gebracht sie habe für die Kinder, wenig oder zu wenig Zeit
110 gehabt und nur noch schreiben müssen =schließlich= hätten, sie auch die Kinder gestresst
111 =sie =versuche= mit =Yoga= Medikamenten =und =Lesen= von= Büchern= über=
112 Depression= und =chronische= Erschöpfungssyndrome= wieder =Halt= zu= finden= und
113 =sich= neu= zu= orientieren, sie habe äußerlich immer eine gute Fassade gehabt= während
114 des Kuraufenthaltes habe sie, gelernt euthyme Aktivitäten= zu= entwickeln= jedoch= seis ihr
115 nur schwer gelungen ((räuspert sich)) diese in den Alltag, zu transferieren =sie =sei =häufig
116 =wieder= in =alte= Verhaltensmuster =abgerutscht und habe Schuldgefühle, entwickelt
117 ((blättert)) so: (2) ja jetzt komm wa eigentlich dann äh zur Bewertung (1) äh ja, erstmaliger
118 Rentenanspruch, da sie sich trotz langjähriger =Ambulanz= psychiatrischer= Behandlung= der=
119 Gewährung= einer medizinischen Reha, und der Fortführung der äh ambulanten
120 psychiatrischen und psychologischen Behandlung nicht den Bedingungen des allgemeinen
121 Arbeitsmarkt gewachsen fühlt, äh, ja sie wurde arbeitsunfähig entlassen, wurde äh innerhalb
122 von sechs Monaten von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach der Reha,

123 ausgegangen im Anschluss an das Rehaverfahren und im November zweitausendzehn
124 berufliche Wiedereingliederungsversuche, als Erzieherin, ja= sie= hatte= bereits= nach= der=
125 ersten depressiven Episode im Jahr zweitausendsechssieben mit langer Arbeitsunfähigkeit
126 den =Arbeitsgeber =gewechselt =und= die= Stundenzahl= reduziert= trotzdem =is =sie erneut
127 depressiv mit somatischen Beschwerden dekompenziert =da =sie0 den =gewachsenen=
128 Anforderungen und den, schlechteren Arbeitsbedingungen nicht mehr gewachsen war=
129 Wiedereingliederungsversuche gescheitert aus psychiatrischer Sicht ist sie mittelfristig für
130 ihren Beruf als Erzieherin, und, auch für =andere= Tätigkeiten= auf= dem= allgemeinen=
131 Arbeitsmarkt nicht belastbar is im Laufe des nächsten Jahres von einer, psychophysischen
132 Stabilisierung durch die intensivierete ambulant psychiatrische und psychologische Behandlung
133 am Uniklinikum Dresden auszugehen ((blättert)) (1) so hier sind nur noch EEG Befunde die
134 aber hier nicht, so, äh dis sind unspezifische Veränderungen die, medikamentös =bedingt=
135 sein= könnten= die= jetzt sicher= nicht =rentenrelevant= sind, ja dis is seine Einschätzung und
136 äh beim Durchlesen kam mir natürlich die Überlegung ja, is sie nun auf dem allgemeinen
137 Arbeitsmarkt auch aufgehoben oder, unter drei Stunden oder ä:h, sollte man hier
138 differenzieren zwischen der letzten Tätigkeit, und ä:h dem allgemeinen Arbeitsmarkt weil ja
139 zugebener Maßen, die Wiedereingliederungsversuche ja =in =der= letzten= Tätigkeit= erfolgt
140 sind (...) erstens und zweitens äh wir ja vorher schon drüber gesprochen haben, die letzte
141 Tätigkeit, äh is eine die wirklich doch besondere Stressbelastbarkeit, äh voraussetzt und äh,
142 ja, sicherlich mehr erfordert also auch alle vergleichbaren Berufe die wir ja auch schon
143 nannten mehr erfordert als ne Bürotätigkeit zum Beispiel, und, deshalb äh erhebt sich für mich
144 die Frage warum äh sie nicht vielleicht doch, ä:h für ne drei bis unter sechsständige
145 Bürotätigkeit belastbar sein, könnte, und, ich denke so werde ich des hier in diesem Fall auch,
146 äh entscheiden also, dis is äh in= diesem=Fall= ne =Ermessensentscheidung ((schreibt)) äh, s
147 kann sein das andere Kollegen dis anders se:hen würden, und das sie dem Gutachter jetzt äh
148 folgen aber, ich denke, mit, der doch äh klaren Differenzierung zwischen= dem =allgemeinen=
149 Arbeitsmarkt und dieser Tätigkeit mit dem besonderen äh Anforderungen einerseits und den
150 qualitativen Einschränkungen die =sie= bietet =andererseits, äh, lässt sich das, doch äh
151 verantworten und begründen wenn äh is dann doch erneut zum Widerspruch kommt weil sie
152 das nicht akzeptiert beziehungsweise sie eben keine volle bekommen würde aber Sachsen
153 hat wohl auch hohe Arbeitslosenquote ((lacht leicht)) und wird wohl auch nicht geprüft, der
154 Teilzeitarbeitsmarkt, ähm dann würde ich äh, das nochmal neu überlegen müssen, auch
155 anhand desweiteren Verlaufes würde man dann ja wieder Befundberichte einholen und dann
156 sehen hat sich äh, äh da was bewegt, oder nicht oder ist es gar schlechter geworden weiter
157 chronifiziert, und dann könnte man das äh neu entscheiden, aber so, denke ich, ((schreibt))
158 wäre, eine, mögliche (1) ((blättert)) äh Entscheidung, äh, ich bin mir dessen bewusst das, es
159 auch, durchaus auch anders entschieden, werden könnte und obs richtig is was ist richtig ne
160 >is immer relativ< ja sie kann das Gutachten meiner Meinung nach durchaus einsehen äh hier
161 ist nichts drin was ((blättert)) unbedingt äh, dagegen spricht (1) das mach ich vor allem also
162 die Einsichtnahme verweigern bei äh Leuten die ne psychotische äh Erkrankung haben, weil,
163 da sind Reaktionen immer schwer vorhersehbar ne, also dis kann man och nachm Papier
164 dann nicht so gut einschätzen und wenn Klinikentlassungsberichte sind da steht häufig auch n
165 Stempel drauf, nicht Einsichtnahme durch Dritte, beziehungsweise äh durch den Patienten,
166 wird das schon gleich ausgeschlossen ne, da muss man bisschen drauf achten, so: jetzt
167 komm wir also zu unserer Leistungsbeurteilung im Beruf würd ich sie also unter drei Stunden
168 und keinen sie is ja auch vor einundsechzig geboren muss ich also ja auch einschätzen, und
169 äh ja, äh auf dem ((schreibt)) allgemeinen Arbeitsmarkt würd ich sie doch, äh drei bis unter
170 sechs, se:hn, ja, was kann ich ihr zumuten orthopädisch äh ist glaub ich hier, nichts
171 wesentliches zu berücksichtigen, äh also kann ((schreibt)) sie auch mittelschwere Tätigkeiten
172 auf alle Fälle äh machen und is auch nicht entscheidend wie die Arbeitshaltung ist, aber ich
173 würd ihr nur Tagesschicht zumuten äh keine Wechselschicht, keine wechselnden häufig
174 wechselnden Arbeitszeiten, und natürlich grade äh die geistie und psychische Belastbarkeit
175 hier, näher, äh na ja ausführen müssen ((blättert)) da kann ich aber mal gucken, vielleicht
176 kann ichs mir auch einfacher machen Moment das Vorvotum (...) ja (1) mh na ja:, gut dis is
177 nicht so sehr toll hier (2) ((nuschelt ins sich hinein)) ((blättert)) (3) kann man, nehmen aber (2)
178 kein besonderer Zeit- und Leistungsdruck ((schreibt)) na gut, aber, ich würd >das dann sich
179 doch noch n bisschen weiter<, äh ausführen keine ((schreibt)) be- besonderen Anforderungen,
180 an Konzentration Ausdauer, Stresstoleranz, dann würd ich eben och den Publikumsverkehr
181 hier, weil sie sich ja auch sehr genervt durch die Eltern und die Kinder führte fühlte , ähm
182 ((schreibt)) (2) ich schreib mal kein häufiger also wens mal gelegentlich is ist es sicherlich
183 nicht das Problem (4) vielleicht auch keine besondere erhöhte Verantwortung (3) und keine
184 Leitungs-funktion, ja Umstellungs-Anpassungsvermögen mh, >war jetzt glaub ich hier nicht so

185 viel< ((blättert)) (3) denke dis, sind wahrscheinlich so die, äh wesentlichen (5) >ja
186 Umstellungsfähigkeit joa war hier nicht besonders eingeschränkt so<, gut, dis ach so keine
187 ((schreibt)) häufig wechselnden Arbeitszeiten >kann man noch (4) so<, ja jetzt muss ich zum
188 äh Leistungsfall kommen da orientiere ich mich, natürlich erstmal wieder daran, wann,
189 bestand AU mh ((blättert)) hat er hier nichts angegeben na dann muss ich natürlich im
190 Urschleim zurück gehen (2) ((blättert)) >ich glaub ich hab das uh seit ach ne zweitausendneun
191 soll das heißen, ich hab ds irgendwo glaub ich auch schon mal, gesehen gehabt (blättert))
192 siebenundzwanziger vierter ja hat der Arbeitgeber gesacht aber das weiß ich nicht ob des
193 stimmt<< ((blättert)) (5) im Rehabericht ist es, oft (1) ordentlich drin (2) na dis halt ich (2)
194 durchgehend seit zehntenfünften nullsechs > dat hat ich nun doch fürn Gerücht< (4) ach jeder
195 schreibt was anderes is ja fürchterlich ((lacht laut)) dis is ja ((blättert)) >wirklich (3) dumm<
196 ((blättert)) (4) >hat er hier äh vielleicht ähm< (3) ah jetzt ist sie arbeitslos erster zwölfter
197 zeitausendundzehn >is sie gekündigt worden< (9) also wenn sie nich äh, noch, äh vor der
198 Aussteuerung= gewesen= wär= wär =das =mit =der =Wiedereingliederung auch gar nicht
199 gegangen (1) äh mit dem Versuch der Eingliederung denn äh das Hamburger Modell dis greift
200 nur wenn diese achtundsiebzig >Wochen noch nicht, ausgeschöpft sind< (2) der hier der hat
201 hier den Zeitpunkt angegeben wo sie nun endgültig, äh raus ist ausm Arbeits-prozess weil bei
202 der gescheiterten achso das ist der Tag auch wo sie da in Behandlung gegangen ist na gut ja
203 dann gucken wa doch mal hier Arbeitsunfähigkeit joa n-, dis, dann nehmen wir das Datum, dis
204 is((schreibt)) in der vorherigen, Entscheidungsvorlage drin (1) die werden dis ja, ordentlich,
205 recherchiert haben (1) ((schreibt)) siehe Blatt neunundsechzig >in Verbindung mit neunzehn
206 Rückseite< so, jetzt, hab ich zu entscheiden, ob, sich hier noch was bessert dis hatte er ja
207 eigentlich angegeben das er damit rechnet, aber ein Jahr halt ich für n bisschen knapp
208 ((blättert)) nach meinen Erfahrungen und auch nach vielen Gesprä:chen mit, Kollegen die
209 psychotherapeutisch tätig sind, also is, da, meist nicht, ausreichend was so, bewegen wird ich
210 dann schon etwas länger (1) sehen anderthalt bis zwei Jahre, im Allgemeinen (1) könnt ich
211 zum Beispiel sagen ((schreibt)) bis zwölf zeitausendzwoölf (3) Reha entfällt der Reha äh die
212 Empfehlung is ja nicht relevant die war ja zur Reha der Rehabericht wurde geprüft ((schreibt))
213 retrospektiv schreib ich hin, äh, zu positiv (1) so jetzt ist dann auch noch zu prüfen die
214 sogenannte Umdeu:tung (2) nach Paragraph einhundertsechzehn, weil der Rehaantrag vo-
215 offensichtlich vor dem Rentenantrach gestellt wurde, da äh, und wenn praktisch ne
216 Leistungsminderung jetzt resultiert und offensichtlich, geh ich mal davon aus auch bei der
217 Reha schon bestanden hat, dann wird der Rehaantrag umgedeutet in einen Rentenantrach
218 retrospektiv, ((schreibt)) Absatz zwei Nummer zwei ist zu prüfen dis is dann wieder n
219 verwaltungsseitiger Akt ich, gebe bloß den Hinweis, so (1) sonst= kriege= ich= es=
220 manchmal= nämlich= nochmal= vorgelegt gilt hier ab- und so weiter ne, ja

221
222 I: Klären sie das lieber gleich

223
224 B: J Ja genau, spart halt Wiedervorlagen so jetzt ((blättert)) gehts um die (2) Diagno:sen (1) ja die
225 Dysthymie nehm ich nich an erste Stelle, weil das eigentlich nich so, äh ((schreibt)) (1) stark
226 leistungsmindernd (1) ist im Allgemeinen (3) >so< (1) da würde ich die Reihenfolge doch n
227 bisschen anders sehen ((blättert)) (1) und (1) ((schreibt)) komme zur (...) 00:23:45-1 -
228 Nachprüfung nei:n, da ist ja dann auch wieder n Zeitrente mit, der Überprüfung bei der,
229 Weitergewährung (2) und ((blättert)) ja jetzt muss ich noch sagen warum ich der
230 Leistungsbeurteilung des Gutachtens nicht gefolgt bin vollständi:ch ((schreibt)) (4) Blatt
231 hundertneun FF, meiner Ansicht nach sind die angegeben Einschränkungen auch im
232 psychopathologischen Befund nicht so: gravierend gewesen und auch in den
233 Alltagskompetenzen, das, äh man das rechtfertigen könnte jetzt das Leistungsvermögen
234 aufzuheben, also und bei ner mittelgradigen Depression die hat er ja sogar nur an dritter Stelle
235 hier genannt bei den Diagnosen, ähm, isses ne Ermessenssache auch wieder, ob man hier
236 eben, äh das Leistungsvermögen, äh aufhebt oder, äh (1) doch noch äh quantitativ äh angibt
237 zwar gemindert aber doch noch mit Restleistungsvermögen, ähm es gibt natürlich auch äh
238 einige Kollegen die ähm mh bei ner mittelgradigen Depression ein, äh vollschichtiges
239 Leistungsvermögen äh, bescheinigen und das, ist meistens dann nicht aufrecht zu erhalten
240 und ja genauso ist nämlich hier auch in der, Reha ((blättert)) Moment dis =war= aber= nicht=
241 der= letzte= Bericht aber, n vorheriger, gewesen, mal sehen obs hier auch so is, ja genau das
242 is eigentlich nich, äh zu vertreten und dann auch noch für den letzten Beruf mh da brauch man
243 nicht drüber diskutieren, äh is, äh gar nich äh nachvollziehbar so aber äh ich bezieh mich jetzt
244 hier äh vor allem auf das Gutachten, und äh da sag ich eben das die Einschränkung meines
245 Erachtens nich so relevant, äh warn das, ein aufgehobenes Leistungsvermögen zu
246 rechtfertigen ist ((schreibt)) (34) so da fällt mir noch ein, für den Beruf äh schreib ich hier noch

247 hin das is so ne zusätzliche =Information= für =die Sachbearbeitung= die= finden das dann
 248 doch ganz hilfreich, auf Dauer, denn als Erzieherin soll sie aus meiner Sicht dauerhaft nicht
 249 mehr eingesetzt werden, das ist dann doch n Unterschied, hierzu, zu dem allgemeinen
 250 Arbeitsmarkt wo wir ja ne Befristung vorgegeben haben ja das man das noch differenziert, äh
 251 sie finden das immer ganz hilfreich äh ich kann jetzt nicht genau =beurteilen= welche
 252 =Konsequenzen das äh hat dann in der weiteren Entscheidungsfindung juristischerseits aber,
 253 ((blättert)) äh dis wird gerne gesehen wenn man das äh, kann, äh das denn auch noch
 254 anzugeben und zu differenzieren, so (1) ja ((schreibt)) und hier die Begründung für die
 255 Entscheidung, unter Berücksichtigung, äh, der Befundberichte der Behandler (3) und des NP-
 256 Gutachtens (1) wird (1) hier, bei mittelgradiger depressiver Störung (5) keine ausreichende
 257 Belastbarkeit (2) für eine mindestens sechsstündige (1) Tätigkeit auf dem allgemeinen
 258 Arbeitsmarkt (2) gesehen (3) Begründung für abweichende (2) Beurteilung, äh, vom (1) NP-
 259 Gutachten siehe umseitich (4) äh die letzte Tätigkeit (2) sollte aufgrund, der bestehenden
 260 Einschränkungen (2) dauerhaft, nicht, mehr zugemutet werden (7) ((Stift klappert, stempelt))
 261 so, ja was sie dann daraus machen das wird sich zeigen ((blättert)) (4) ach=so =dann=
 262 müssen =wir= nochmal= gucken =ob =ich= da= auch= son Klebchen in dem andern drin habe
 263 weil das gut is das ich den wiederfinde das gehört auch zur Aktenstrukturierung bei mir dazu
 264 ((lacht))
 1

Gliederung

| | |
|-------------|--|
| Z 1 - 30 | Erste Orientierung und Bewertung des ersten Votums |
| Z 31 - 141 | Bewertung vorliegender medizinischer Unterlagen und Rekonstruktion des ersten Votums |
| Z 142 - 167 | Entscheidung und Begründung des Votums |
| Z 168 - 225 | Qualitatives Leistungsbild und Leistungsfallermittlung |
| Z 226 - 261 | Erneute Begründung des Votums |

Erster Abschnitt Z 1 - 30

Die Prüffärztin verschafft sich einen ersten **Überblick** über den Fall und nimmt Bezug zu ihren ‚Kürzeln‘, d.h. Codierungen (S. 121) in denen sie den Verlauf des Falles auf dem Entscheidungsblatt notiert⁷⁴. Wesentliche Aspekte, auf die sie an dieser Stelle bereits herausstellt und für die weitere Bearbeitung relevant erscheinen sind:

- Aussagen der Versicherten aus der Widerspruchsbegründung
- Psychiatrische Leiden stehen im Vordergrund

Sie beginnt nun kurz den Verlauf des Falles zusammenzufassen, bleibt aber dann beim ersten Votum stehen: vollschichtiges Votum im Beruf und auf dem allg. Arbeitsmarkt auf Grund des Reha-E-Berichtes. Sie äußert an dieser Stelle **Zweifel** an der ersten prüfärztlichen Entscheidung, da „*die Gute aber Erzieherin ist*“ und sie nochmal überprüfen muss, ob diese Entscheidung überhaupt aufrecht erhalten werden kann (ZN 12ff). Sie flechtet Ihre eigene Meinung ein:

⁷⁴ Diese Codierungen hat sie bereits im Vorfeld der TAM-Erhebung im Rahmen der Aktenauswahl vorgenommen, den Fall dann aber liegen gelassen, um ihn als geeigneten TAM-Fall in Beisein einer Forscherin zu beenden.

„Ich möchte ja nun auch nicht, dass meine Kinder von Leuten die also selber nicht stabil sind, äh betreut werden die dann also damit auch überfordert sind...“ (ZN 17f)

Anschließend erläutert Sie, welche „Ermittlungen zu führen“ (ZN 22) waren, d.h. welche Unterlagen sie bei der letzten Vorlage des Falles angefordert hatte und nun vorliegen:

- Bericht vom behandelnden Psychologen und Psychotherapeuten (11/2010)
- Bericht vom behandelnden Nervenarzt (11/ 2010)
- N/P Gutachten

Hier merkt sie kritisch an, dass im Rahmen der ersten Votumsgebung die Behandler nicht gehört wurden (ZN 23) und dem Grundprinzip der Widerspruchsbearbeitung damit nicht gefolgt wurde. Das angeforderte Gutachten dient der Überprüfung des Reha-E-Berichts, Befunde allein reichen nicht.

Zweiter Abschnitt Z 31 - 141

Im nächsten Schritt arbeitet sie neben einer Aufzählung der Symptomatik aus den vorliegenden Befundberichten folgende Punkte heraus, die deckungsgleich sind und als „gute Bestätigung“ (ZN 47) dienen:

- Gescheiterte Eingliederung nach der Reha
- Einschränkungen der Alltagskompetenz
- In psychotherapeutischer Behandlung
- Keine Befundänderung

Nun nutzt sie das nervenärztliche Gutachten, um „das von der anderen Seite zu beurteilen“ (ZN 50) und schaut sich gezielt das quantitative Leistungsvermögen: im Beruf und auf dem allg. Arbeitsmarkt unter drei Stunden an. Diese Entscheidung überrascht sie „erstmal“, sie räumt aber andererseits ein, dass bei genauerem Lesen (Nicht nur überfliegen 53 – machen das andere Kollegen?) relevante Einschränkungen offensichtlich werden. Gleichzeitig bleibt für sie unbeantwortet, warum die Reha-Klinik das nicht so gesehen hat oder ob die Prognose von ihnen zu positiv eingeschätzt wurde. Dies will sie später überprüfen (wird aber nicht gemacht).

Doch zuvor nimmt sie eine Plausibilitätsprüfung des Gutachtens vor. Diagnose (wenn's keine Fehldiagnose ist [Z 67]) Symptome und Alltagskompetenzen sowie die gescheiterte berufliche Wiedereingliederung, die Bemühungen der Versicherten sich in den Arbeitsalltag zu integrieren werden von der PÄ folgendermaßen bewertet:

1. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit auf dem allg. Arbeitsmarkt ist vorhanden: es gilt nun zu entscheiden, ob unter drei Stunden oder 3-6 Stunden
2. Es ist zu trennen zw. (aufgehobenem) Leistungsvermögen im stressigen Beruf und auf dem allg. Arbeitsmarkt, leichte Bürotätigkeiten wären noch möglich.

Dritter Abschnitt Z 142 - 167

Diese Entscheidungstendenz ist für sie eine Ermessensentscheidung, andere Kollegen würden möglicherweise anders entscheiden und sich nach dem Gutachten richten. Doch sie kann diese Differenzierung verantworten und begründen im Falle eines Widerspruches. Nicht eindeutig zu interpretieren ist ihre Anmerkung:

*„wenn äh is dann doch erneut zum Widerspruch **kommt** weil sie das nicht akzeptiert beziehungsweise sie eben keine volle bekommen würde aber Sachsen hat wohl auch hohe Arbeitslosenquote ((lacht leicht)) und wird wohl auch nicht geprüft, der Teilzeitarbeitsmarkt, ähm dann würde ich äh, das nochmal neu überlegen müssen“ (ZN 155ff)*

Geht sie davon aus, dass auf Grund der hohen Arbeitslosenquote seitens der Verwaltung wg. Verschlussenem Arbeitsmarkt eine volle EM-Rente zugesprochen wird? Dann hätte die Versicherte aber keinen Grund zum Widerspruch.

Sie überlegt, welche Ermittlungen sie einleiten würde, bei Widerspruch nämlich: Befundberichte einholen → Verschlechterung/Chronifizierung erkennbar?

Vierter Abschnitt 168 - 225

Es folgt die Einschätzung des **qualitativen Leistungsbildes** auf dem allg. Arbeitsmarkt:

- Da orthopädische Leiden nicht weiter zu berücksichtigen sind kann sie körperlich mittelschwere Tätigkeiten machen,
- nur Tagesschicht ist zumutbar,
- keine Wechselschicht
- keine häufig wechselnden Arbeitszeiten
- kein besonderer Zeit- und Leistungsdruck
- keine besond. Anforderungen an Konzentration, Ausdauer, Stresstoleranz, Publikumsverkehr
- keine besondere erhöhte Verantwortung
- keine Leitungsfunktion
-

Anschließend wird der Leistungsfall geklärt, d.h. festgestellt, ab wann die Versicherte leistungsgemindert ist. Anhaltspunkt ist das AU-Datum. Sie geht davon aus, das bereits zum Zeitpunkt der Reha der Leistungsfall bestanden hat und lässt überprüfen, ob seitens der Verwaltung eine Umdeutung des Reha-Antrages in einen Rentenanspruch möglich ist.

Fünfter Abschnitt 226 - 261

Erneut kommt sie darauf zurück, dass sie gut begründen kann, warum sie dem N/P Gutachten nicht gefolgt ist:

*„...ja **jetzt** muss ich noch sagen warum ich der Leistungsbeurteilung des Gutachtens nicht gefolgt bin vollständi:ch ((schreibt)) (4) [...], meiner Ansicht nach sind die angegeben Einschränkungen*

auch im psychopathologischen Befund nicht **so**: gravierend gewesen und auch in den Alltagskompetenzen, das, äh man das rechtfertigen könnte jetzt das Leistungsvermögen aufzuheben...(ZN 235ff)

Sie bemerkt nochmals, dass dies Ermessenssache sei und andere Kollegen auch bei einer mittelgradigen Depression ein vollschichtiges Leistungsvermögen bescheinigen. Das sei aber in der Regel nicht aufrechtzuerhalten.

Fallstrukturentwurf P3_TAM 1

Es werden durchgehend Zweifel und Kritik an der ersten Votumsfindung geäußert: Konstellation Erzieherin & Burn Out, keine Befunde, nur Reha-E-Bericht zu Grunde gelegt. Es erfolgte in dieser Phase keine Absicherung mittels Befundeinholung. Die Versicherten haben damit bei der Widerspruchseinreichung eine berechnete Handhabe, gegen das Votum vorzugehen. Die Ermittlungsarbeit hat sie nun nachträglich korrekter durchgeführt.

Unter dem Gesichtspunkt der Gewichtung einzelner med. Dokumente wurde deutlich, dass sie dem Gutachten die stärkste und objektivste Aussagekraft beimisst: der Reha-E-Bericht wird überprüft und anhand v. Befunden allein möchte sie auch keine Entscheidung treffen. Auch die Einschätzung der Versicherten im Reha-E-Bericht wirft Zweifel auf, da diese nicht mit dem N/P Gutachten übereinstimmen.

Auch die Aussage „n bisschen auf Plausibilität prüfen“ (58) müsse sie das Gutachten schon, klingt, als ob sie dies nur der Richtigkeit halber macht (interne Checkliste) und davon ausgeht, dass hier alles stimmt.

Grundsätzlich sieht sie ihre Entscheidung als Ermessenssache an, andere Kollegen hätten vielleicht eher unter 3 Stunden auf dem allg. Arbeitsmarkt oder gar vollschichtig votiert. Ihr Mittelweg ist aber ihrer Meinung nach gut vertretbar (die Versicherte kann noch etwas) und realistisch (Vollschichtigkeit mit mittelgr. Depression nicht gegeben).

Entscheidungslogiken

- Widerspruchsbeurteilung: Welche (neuen) Informationen können anhand der Versichertenaußage gewonnen werden?
- Beruf als Erzieherin in Kombination mit burn out als Indikator für verminderte Leistungsfähigkeit im Beruf (= allg. Skepsis, bei päd. und sozialen Berufen und psychischer Instabilität)
- Berufl. Wiedereingliederung abgebrochen = als Indiz f. Leistungsminderung gedeutet
- Psychiatrisches Gutachten zur Objektivierung = spricht für mehr Gewicht z.B. im Gegensatz zu Befundberichten und zur Überprüfung von Reha-E-Berichten
- Diagnose: mittelgradige Depression spricht für verminderte Erwerbsfähigkeit - Option der Fehldiagnose offen halten!
- Wie weit sind Alltagskompetenzen beeinträchtigt? (= Angaben sind Kriterium guter Gutachten)

Kommentare der externen Experten

Hier bestätigen die Experten die Ansicht der Prüferin, dass der Reha-E-Bericht, in dem mit >6h votiert wurde, nicht überzeugend ist. Allerdings beklagen sie, dass hier nicht weiter recherchiert wurde. Es ist ihnen unklar, warum die Prüferin dem schließlich vorliegenden GA nicht folgt, das <3h votiert. Die Versicherte sei offensichtlich engagiert im Beruf gewesen und habe grundsätzlich den Wunsch, tätig zu sein. Mit der Entscheidung 3-<6h habe die Prüferin letztlich aber doch, da sich die Versicherte arbeitslos meldete, den Weg in eine volle EM-Rente beschritten. Das sei im Sinne der Versicherten, wenn diese nun tatsächlich eine Therapie mache. Wie auch in anderen Fällen bedauern die Experten, dass hier keine Kontrolle möglich ist und die Versicherte sich im ungünstigsten aber nicht unwahrscheinlichen Fall in der Rente einrichte.

Mind-Map P3/TAM 1

