



Heuristik-Projekt (HeP)

Projekt zur Untersuchung ärztlicher Entscheidungsprozesse bei
Erwerbsminderungsrenten

Projekttitle:

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

– **Ergänzungsprojekt** –

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 Tegetoff
Dipl. Päd. (Rehab.) Susanne Bartel
M.A. Susen Schmidt (Ergänzungsprojekt)

Studentische Mitarbeiterinnen

Madelaine Brückner
Mandy Seefeldt

Projektlaufzeit: 01.07.2012-31.12.2012

Inhalt

0. Executive Summary – Zusammenfassung des ersten Endberichts	3
1. Auftrag: Ergänzungsprojekt	7
TEIL I: HINTERGRUND	10
2. Erwerbsminderungsrenten und ihre sozialmedizinische und rentenrechtliche Beurteilung	10
2.1 Die sozialrechtliche Rahmung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im SGB VI und im SGB II	10
2.2 Die sozialmedizinische Bestimmung des Leistungsvermögens und seine Schwierigkeiten und Paradoxien	14
2.3 Begutachtung im Kontext uneindeutiger Konstellationen	16
3. Zur Besonderheit von Aktenlageentscheidungen	19
3.1 Heuristiken und systematische Verzerrungsfaktoren (bias)	20
3.2 Schnelle und einfache Heuristiken (fast and frugal heuristics)	21
TEIL II: ERGEBNISSE	25
4. Von der Informationssammlung über die Informationsverarbeitung bis zur Entscheidung	25
4.1 Der Begutachtungsverlauf eines Falles nach Aktenlage	25
4.2 Gutachterachterstile und typische Fallkonstellationen	26
4.2.1 P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“	27
4.2.2 P116 – „entspricht nicht meiner Mentalität diese Arbeit“	35
4.2.3 P105 – „wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“	42
4.2.4 P211 – „gesundes Misstrauen gegenüber den Antragstellern“	48
4.3 Welche Faktoren beeinflussen den Begutachtungsverlauf und dessen Entscheidung?	58
4.4 Fallrahmung	64
4.4.1 Was rahmt den Fall?	65
4.4.2 Was rahmt den Gutachter?	67
4.5 Auswirkungen unterschiedlicher Rahmungen auf den Entscheidungsprozess	65
4.6 Zusammenfassung: Was rahmt den Entscheidungsweg?	69
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1: Einflussfaktoren der Erwerbsfähigkeit (nach VDR 2001)	15
Abbildung 2: Fallrahmung	66
Abbildung 3: Gutachterrahmung	67
Abbildung 4: Rahmung des Entscheidungsweges	69

0. Executive Summary – Zusammenfassung des ersten Endberichts

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 organisationsspezifische, umfeldbedingte, subjektive und habitusbedingte Einflussgrößen Entscheidungen bei sozialmedizinisch und sozialrechtlich eng umschriebener Aufgabenstellung mitbestimmen, wie Prüfärzte/-innen „Deduktionslücken“ schließen, die „accountability“ der Aktenentscheidung herstellen und wie Interpretationsspielräume im Kontext des jeweilig dominanten Professionsverständnisses 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, organisationelle Rahmenbedingungen, Richtlinien und Abläufe, arbeitsmarktrelevante Informationen sowie Gesichtspunkte der Biografie, der Lebenslage, des Alters, der Ausprägung der Einschränkungen, etc. bei den Antragsteller/-innen. Die aus dieser komplexen Konstellation und Informationslage heraus getroffenen Entscheidungen müssen

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

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.

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/-innen 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/-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 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/-innen zu dokumentieren.

Ergebnisse

Die Arbeit der Prüfärztinnen und 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 biografierelevante und rechtlich bindende Entscheidungen trifft. Die individualisierte Fallbearbeitung trifft auf Probleme einer variierenden und unterschiedlich vorgenommenen Berücksichtigung von Kontextfaktoren in der medizinischen Sachaufklärung; die Einordnung und Bewertung ärztlicher Befunde und Gutachten in den Akten lässt verschiedene 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 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 erfordern eine nachvollziehbare, inhaltlich wie formal akzeptable „Schließung“ auf der Basis fachlichen Wissens und erfahrungsgesättigter Entscheidungstypologien, die sich bezogen auf individuelle Entscheidungsmuster einerseits im Spannungsfeld zwischen den Polen eines stärkeren Blicks auf die Solidargemeinschaft der Versicherten und einer stärkeren Akzentuierung der individuellen Konstellation der Lebensverhältnisse der Antragsteller/-innen bewegen. Andererseits spielt die Accountability der Entscheidung im Kontext der Organisation und der Berücksichtigung von Verfahrensabläufen sowie der Folgenabschätzung hinsichtlich der Bestandsfestigkeit der Entscheidung bei Widerspruchsklagen eine nicht unerhebliche Rolle.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Studie zeichnet den Prozess und das Ergebnis routinemäßiger, 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 sie 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.

Vorbemerkung: Zum Kontext der Erwerbsminderungsrentenbegutachtung nach Aktenlage

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 leitende Fragestellung für den beratenden Arzt der Deutschen Rentenversicherung „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. Dem Prüfarzt stehen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten ausschließlich Dokumente zur Verfügung, die ihm gesammelt in der Akte vorgelegt werden. 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. Die damit ver-

bundenen 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 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.

1. Auftrag: Ergänzungsprojekt

Gegenstand des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Forschungsprojektes war die Analyse der Entscheidungsheuristiken bei ärztlichen Entscheidungen nach Aktenlage im Rentenantragsverfahren für Erwerbsminderungsrenten bezogen auf die zwei quantitativ bedeutendsten Diagnosegruppen: Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie. In der Studie wurde danach gefragt, welche professionsspezifischen, organisationsdeterminierten aber auch subjektiven und habitusbedingten Einflussgrößen Entscheidungen beeinflussen.

Der Fokus des Projekts lag auf der Untersuchung von Heuristiken, die bei unvollständigen Informationen und/oder einem begrenzten Zeitbudget zum Einsatz kommen. Ziel war es, latente Muster, Kriterien und Einflussfaktoren der Entscheidung zu identifizieren und in einen Kontext individueller, professionsspezifischer, organisationsbedingter und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu stellen.

Im Rahmen der Projektarbeit ergaben sich folgende neue Fragestellungen, die im Rahmen einer zeitlich begrenzten Projektfortführung vertiefend analysiert und weiterführend dargestellt werden. Als Grundlage hierfür wurden primär die bereits vorliegenden Forschungsdaten herangezogen und neuere Studien sowie ergänzende Expertengespräche herangezogen.

1. **Rahmenbedingungen und „information-processing“:** Welche Auswirkungen und Konsequenzen haben die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der prüfärztlichen Tätigkeit auf die Entscheidungen?

Diese Analyse erfolgt vor dem theoretischen Hintergrund von *vier zentralen Konzepten und Zugängen*:

(1) den in der psychologischen Entscheidungsforschung empirisch ermittelten *Entscheidungsheuristiken*, die als generelle Konzepten der Entscheidungsfindung unter den Bedingungen unvollständiger Information gelten können - ein Aspekt der in allen praktischen Entscheidungskontexten regelmäßig gegeben ist und die Frage zu beantworten sucht, auf welche Art und Weise, mit Hilfe welcher Strategien und mit Hilfe welcher Wissensformen die vorhandenen Deduktionslücken überbrückt und gerechtfertigt werden;

(2) den in der soziologischen Organisationsforschung ermittelten *Prozessen routinierter Entscheidungsfindung im Kontext der jeweiligen Organisationsumwelten*, bei denen Aspekte der jeweiligen Unternehmenskultur, übliche Verfahrenspraktiken, Legitimationserwartungen und Opportunitäten dazu führen, dass Ergebnisse von Entscheidungen den Charaktere einer „bounded rationality“ aufweisen, also nicht fehlerhaft, sondern systemgeprägt sind; die Wahl dieser Perspektive ergibt sich daraus, dass die prüfärztlichen Entscheidungen in der Rentenversicherung sich *erstens* im Kontext einer großen bürokratischen Organisation vollziehen, die hochspezifische und arbeitsteilig an Spezialisten delegierte sozialmedizinische Entscheidungsmaterie *zweitens* gleichwohl von übergreifenden Aspekten (Abwägung zwischen Solidargemeinschaft und individueller Fallgerechtigkeit) gekennzeichnet ist, *drittens* Aspekte organisationsbezogener Arbeitsteilung (Abteilung Sozialmedizin vs. Leistungsabteilung) und *viertens* externe Organisationsumwelten (Sozialgerichte und ihre Rechtsprechungspraxis) den Blick auf die „accountability“ von Entscheidungen beeinflussen.

(3) Analysekonzepte zu den konkreten *Prozessen der Entscheidungsfindung in actu* : hierzu wurde die sequenzanalytische Interpretation von *Think Aloud Protokollen* und ihrer nachträglichen Kommentierung durch die Entscheider gewählt, um die einzelnen Schritte bei der Aktenbearbeitung zu rekonstruieren: hier war die entscheidende Frage, ob und welche typisierbaren Strategien bei der Organisation und Bewertung der fallweise sehr umfangreichen Materialien (Versicherungsverlauf, Krankheits- und Rehabilitationsgeschichte, Befunde, Gutachten) mit dem medizinischen Fachwissen, den sozialmedizinischen Kriterien und den administrativ-rechtlichen Vorgaben in Beziehung gesetzt werden; dabei wurde auch beachtet, ob und inwieweit psychologische Mechanismen wie primacy- und recency-Effekte und in der Berufserfahrung aufgeschichtete Erfahrungswerte und Daumenregeln die Entscheidungsfindung unter Entscheidungsunsicherheit (s.o) und Zeitdruck („Schlagzahlen“) moderieren.

(4) Professionsgeprägte Gutachterstile und Gutachterhabitus: hier greift die Studie auf das im Hauptbericht entwickelte Konzept der *doppelten Professionalisierung* zurück: dabei geht es um die habitusprägende Transformation vom Arzt, dessen Blick auf die Heilung der

Krankheit und die Gesundung oder Rehabilitation des Patienten gerichtet ist, zum sozialmedizinischen Gutachter, dessen Blick auf eine sozialmedizinische Begutachtung unterschiedlicher Grade der Arbeitsfähigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente gerichtet ist, die sozialmedizinischen, sozialrechtlichen und arbeitsmarktbezogenen Kriterien genügen muss. Bezogen auf die untersuchten Gutachter wurden dabei die Variablen Berufserfahrung fallkontrastierend berücksichtigt (unter zwei und über zehn Jahre) und das Geschlecht der Gutachter einbezogen sowie ermittelt, ob sich allgemeine Einstellungskomplexe identifizieren lassen (z.B. Ausprägungen auf der Ebene von Gerechtigkeitserwägungen, die eher den Aspekt der Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft der Versicherten oder eher die individuelle Lebenslage der Antragsteller/-innen bei der Entscheidung gewichten). Im engeren Sinne persönlichkeitspsychologische Merkmale wurden nicht berücksichtigt.

2. Herausarbeiten typischer Fallkonstellationen: Im Sinne der Darstellung der Entscheidungspfade und Heuristiken am Fallmaterial wurden im Ergänzungsprojekt die typisierbaren Wege von der Informationsverarbeitung hin zur Entscheidung grafisch aufbereitet und sequenziell interpretiert. Die Auswahl der Fallkonstellationen (vgl. genauer hierzu: Punkt 4.2) wurde auf der Basis einer erfahrungsgestützten Heuristik und vor dem Hintergrund der Idee einer möglichen prospektiven Vorabklassifizierung mit Blick auf Überlegungen zur Geschäftsverteilung und interner Rationalisierung vorgenommen.

TEIL I: HINTERGRUND²

2. 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 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 mit Blick auf die (generelle oder spezifisch eingeschränkte) Arbeitsfähigkeit und den zeitlichen Umfang der Einsetzbarkeit 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 alle Versicherten, die nach 1960 geboren wurden, ist allein diese Bezugnahme relevant, die letzte vorherige Tätigkeit dagegen ist nicht mehr bedeutsam.

² Verschiedene Textteile wurden hier aus dem 1. Endbericht übernommen, um den Ergänzungsbericht im Kontext zu rahmen und verständlich zu machen.

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 Berufsschutz³, 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 die letzte ausgeübte Tätigkeit ebenfalls 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 ungelernete 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 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, un-

³ „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 tarifrechtliche 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 2009)

abhängig 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 2009).

In der Sozialmedizin wird der allgemeine Arbeitsmarkt entsprechend dem Sozialmedizinischen Glossar der DRV (DRV 2009), 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 Verweisungsbefug.

Der allgemeine Arbeitsmarkt nach dieser Definition umfasst also „jede nur denkbare Tätigkeit“ mit der Einschränkung, dass sie „üblich“ sind. 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“. Anscheinend ist hier an regionale Arbeitsmärkte gedacht. 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 inner-

halb 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 Süden...). 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.

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: 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, in dem er die Kompetenz des Gutachters in Frage stellt, 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 hinaus gehen müsste.

2.2 Die sozialmedizinische Bestimmung des Leistungsvermögens und seine Schwierigkeiten und Paradoxien

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 2009: 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 1).

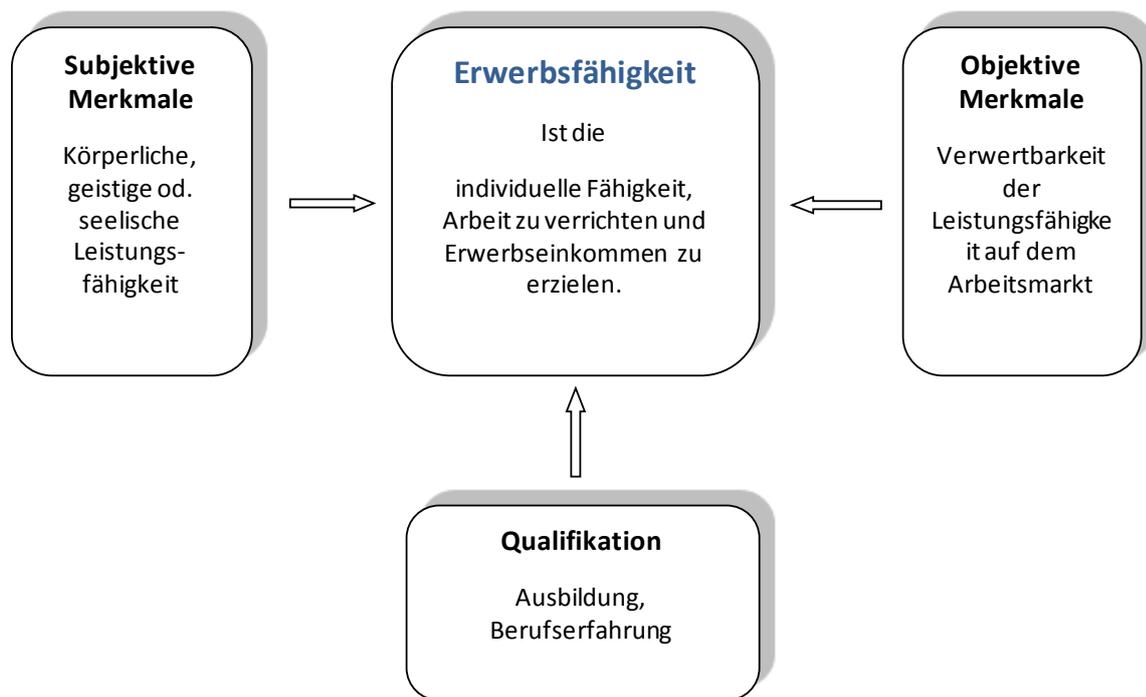


Abbildung 1: Einflussfaktoren der Erwerbsfähigkeit (nach VDR 2001)

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 Hinweise zu Zeiten der Erwerbstätigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) sowie Kindererziehungszeiten, Erwerbsminderungsantragsdokumente mit Angaben zum Grund der Antragstellung (Gesundheitsstörungen), Befundberichten 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 Begutachtungsprozess den Antrag, die Befunde und, Gutachten, den Erwerbsverlauf etc. gewichten und dabei ein 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 vorgegebenen 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. Zimmermann hält es für unmöglich, das Restleistungsvermögen in ein zeitliches Schema zu pressen. Die Suche nach allgemeingültigen Maßstäben und wissenschaftliche 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.“ (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 (63).

2.3 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 die bzw. der Versicherte grundsätzlich so gering wie möglich belastet werden soll, d.h. eine persönliche Untersuchung und Befragung des Versicherten ist, wenn sie vermeidbar ist, als nicht zumutbare Belastung des Versicher-

ten zu sehen (DRV 2007: 150). Die sich vor diesem Hintergrund abzeichnende subjektive Ebene des Begutachtungsprozess 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 sie nur eine *beratende Funktion* als Sachverständiger 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 Prüfärztes 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 Pfortnertätigkeit (3 Monate Anlernzeit). Gemäß des Mehrstufenschemas ist es juristisch zumutbar, eine Stufe niedriger als die ursprüngliche Qualifizierung wieder zu arbeiten, d.h. ein Ingenieur wird zum Facharbeiter. Allerdings kann auch eine Pfortnertätigkeit wiederum variieren, da z.B. ein Paraplegiker durchaus in einer Behinderteneinrichtung Pfortner sein kann, aber z.B. nicht bei der DRV, da hier die Einstellungs Voraussetzungen 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)⁴ 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-

⁴ 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.

und Verständnisproblematik' zwischen Ärzten und Juristen und sieht grundsätzlich 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 berechtigte 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 „vollschichtige“ Erwerbsfähigkeit am Arbeitsmarkt. Damit werde der „schwarze Peter“ an die Juristen zurückgegeben.

Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass sozialmedizinische Entscheidungen durch juristisch geprägten Arbeits- und Entscheidungskontext auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst sein können. Hier könnte zum einen vermutet werden, dass die Begründungen zur entsprechenden Entscheidungen 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 Entscheidungstendenzen 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.“ (26f)

Ob sich das angesprochene Spannungsverhältnis tatsächlich in dieser Schärfe wieder findet und welchen Einfluss der juristische 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 Sozialmedizinern und Juristen bzw. Verwaltungsmitarbeitern auf der anderen Seite zu unterscheiden.

3. 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 2007) 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 Entschiedenes 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 und 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 bildet die Akte und das jeweilige Vorgehen bei der Aktenbearbeitung durch den Prüfarzt auch einen strategischen Ansatzpunkt zur Analyse von Entscheidungsprozessen in der vorliegenden Untersuchung.

3.1 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 und Hammond 1986; 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 Faktoren⁵ 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.
- **Rückschafehler:** 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.).⁶

⁵ 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.

⁶ 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.

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). Sie sollten eher offen diskutiert, erforscht und differenziert untersucht werden, um so einen gezielten Einsatz von Techniken der heuristischen Entscheidungsfindung in der Ausbildung von Ärzten zu ermöglichen.

3.2 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, Todd 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 „ökologi-

schen Rationalität“ auf,⁷ 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 bei der DRV-Bund beruht auf Aussagen Dritter: es handelt sich also um die Begutachtung von Dokumenten

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 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.

⁷ Diese Vorannahme ist für die in dieser Untersuchung in Rede stehenden Entscheidungen problematisch, da sie ausdrücklich auch nachvollziehbar und gerichtsfest sein müssen.

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 Prüfer 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 Prüfer 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 wird (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.

TEIL II: ERGEBNISSE DER ERGÄNZENDEN DATENANALYSE

4. Von der Informationssammlung über die Informationsverarbeitung bis zur Entscheidung

4.1 Der Begutachtungsverlauf eines Falles nach Aktenlage

Begutachtungsunterlagen und Informationssammlung

Der Begutachtungsverlauf einer Akte beginnt mit der **Informationssammlung**. Diese umfasst 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 Ärzte 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. Dabei gibt es Ärzte, die mehr Informationen einholen als andere. 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, beim Vorliegen psychiatrischer Gutachten ausführliche biografische Anamnesen und gelegentlich Anschreiben, Bilder usw., die der Antragssteller eingereicht hat, zur Verfügung. 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 selten 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. Das Fehlen einer ausdrücklichen Begründung durch den Prüfarzt bedeutet in der Regel, dass dem vorliegenden Gutachten gefolgt wird.

Idealtypische Schritte im Entscheidungsprozess

Die folgende Übersicht stellt schematisch die formal zentralen und bei jedem Fall zu beachtenden Entscheidungspunkte dar, die den logischen, nicht den faktischen Ablauf der Aktenbegutachtung kennzeichnen.

(1) Vom Versicherungsverlauf und der Diagnose (Befundberichte; Gutachten) zum qualitativen Leistungsbild

→ Berücksichtigung der Funktionsbeeinträchtigungen bei Arbeitstätigkeiten

(2) Vom qualitativen zum quantitativen Leistungsbild

→ Aussage zur einer tendenziell zeitstabilen Belastbarkeitsprognose (< 3 Std.; 3 - < 6 Std.; > 6 Std.)

(3) Vom quantitativen Leistungsbild zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt

(4) Von der Feststellung der Arbeitsfähigkeit zur fallspezifischen Chance einer Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt (z.B. EM-Rente wg. verschlossenem Arbeitsmarkt)

4.2 Gutachteracherstile und typische Fallkonstellationen

Nachfolgend werden ausgewählte Fallkonstellationen und Gutachterttypen dargestellt. Die folgende Typologisierung von Fallkonstellationen wurde aus Einschätzungen der befragten Prüfärzte gewonnen und gemeinsam mit dem Auftraggeber als ein Kriterium zur Auswahl von Fallkonstellationen aus dem umfangreichen Fallmaterial genutzt.

(A) „einfache Fälle“, die leicht zu entscheiden sind	(C) „komplexe Fälle“, die schwer zu entscheiden sind
(B) „einfache Fälle, die bei näherem Hinsehen schwer zu entscheiden sind“	(D) „komplexe Fälle“, die leicht zu entscheiden sind

Die typisierbaren Wege wurden von der Informationsverarbeitung hin zur Entscheidung auf der Basis einer sequenzanalytischer Interpretation der Think Aloud-Protokolle („TAM“) und der Informationen aus den retrospektiven Nachgesprächen („Retro“) grafisch aufbereitet und mit ergänzt. Aus den 80 aufgezeichneten und ausgewerteten Aktenlageentscheidungen wurden für den Ergänzungsbericht insgesamt neun Fallkonstellationen (3 x A; 1 x B; 2 x C; 3 x D) nach intensiver Diskussion im Erhebungsteam zur detaillierten Analyse ausgesucht. Da-

mit zudem auch unterschiedliche Gutachterkonstellationen - im Hinblick auf Routineerfahrungen und auf den Aspekt der doppelten Professionalisierung; zu letzterem vgl. Hauptbericht, Punkt: 6.1.5) erfasst werden konnten, wurden folgende Gutachter/-innen einbezogen:

- Zwei männliche Gutachter (Sozialmediziner; Allgemeinmediziner) mit sehr langer Berufserfahrung (18 und über 20 Jahre);
- eine Gutachterin (Kardiologin) mit immerhin acht Jahren Berufserfahrung;
- eine Gutachterin (Psychiaterin), die erst seit zwei Jahren bei der DRV (Regionalträger mit der Möglichkeit, Antragsteller auch persönlich zu begutachten) arbeitet.

Entsprechend der abgesprochenen Vorgaben war es nicht möglich, alle Zellen gleichmäßig zu besetzen. Durch die Auswahl scheint uns jedoch eine strukturbezogene Repräsentativität sowie eine ausreichend deutliche Kontrastierung der Fall- und Gutachterkonstellationen gewährleistet.

4.2.1 P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“

Von P206 liegen insgesamt 8 retrospektive Besprechungen vor, er ist Arbeitsmediziner, arbeitet seit 18 Jahren in Teilzeit bei der DRV und ist altersbedingt am Ende seiner beruflichen Laufbahn angelangt. Seine Vorgehensweise ist sehr systematisch, routiniert und folgt einem klaren Schema. Typisch für P206 ist das *Begutachten nach Regeln oder Lehrsätzen* (sozialmedizinisch versiert), die er während der Begutachtung auch zitiert. Dabei scheint er auch sehr rationell zu arbeiten, in dem er Befunde und Gutachten „*sinnvoll*“ *querliest* und, wenn es notwendig erscheint, „*in die Tiefe*“ geht. Für ihn ist es sehr wichtig, seine Entscheidung (sozial)medizinisch korrekt zu begründen, sodass er in seinem Urteil nicht angreifbar ist. Dabei achtet er auch auf einen reibungslosen Ablauf in der Organisation, in dem er in Textbausteinen schreibt, mit Beispielen für die Verwaltung arbeitet und weiß, wo sein Zuständigkeitsbereich endet. Dabei arbeitet er als eine Art Detektiv, der weiß, worauf man achten muss und so fällt ihm Wichtiges auch beim Überfliegen auf. Routiniert und systematisch sammelt er Belegstücke für seine Entscheidung, die er „*wasserdicht*“ machen will, in dem er sich an Regeln hält und diese auch zitiert („*keine einschlägigen Urteile, sozialmedizinische Leistungen sind abzulehnen*“).

Gegenüber den Versicherten ist er skeptisch eingestellt und auch wenn er den Versicherten „*nicht wehtun will*“, zeigt er wenig Empathie für sie. Vereinzelt zeigen sich Stereotypenbildung und Vorurteile (So wird eine übergewichtige Frau als „*kleines fettes Monster*“ bezeichnet).

net, eine Migrantin, die arbeitslos ist, als ungebildet), die einen nicht zu verachtenden Einfluss auf die Entscheidung haben („da weiß man warum Rente“).

Im Interview betont P206, dass vor allem die Frage nach sozialmedizinischer Relevanz von Bedeutung sei, denn nur wenn z.B. Schmerzen oder Depressionen Einschränkungen auf die Lebensführung haben, dann sei dies sozialmedizinisch relevant. Kann jemand trotz Schmerzen/ Einschränkungen noch alles machen, so kann er auch noch arbeiten.

Eine Regel, welche P206 folgt, ist, dass eine Rente medizinisch begründet sein muss, d.h. wenn es keine einschlägigen Gutachten gibt, die eindeutige Einschränkungen im Alltag/ im Beruf beschreiben, so votiert P206 gegen eine Rente. Bei psychiatrischen Gutachten ist besonders der Tagesablauf wichtig und wenn eine Besserung zu erwarten ist, dann ist die Rente nicht zu gewähren.

Kontextfaktoren sind sozialmedizinisch relevant. Seiner Meinung nach eröffnet die Sozialmedizin den Weg auch zur Beurteilung von Kontextfaktoren, die sozialmedizinischen Kriterien stehen aber im Vordergrund. Werden Kontextfaktoren betrachtet, so werden sie den Versicherten oftmals zum Nachteil ausgelegt: Adipositas, Arbeitslosigkeit, Schulden – „da weiß man warum Rente“, wobei auch das Alter eine Rolle spielt, so heißt es bei P206, dass junge Menschen vieles „besser wegstecken können“ und eine Aussicht auf Besserung oftmals besteht.

Gutachter zu sein, hält er für eine Kunst. Gute Gutachter beschreiben relevante Details der Lebensführung der Versicherten. Dabei hat die Diagnose nicht die volle alleinige Aussagekraft, wichtig ist die Spannbreite. Hält der Zustand des Versicherten an, spricht dies für ein Dauervotum. Hier ist es auch wichtig, ob es noch offene Therapieoptionen gibt, wobei bei offenen Therapieoptionen P206 in den meisten Fällen für eine Reha ist – Reha vor Rente. Durch den Vorschlag einer medizinischen Rehamaßnahme soll der Zustand des Versicherten gebessert werden, wobei aber auch eine Reha nur der Auslöser für weitere therapeutische Maßnahmen sein kann. Bei „Gegenspannung“ des Versicherten sieht er die offenen Therapieoptionen für nicht sinnvoll an.

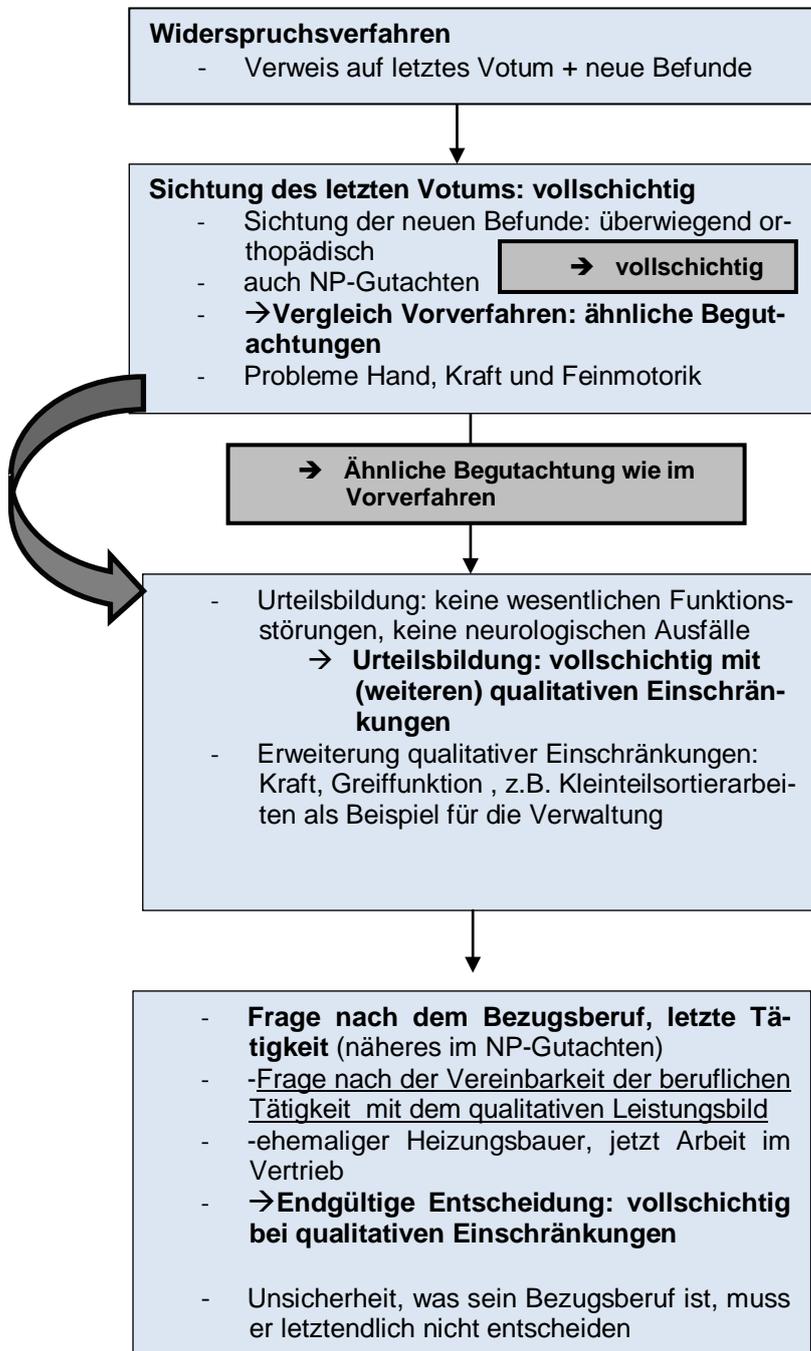
Resümierend spricht P206 davon, dass seine Arbeit durch „mehr Zeit, die für eine Begutachtung zur Verfügung steht, verbessert werden kann, denn „manches kann man nur sehen, wenn man wirklich alles liest“.

Es folgt die grafische Darstellung der Entscheidungsfindung von P206 in Anlehnung an primacy und recency Effekte, die hier insbesondere bei der Bezugnahme auf vorangegangene Voten bedeutsam sind. Im Anschluss daran findet sich eine tabellarische Charakterisierung des Gutachterstils, wobei resümierend gegenübergestellt wird, welche Faktoren aus Sicht von P206 für eine EM-Rente und welche Faktoren dagegen sprechen.

Entscheidungsweg: P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“

Typisierung: „einfacher Fall“, der leicht zu begründen ist

Entscheidungsschritte (P206/ Retro 1)



Falldarstellung

Versicherter
Jahrgang 1958
Monteur, Außendienst im Sanitärbereich
seit 07/08 arbeitslos

Grad der Behinderung 50
Schwerhörigkeit, Schlafstörungen, depressive Störung, Funktionsstörung der Wirbelsäule, Gelenkbeschwerden

Reha in den Jahren 2000, 2006, 2009

GA Ortho: 12.06.10 Myotendinotisches LWS und HWSA Syndrom

M94.9 Chondropathia patellae, Senk Spreizfuß G56.2
Läsion des N. ulnaris G560 m75.3 Tendinitis im Schulterbereich > 6h/> 6h

Antrag 14.04.2010

Votum 21.06.2010

Votum vom 21.6.10 > 6h/>6h leicht bis mittelschwer, kein Heben und Tragen

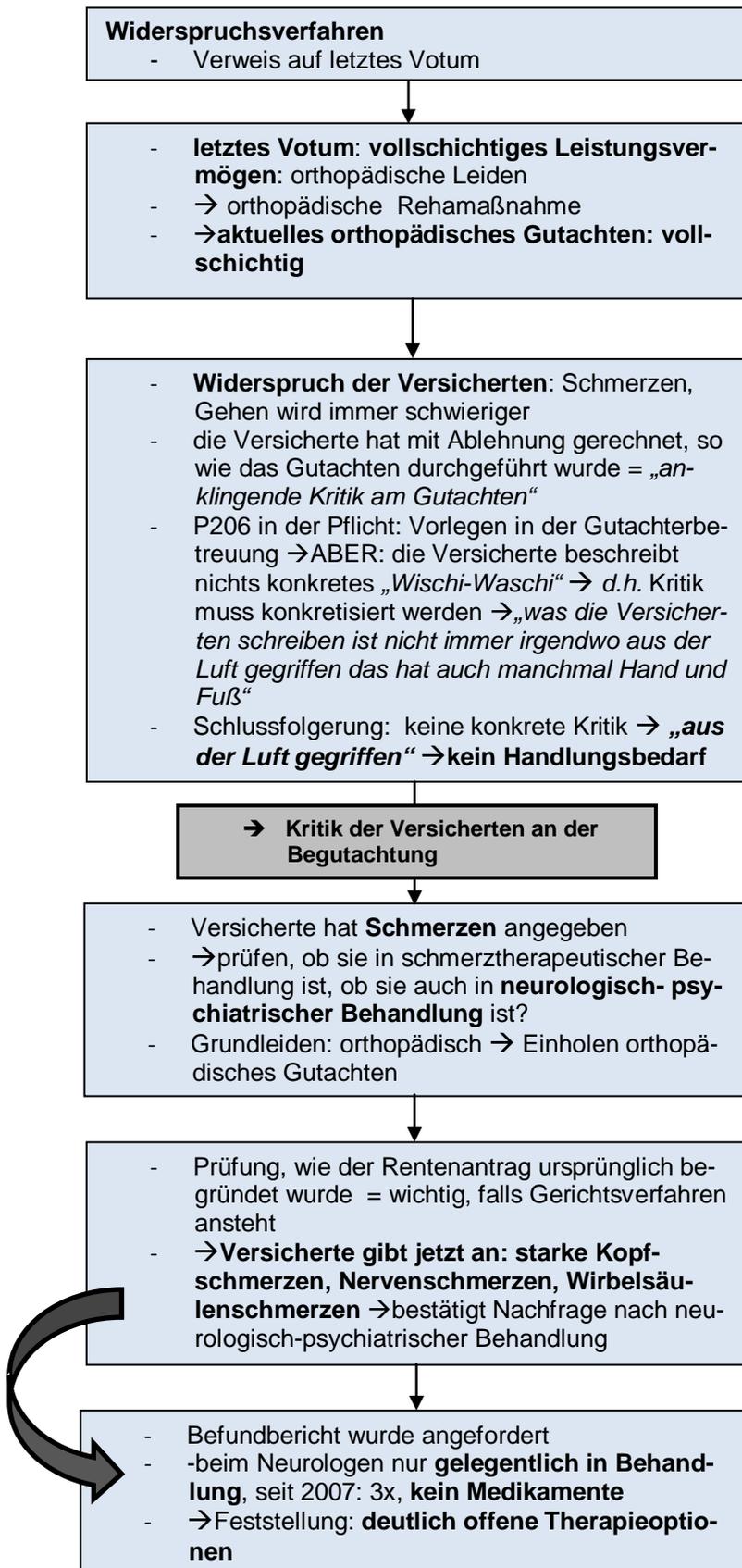
Widerspruch 15.07.2010

Neues Votum > 6h/>6h leicht bis mittelschwer, kein Heben und Tragen, Einschränkung Kraft, Greifen

Entscheidungsweg: P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“

Typisierung: „einfacher Fall“, der schwer zu begründen ist

Entscheidungsschritte (P206/ Retro 2)



Falldarstellung

Versicherte
Jahrgang 1958
Wirtschaftskauffrau, Sachbearbeiterin
ledig, 1 Kind
arbeitslos seit 2008

Kopfschmerzen, Nervenschmerzen, HWS,
LWS-Beschwerden

2.6. bis 30.6.09 Reha

M50.1; M54.4 Lumboischialgie; 54.16;
M47.86 >6h/>6h, Bewegungs- und Halteapparat eingeschränkt

Befundbericht mit Widerspruch eingereicht:
Orthopädisch, M50.1; M54.4; M54.16 Verschlechterung

Befundbericht ebenfalls nach Widerspruch
NP: AS hat sich seit 07 nur dreimal vorgestellt, keine definitive Aussage

GA ortho 20.08.2010 M51.3 Bandscheibendegeneration; M17 Gonarthrose. M79 Sonstige Erkrankung >6h/>6h

GA NP 21.2.11 chron Schmerzsyndrom, HWS und LWS, chron Kopfschmerz, Fibromyalgie, mittelgr. Depr. Verstimmung, 3 - 6h im allg. AM und dringende Empfehlung einer psychosomatischen Reha mit Schmerztherapie

Antrag 17.06.2010

2.9.10 neues Votum >6h/>6h

22.9.10 Widerspruch

Votum 9.3.11, die Akte geht in die Ruhrstr. [Abteilung Rehabilitation] mit der Frage nach Reha

→ **offene neurologisch-psychiatrische Therapieoptionen**

↓

- **Anforderung NP-Gutachten**
- → bestätigt Schmerzsymptomatik, aber „keine wesentlichen neurologischen Ausfälle“
- Schmerzen, Besuch Schmerzklinik, **Reha war orthopädisch**, keine Medikation, keine Antidepressiva, Einnahme von Schmerzmitteln (optimierbar mit Amitryptilin- nicht der Fall)

↓

- NP- Behandlung gelegentlich → psychischer Befund nicht auffällig
- → „ganz schlimm“: Gutachter kommt zu einem reduzierten Leistungsvermögen
- → **Vorschlag: psychosomatische Reha mit Schmerztherapie** „unbedingt erforderlich“

↓

- Da seine „zuständigen Abteilungsärztinnen“ „restriktiv“ mit Rehamaßnahmen sind → P206 kann nicht ohne weiteres ein Votum niederschreiben
- → muss die Abteilungsärztinnen zu einer Entscheidung zwingen
- → **Inanspruchnahme des „Haus- und Hofneurologen“**

↓

- P206 folgt dem Votum nicht
- → **da keine relevanten neurologischen Ausfälle**, keine wesentlichen Einschränkungen in Alltags- und Freizeitaktivitäten → Schmerzsymptomatik keine sozialmedizinische Relevanz
- Begründungen:
- Regel: wenn sozialmedizinisch leistungsrelevant, müssen wesentliche Einschränkungen der Alltags- und Freizeitaktivitäten beschrieben sein oder depressive Schmerzsymptomatik
- **Offene Therapieoptionen:** bisher keine kontinuierliche Behandlung
- → Regel: „wenn zumutbare therapeutische Möglichkeiten eine Besserung in absehbarer Zeit erkennen lassen, ist eine überdauernde Leistungsminderung zu verneinen“

↓

- P206 hat Gutachten „zerrissen“ → Vorwurf an Gutachter: keine Erfassung, wie sozialmedizinische Relevanz von Schmerzen zu beurteilen sind → Versicherte mag leistungsgemindert sein, gibt Gutachten nicht her = Manko im Gutachten
- „will der Versicherten nicht weh tun“
- → **Das Beste für Versicherte : Reha sinnvoll, da offene Therapieoptionen, keine Einschränkungen in Freizeit und Alltag**

↓

→ offene neurologisch-psychiatrische Therapieoptionen

→ Vertrauen in bekannten Gutachter

→ sozialmedizinische Kriterien

offene Therapieoptionen
→ Reha vor Rente

- Kolleginnen restriktiv bzgl. Reha
- →bekannter Neurologe: 2 Möglichkeiten 1) Ausschöpfung ambulanter Möglichkeiten 2) [stationäre] Reha
- P206 würde dann Reha vorschlagen
- „Damen“ treffen letzte Entscheidung
- Akte durchwandert bürokratischen Kreislauf
- **Reha wäre ein Erfolg für P206, da sein Grundsatz: Reha, mehrwöchige Leistungsbeurteilung, hat höheren Stellenwert als einmalige Gutachtensituation**
- ABER: Kann auch falsch sein, nach Reha oft Rente, da Störungen nach Reha wieder auftreten können, vor allem psychischen Leiden (Reha ist eine nicht normale Alltagssituation)
- **Strategie, um eine Reha bewilligt zu bekommen mit dem Satz: „Herausnahme aus dem derzeitigen sozialen Umfeld“**

→ sozialmedizinische Kriterien

Entscheidungsweg: P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“

Typisierung: „leichter Fall“, der leicht zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P206/ Retro 5)

Klageverfahren

- angekreuzte Seiten, neue Befunde: NP-Gutachten
- Frage: Wie ist es dazu gekommen? Nicht ersichtlich

- Prüfung, ob er selbst schon die Akte bearbeitet hatte → dafür Blaurandbogen geeignet, wo ärztliche Stellungnahme zu finden ist
- entnimmt seinen alten Stellungnahmen: es gibt ein orthopädisches Gutachten: vollschichtig, NP-Begutachtung nicht erforderlich
- widersprüchlich: betont, dass dies zum Vorverfahren gehört, was nicht gelesen werden muss

Vergleich Vorverfahren

- orthopädisches Gutachten: Vorschlag der Reha
- P206 Abraten von Reha, da Reha im Klageverfahren nicht sinnvoll
- Gericht hat „sich davon nicht beeindrucken lassen“
- →Anordnung NP-Gutachten

→ offene Therapieoptionen

Falldarstellung

Versicherter
Jahrgang 1958
Verheiratet, 2 erwachsene Kinder
Verkaufsleiter Autohaus
seit 2005 arbeitslos
nach Insolvenz Autohaus 40.000 € Schulden

Orthopädische Leiden und Schmerzen,
Schlafstörungen, Fibromyalgie, Adipositas
BMI 36

Ambulante Reha 2009

GA Ortho 30.06.09 > 6h im alten Beruf;
M54.1, M54.5, M.51.2, M75.0, M19.2, M15.8

GA 16.2.11 PN F45.41 Hypertonie, Diabetes,
Adipositas, > 6h/6h mit qualitativen Einschränkungen, bescheinigt medizinisch unbeeinflussbare Fehlhaltung des Antragsstellers

Votum vom 4.8.2010 M53.1, M54.5, F45.4,
E11.9 >6h ohne überdurchschnittlichen Stress, Möglichkeit der Reha wird erwogen

Antrag vom 26.1.09

Ablehnung 11.3.09

Widerspruch 31.3.09

Aktuelle Entscheidung: Votum bleibt, Reha-Empfehlung wird zurückgenommen, da laut Gutachter sinnlos

- Sichtung NP-Gutachten
- „rationales Arbeiten“, d.h. „sinnvoll Querlesen“
→ „wie das immer so ist“ und „dann fällt einem schon so was auf obwohl man gar nicht gelesen hat“: „Familie hat 40.000 € Schulden“ → „da weiß man warum Rente“
- jetzige Beschwerden: psychometrische Tests findet er nicht bedeutsam → **Unterstellung Gutachter: je mehr Seiten, desto mehr Geld**
- prüft Behandlungen, wichtig, keine Psychotherapie,
- nervenärztliche Schmerzbehandlung
- Neurologischer Status kurz prüfen – wichtige Informationen– deutliche **Gegenspannung des Patienten**, Orientierung und Konzentration etc. nicht merklich beeinträchtigt – wichtig für berufliche Tätigkeit, allgemeiner Arbeitsmarkt
- Diagnose: chronische Schmerzstörung, geringe Funktionsminderungen
- **Warum tut es weh? Logisch: Diabetes Mellitus und Adipositas – „das passt ja zusammen“**, keine neuen Befunde, Fehlverhalten aus eigener Kraft aufgeben, ärztliche Behandlung nicht geeignet, Rente vorenthalten hat keine wesentliche Bedeutung = wichtig → **Verweisbar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht zu Lasten der Restgesundheit = ganz wesentliche Aussage**

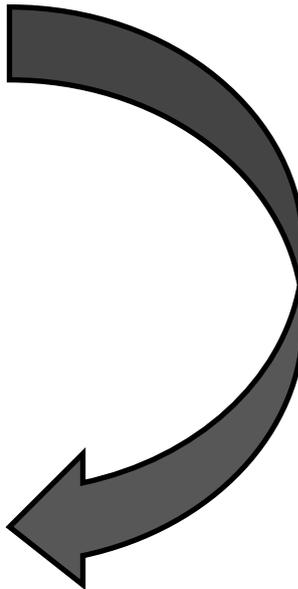
- **Entscheidung und Votum**
- weiter wie **Vorvotum**: vollschichtig mit qualitativen Einschränkungen, weitere medizinische Sachaufklärung nicht notwendig, letzte Tätigkeit/andere Tätigkeit geht nicht zu Lasten der Restgesundheit, Umstellvermögen auf Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes wird attestiert, Kläger hat Fehlverhalten, welches von ihm aufgegeben werden kann, medizinische Maßnahme dafür nicht geeignet, keine Summation ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (wichtig für Arbeitgeber)
- Forscherin fragt nach Antragsleiden: eine Art „Selbstlauf“, dass man nicht mehr guckt – im Widerspruch wird Aufstellung verlangt – macht P206 anders
- Feststellung, dass „**alles gewürdigt**“ wurde unterstreicht nochmal seine Entscheidung, **dass offen Therapieoptionen bestehen**
- **Grundsatz**: [soweit] keine einschlägigen Urteile [vorhanden], sind sozialmedizinische Leistungen abzulehnen
- Kritik an anderen Gutachtern, „Wischi-Waschi“, die Empfehlung bis zu 6h sei zu ungenau
- **Kläger ist arbeitslos, „das ist ja meist so“**, Antragsteller aus Arbeitslosigkeit, vom Amt [Arbeitsagentur] meist empfohlen

→ „sinnvolles Querlesen“

→ Lebensverhältnisse: Insolvenz, 40.000€ Schulden
→ „da weiß man warum Rente“

→ **Gegenspannung des Versicherten**

→ **Diabetes Mellitus und Adipositas – „das passt ja zusammen“**



→ offene Therapieoptionen
→ sozialmedizinische Kriterien

→ **Kläger ist arbeitslos „das ist ja meist so“**

Gutachterstil P206 – Gutachtersein ist „eine Art Kunst“

„Bestandpflege reduziert“ & „sinnvoll Querlesen“

„unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen Relevanz“



Begutachtung nach sozialmedizinischen Lehrsätzen/ sozialmedizinische Bibel	Einstellung zu den Patienten
<p>„wenn zumutbare therapeutische Möglichkeiten eine Besserung in absehbarer Zeit erkennen lassen, sind eine überdauernde Leistungsminde- rung zu verneinen“ (Retro2)</p> <p>„medizinisch auch exakt“ (Retro 3)</p> <p>„Grundsatz: keine einschlägigen Urteile, sozial- medizinische Leistungen sind abzulehnen“ (Ret- ro 5)</p> <p>„unter besonderer Berücksichtigung der sozial- medizinischen Relevanz somatoformer Schmerzstörung wie es ... in unserer Bibel auf- geführt ist“ (Retro 6)</p> <p>„arbeitsmedizinisch gesehen gilt Hausfrauenar- beit als mittelschwer“ (Retro 7)</p> <p>„wenn sozialmedizinisch leistungsrelevant, müs- sen wesentliche Einschränkungen der Alltags- und Freizeitaktivitäten beschrieben sein oder depressive Schmerzsymptomatik“ (Retro 2)</p>	<p>„was die Versicherten schreiben ist nicht immer irgendwo aus der Luft gegriffen das hat auch manchmal Hand und Fuß“ (Retro2)</p> <p>„sehr jung, Migrationshintergrund, ungelern- tet ... natürlich arbeitslos“ (Retro 4)</p> <p>„so das täglich Brot, dass das alles mehr so ei- nen sozialen Touch hat als ein rein medizinisch“ (Retro 4)</p> <p>„wie das immer so ist“ und „dann fällt einem schon so was auf, obwohl man gar nicht gelesen hat“: Familie hat 40.000€ Schulden → „da weiß man warum Rente“ (Retro 5)</p> <p>„Warum tut es weh?“(...) „Logisch: Diabetes Mel- litus und Adipositas – das passt ja zusammen“, (Retro 5)</p> <p>Kläger ist arbeitslos, „das ist ja meist so“, „An- tragsteller aus Arbeitslosigkeit, vom Amt meist empfohlen“</p> <p>„Und dann sage ich immer: Dozentin kommt der Lehrerin Ja sehr nahe“ → „für Ärzte ist ja Lehrer kein Beruf sondern eine Diagnose“ (Retro 6)</p> <p>„kleine fette Monster“ (Retro 7)</p>



PRO EM-Rente

- Gutachten eindeutig, klar erkenn- bare Einschränkungen im Alltag müssen nachvollziehbar sein
- langwieriger Krankheitsverlauf
- keine/ kaum Besserungsaussich- ten

CONTRA EM-Rente

- uneindeutige Gutachten
- keine adäquaten Behandlungen
- offene Therapieoptionen, unkooperatives Verhalten des Ver- sicherten
- Besserungsaussichten
- Migrationshintergrund, Arbeitslo- sigkeit, Adipositas

4.2.2 P116 – „entspricht nicht meiner Mentalität diese Arbeit“

Von P116 liegen insgesamt 3 TAMs und 3 Retros vor. P116 ist Psychiaterin und hat jahrelang in der Klinik gearbeitet, wo sie bereits kommissarische Oberärztin war. Da sie alleinerziehende Mutter ist und ihr Sohn dann zur Schule kam, konnte sie die Nachtschichten nicht mehr mit dem Tagesverlauf ihres Sohnes vereinbaren. Seit 2 Jahren ist sie nun bei der DRV. Im Interview spricht P116 davon, dass die Arbeit als Prüfärztin nicht ihrer Mentalität entspricht, da ihr der Patientenkontakt fehlt und die konkrete Therapie. Anfangs wurde sie darauf aufmerksam gemacht, dass ihre Entscheidungen verwaltungsrechtlichen Ansprüchen gerecht werden müssen.

Bei ihren Begutachtungen fällt auf, dass sie die Akten *sehr ausführlich liest*, sehr gründlich ist und alles genau verstehen möchte. Fehlen Unterlagen oder ist ihr etwas unklar, dann fordert sie umfassende Berichte an, telefoniert mit den behandelnden Ärzten. Andernfalls kommt es auch vor, dass P116 persönliche Begutachtungen durchführt und sich ein „*Bild vom Patienten*“ machen möchte. Schwierigkeiten hat sie, das tägliche Pensum an Akten zu schaffen. Im Interview spricht sie davon, dass sie vor allem zu Beginn ihrer Tätigkeit mit der vorgegebenen Zeit für die Bearbeitung der Akten Probleme hatte und auch nach 2 Jahren als Prüfärztin noch deutlich mehr Zeit als ihre Kollegen benötigt. Bei ihren Entscheidungen verlässt sie sich auf die Gutachten, wenn sie in sich schlüssig sind und das Leistungsvermögen des Patienten gut beschreiben. Von Interesse ist für sie, *von welchem Arzt die Gutachten sind*. Gutachter, die sie persönlich kennt bzw. von denen sie die Gutachten kennt, genießen von P116 ein besonders hohes Vertrauen, denn da kann sie sich darauf verlassen. Ein gutes Gutachten ist für sie, wenn daraus deutliche Einschränkungen hervorgehen, die die Versicherten im Alltag und bei der Arbeitstätigkeit behindern und den Tagesablauf erschweren.

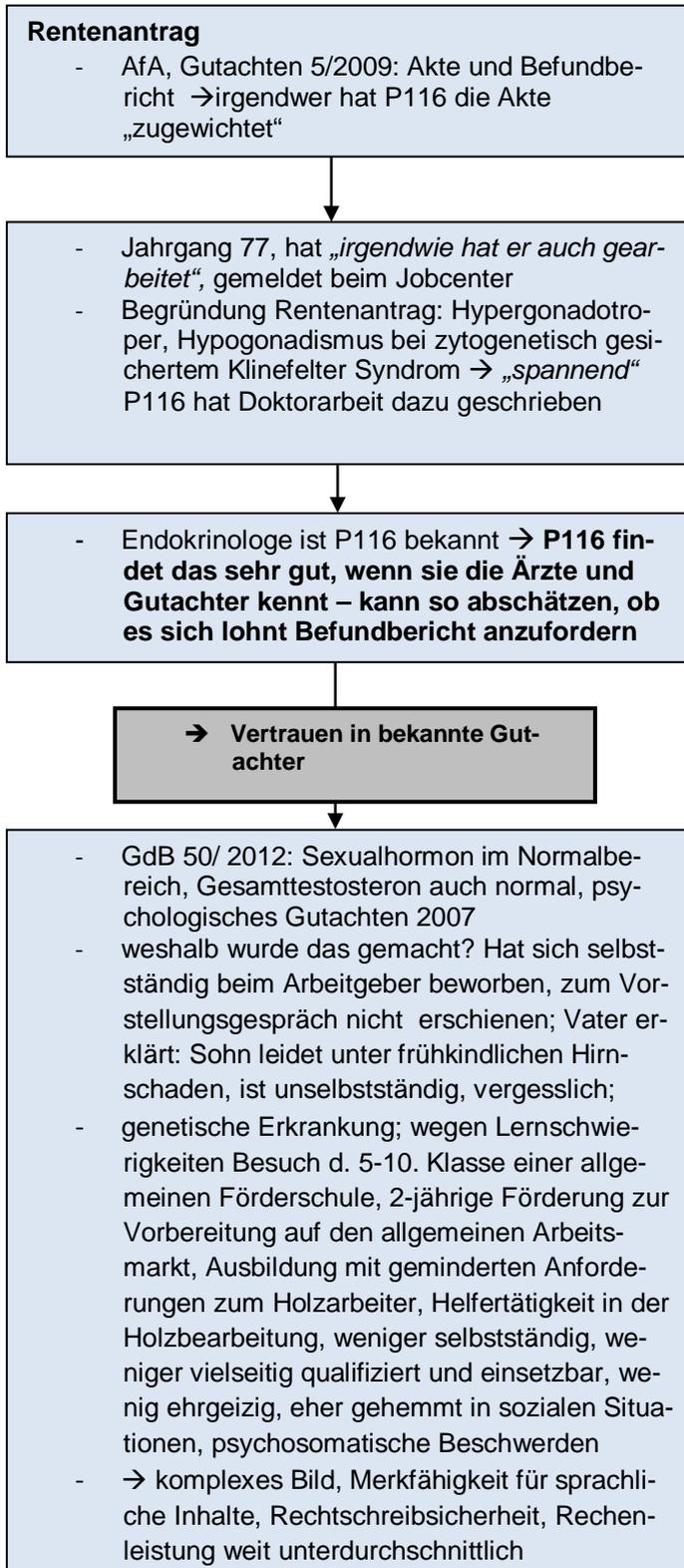
Sie selbst sieht sich als weiche Gutachterin. Anfangs wurde sie darauf angesprochen, dass bei ihr fast jeder eine Rente bekommt. Sie sagt aber von sich, dass die Gutachten eindeutig sein müssen. Während der Begutachtung kommt aber ihre *Persönlichkeit als Ärztin* durch, indem sie den Versicherten gerne Angebote macht oder Perspektiven (Reha, WfbM) aufzeigt. Werden die Angebote nicht angenommen, gewährt keine Rente, d.h. „*Reha vor Rente*“.

Den Versicherten gegenüber ist sie unvoreingenommen und empathisch. In ihrer 2-jährigen Berufstätigkeit bei der DRV erinnert sie sich an keinen „bösen Betrüger“ oder an Personen, die sich die Rente „erschleichen“ wollen. Auch wenn nicht alle Rentenanträge begründet sind, sieht sie darin meist keine böse Absicht, sondern eher Hilflosigkeit, Unvermögen bzw. mangelndes Wissen darüber, was eine Erwerbsminderungsrente bedeutet.

Entscheidungsweg: P116 – „entspricht nicht meiner Mentalität diese Arbeit“

Typisierung: „komplexer Fall“, der schwer zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P116/ Tam 1)



Falldarstellung

Versicherter
Jahrgang 1977
Holzarbeiter
ledig, keine Kinder
arbeitssuchend

GdB 50 seit 2002
Klinefelter-Syndrom XXY, angeboren

Diverse Hormonlaborbefunde
BB Allg. Med 3.5.11 Klinefelter, nicht AU

Psychologisches Gutachten für AfA :
12.12.07, Leistungsvermögen eines lernbehinderten Schülers, ausgeprägte Verunsicherung in sozialen Situationen

GA für AfA 7.5.09, vollschichtig für einfache Helfertätigkeiten, in Werkstatt für Behinderte unterfordert, empfiehlt Rentenantrag

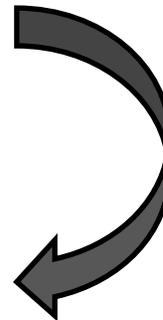
GA PN 31.5.11: sorglos heiter!, Eltern organisieren das Leben; Intelligenz-minderung F70.0; Klinefelter Q98.0, vollschichtig im allg AM. WfBM ist derzeit unterfordernd

Votum vom 17.6.2011: vollschichtig, bei Einschränkung geistig/psychisch, kein Publikumsverkehr

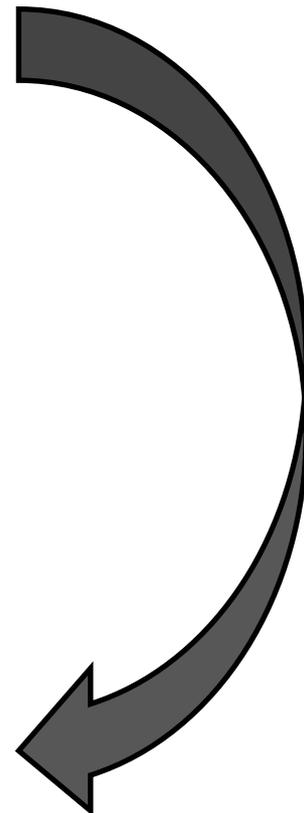
wichtiger Hinweis: Leistungsvermögen entspricht dem von lernbehinderten Schülern,

hat nicht nur eine F70 (Intelligenzminderung), hat [zusätzlich] noch eine Anpassungs- und Verhaltensstörung, Hilfebedarf bei Vermittlung, Vater ist große Stütze

- AfA GA 5/2009 – wer hat das gemacht? → Vollschichtig, Nervensystem, Psyche, Allgemeindruck, soziale Kompetenz „das ist bedauerlich“, Auffassung: allgemeine Helfertätigkeit allg. Arbeitsmarkt, intellektuelle Möglichkeiten deutlich über WfbM – P116 sieht hier Fragezeichen bei Vergleich GA 2007 Rettungsstelle: Hustenfall mit Luftnot
- Hausarzt: Klinefelter Syndrom, Patient stellt sich nur sporadisch wegen Infektion vor
- externes Gutachten: Frage nach Erwerbsminderung,
- LTA Stellungnahme für WfbM – Kollegin hat Gutachten zurückgesendet – **P116 kennt Kollegin gut, kann sie was mit anfangen:** auffällig langsam in verbalen Kommunikation, sorglose Heiterkeit, Eltern organisieren Leben, Besuch Förderschule, Ausbildung in geschützter Ausbildungsstätte – entspricht GA 2007 – psychopatholog. Befund: freundlich, kooperativ, Kooperationsmöglichkeiten aber eingeschränkt – **spricht für eine soziale Kompetenzstörung** – Stimmungslage sorglos, formal sehr langsam, einfache Kommunikation, langatmig, bei Begutachtung unsicher, Begleitung des Vaters wirkt abfedernd
- → Diagnose: leichte Intelligenzminderung, Klinefelter Syndrom, erhebliche Schwierigkeiten in soziale Situationen, berufliche Tätigkeiten: kommen nur Hilfsarbeiten bzw. leichte Anlern Tätigkeiten, mit Publikumsverkehr überfordert, rehabilitative Maßnahmen zu Integration auf dem allg. Arbeitsmarkt wären sinnvoll, eine Integration in eine WfbM stellt gegenwärtig eine Unterforderung dar – P116 erinnert sich, dass im Gutachten steht, dass er selbst aber auch nicht in die WfbM möchte → War da bis 05/2011 normal angestellt, Maßnahme des Arbeitsamtes, Arbeitszeit: 5 h – hat ihm Spaß gemacht, Anforderungen ist er gerecht geworden, hätte gerne weiter gearbeitet
- zu Hause ist er auch gut integriert, Vater regelt die Behördensachen, er hilft auf dem Grundstück, erledigt Einkäufe, reinigt täglich eine Stunde eine Arztpraxis, in der seine Mutter als Krankenschwester tätig ist – er braucht offenbar Unterstützung, Struktur und Anleitung
- → **nach Aktenlage hätte sie nichts dagegen, ihn in eine WfbM einzugliedern, aber geht mit der Kollegin mit, hat ihn selber gesehen, „erfahrene Kollegin, kann ich vertrauen“**



→ Vertrauen in bekannte Gutachterin



→ hätte nach Aktenlage anders entschieden, aber vertraut der Gutachterin



Votum: vollschichtig

Gutachten von 06/2011 , Befundbericht von 05/2011, AfA Gutachten 2009, 2007, Diagnosen F 70 0, Klinefelter Syndrom Q 980, folgende Arbeiten: mittelschwere Tätigkeiten, keine hohen Anforderungen an das intellektuelle Niveau, geistiges Leistungsvermögen rausnehmen, keine Tätigkeiten mit hohem Publikumsverkehr, zeitweise sitzend – kann P116 nicht nachvollziehen, hat nichts, was das ausschließt – **alle Haltungsarten ankreuzen keine körperlichen Einschränkungen**, keine zeitlichen Einschränkungen, ungelernt, 6 Stunden, Reha brauchen wir nicht, LTA kommt nicht in Frage, weil er noch keine Ausbildung hat [rechtlicher Aspekt]

Entscheidungsweg: P116 – „entspricht nicht meiner Mentalität diese Arbeit“

Typisierung: „komplexer Fall“, der einfach zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P116/ Retro 1)

Rentenantrag

- ein junger Mann, 68-Jhg
- Begründung: seit dem 18. Lebensjahr Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, rechte Gesichtshälfte wie taub, ständig Geräusche im rechten Ohr, ständiger Druck im rechten Auge → **P116 denkt an Somatisierungsstörung** = aber ist untypisch, da schon ab Alter 18, kommt oft später bei wem in Behandlung? **den Psychiater kennt sie, macht gute Diagnosen, den anderen Arzt kennt sie nicht**
- es gibt keine Vorunterlagen → Befunde angefordert
- Versicherter hat selbst mitgeschickt: Epikrise von 2009: Funktionelle Darmbeschwerden, komplizierte Migräne → **„komische Diagnose“**, „schreit nach Somatisierung“ Kopfschmerzen, Apnoe Syndrom, „diffus“
- Befundbericht von Psychiater, Anfang 2010: Diagnose Spannungskopfschmerz, mittelgradige Depression, Migräne, somatische Ängste, Schlafapnoe, restless Legs? – neurologisch nichts gefunden, war alles ok, psychopathologischer Befund - **liebt den Psychiater, der macht das vernünftig** - Orientierung ist gut, Affekt wenig schwingend, Antrieb etwas reduziert, Psychomotorik unauffällig, formal geordnet, keine pathologischen Denkinhalte, keine Phobien, kein Zwang, Konzentration intakt, Intelligenz normal = F45
- Krankenhausaufenthalt 2010, Entnahme der Gallenblase = nicht so interessant

Falldarstellung

Versicherter

Jahrgang 1968

ledig, keine Kinder

Schulabschluss in Kasachstan

Kaufmann für Bürokommunikation

Landarbeiter

arbeitslos, seit er in Deutschland ist

GdB 60 (im Fragebogen angegeben)

1990 EU-Rente in Kasachstan wegen Schizophrenie

Antrag: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, rechte Gesichtshälfte wie taub, ständig Geräusche im rechten Ohr, ständiger Druck im rechten Auge

Reha über GKV 1998, 1999

Rentenantrag bereits 1994 und 2000

KHE-Bericht 10.11.09: Verdacht auf funktionelle Darmbeschwerden, DD komplizierte Migräne, rez. Cephalgien, DD bei oberstr. Schlafapnoe Syndrom ED 2006, Vestibularparoxysmen, Gallenblasenpolyp, Erosive Gastritis, Adipositas

Arztbericht NP 11.01.10: Spannungskopfschmerz G44.2, Mittelgradig depressive Episode F32.1, Migräne ohne Aura, Somatische Ängste, Unklare abdominale Beschwerden, Schlafapnoe, Restless legs, psychisch unauffällig



→ **Vertrauen in bekannten Gutachter**

- aktueller Befundbericht Psychiater 3/11, gleiche Diagnosen, aber Depression jetzt schwerwiegender, keine neurologischen Ausfälle, psychisch deutlich schlechter, multiple hypochondrische Befürchtung, kognitive Defizite, nimmt Lithium = Hinweis für Psychiater, denn Lithium ist das „**Reservemedikament wenn nüscht mehr anderes geht**“ „**der ist also wirklich krank**“
- Versicherter hat Anamneseerhebungsbogen ausgefüllt, hat alles bestätigt, Knochenschmerzen, Muskelschmerzen, Müdigkeit, kraftlos, Kopfschmerzen, beim Psychiater in Behandlung, anstatt Lithium schreibt er Fluoxetin – hat ihn begutachtet und war irritiert, was er alles erzählt hat: erste Symptome bereits ab Alter 16, ausgelöst durch ulkige Sachen: Sonneneinstrahlung, übermäßige Wärme → Hautausschläge, Bewusstlosigkeit – landete in Kasachstan (Heimat) in Psychiatrie, haben nichts gefunden
- nach Schule keine Ausbildung, er wollte studieren, Eltern nahmen ihn mit auf ihren Hof, haben ihn versorgt, hat sich als Nesthäkchen eingerichtet, jüngster von 5 Geschwistern, alle waren besorgt, hatten Mitleid, 1990: Berentung in Kasachstan angeblich wegen Schizophrenie – kam dann nach Deutschland, weiterhin gleiche Symptome, neu seit 3 Jahren: nach jedem Essen Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Augendruck, Übelkeit, Müdigkeit, muss sich hinlegen, eine Stunde ausruhen → „er kann nie arbeiten“, wenn er sich nach jedem Essen ausruhen muss
- **Tagesablauf wichtig:** steht zwischen 10 und 13 Uhr auf, liest Im Internet, macht Wechselduschen, um wach zu werden, danach legt er sich wieder hin, vor 14 Uhr könne er nicht das Haus verlassen- hat er betont → **Begutachtung war 9Uhr morgens!!** → hat normal gesprochen, hat keine Freunde, keinerlei soziale Beziehungen, besucht Vater im Tagesablauf, beim Nachhaken kamen immer mehr Infos: besucht nachmittags Kumpel zum Kaffee und Plausch, hilft Familie im Haushalt, beim Bruder gibt es große Familienfeten, hat einen Freund in einer anderen Stadt, machen oft Ausflüge und Gartenfeten → Kontextfaktoren Biografie, Partnerschaft, Familie → viele Nebeninformationen gewonnen durch Nachfragen
- „**Sozialanamnese ist „traurig**“: 10. Klasse Abschluss mit der Note 1, keine Berufsausbildung, da krank geworden nach Abschluss, wollte Ökonomie studieren, hat 3 Monate als Land-arbeiter in der Kolchosa gearbeitet, Erwachsenenqualifikation in Deutschland mit langen Fehlzeiten und psychosomatische Reha

Chirurgie 18.2.10 Gallenblase entfernt

15.3.11 NP F33.2 schwere Episode, G44.2. Spannungskopfschmerz, erhält jetzt Lithium, soll weiter auf dosiert werden

Eigene Begutachtung:

Anamneseerhebungsbogen ausgefüllt, gibt als mögliche Ursache Semipalatinsk Atomtestgelände in Kasachstan an, Lithium abgesetzt, jetzt nur Fluoxetin, AU seit 15.7.11, Erkrankung seit 16. Lebensjahr, wurde von Familie versorgt, leidet unter Bauchschmerzen, nach dem Essen müssen er sich eine Stunde hinlegen, gibt Morgentief an, ist aber 9 Uhr munter bei der DRV

BMI 31

F45.31 Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen GI-traktes

F48.0 Neurasthenie, bescheinigt unzureichende Behandlung, empfiehlt psychosomatische Reha

vollschichtig ohne Nacht- und Wechselschicht, volle Wegefähigkeit, Gefährdungs- und Belastungsfaktoren herausgenommen

Antrag 5/2011, Gutachten vom 1.6.11.

Reha-Antrag liegt am 17.6. bereits vor

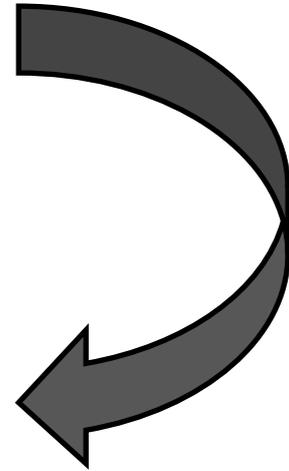
Votum vom 16.6.11 Abgabeverfügung bei Leistungen zur med. Reha

Empfehlung Reha

→ **Tagesablauf wichtig für Leistungsbeurteilung**

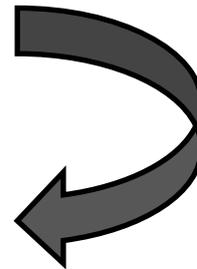
→ **Sozialanamnese ist „traurig“**

- **Rentenantrag** → hat körperlich nichts finden können – unauffällig, psychopathologisch fiel auf: ausgeprägte Somatisierung, überwiegend den Gastrointestinaltrakt betreffend, feste Überzeugung: ernsthaft krank zu sein, = sein Hauptsymptom, alles andere war unauffällig, Affekt in Ordnung, konzentriert, wach, aufnahmefähig, Abschluss mit sehr gut, war er ganz stolz drauf, hat dennoch nie eine Anstellung gefunden/gewollt
- → Diagnose: somatoforme Funktionsstörung, Neurasthenie, Minderbelastungssyndrom, Epikrise: hat über Jahrzehnte das Gefühl schwer krank zu sein → zieht sich deswegen zurück, schont sich – wird/wurde vom Psychiater nicht adäquat behandelt, nimmt Fluoxetin-behandelt im besten Fall eine leichte Depression, Lithium wurde abgesetzt, da Nebenwirkungen, ambulante Psychotherapie hat er nach 3 Sitzungen abgebrochen, eine tagesklinische Behandlung nach 2 Tagen abgebrochen → *„die wollen ja, dass es ihm besser geht,“*
- geht alle 3 Monate zum Psychiater, holt sich seine Pillen ab, **„hat sich eingerichtet wie es jetzt ist“**
- Gespräch mit Psychiater: P116 kann nachvollziehen, dass er sich krank fühlt: nach der **„jahrzehntelangen Odyssee... nicht verwunderlich“** → P116 sieht Möglichkeiten der Hilfe, sieht Besserung → **empfiehlt psychosomatische Reha „Ohne Reha gibt's sowie keine Rente, Reha vor Rente“**
- → kein Nachweis über ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten → Rente wäre völlig aussichtslos



→ **Nachempfinden, vorschlagen und empfehlen, das Beste für den Versicherten rausholen**

→ **offene Therapieoptionen: „Ohne Reha, keine Rente“**



- **Versicherter hat einen Rehantrag geschickt „also irgendwie hat das gefruchtet“** → d.h. **vollschichtiges Leistungsvermögen im alten Beruf als Landarbeiter und auf dem allg. Arbeitsmarkt**, zur Sicherung Erwerbsfähigkeit wurde **Reha empfohlen**
- Schwierigkeit: nachvollziehen des Prozesses, dass sich Jemand seit dem 16. Lebensjahr als schwer krank fühlt und keine adäquate Behandlung findet → er ist ja nicht einfach strukturiert, er war sehr intelligent, differenziert in seinen Überlegungen
- als Teil der Krankheit sieht P116 das nicht, da Krankheitsgewinn, hat sich geschont, hat sehr einfaches Leben geführt, hat aber auch darunter gelitten: finanzielle Not, Beziehungen sind dran zerbrochen, auf Vater angewiesen, Miete war zu viel → Gefühl, dass er eigentlich raus wollte, aber nicht wusste wie → passt nicht zu dieser Intelligenzstruktur → jemand der durchaus differenziert ist, dass der auch in der Lage wäre, sich Alternativstrategien zu überlegen → das fand P116 recht spannend

Gutachterstil P206 – „entspricht nicht meiner Mentalität diese Arbeit“

„Im Zweifel für den Angeklagten“
„Reha vor Rente“



Einstellung zu den Patienten	Einstellung zu den Gutachtern/ zum Gutachten
<p>Son bisschen mein Herz dran“ –müssen auch „Empfehlen und Vorschlagen“ (TAM2)</p> <p>„wäre schön, wenn man den Versicherten noch integrieren könnte (TAM2)</p> <p>„das ist bedauerlich“ (TAM1)</p> <p>„Ohne Reha gibt’s sowie keine Rente, Reha vor Rente“ (Retro 1)</p> <p>Sozialanamnese ist „traurig“ (Retro 1)</p>	<p>„P116 findet das sehr gut, wenn sie die Ärzte und Gutachter kennt – kann so abchätzen, „ob es sich lohnt Befundbericht anzufordern“ (TAM1)</p> <p>„erfahrene Kollegin, kann ich vertrauen“ (TAM1)</p> <p>„bekommt der das nicht hin, dann bekommt das keiner hin“ (TAM3)</p> <p>„liebt“ den Psychiater, der macht „das vernünftig“ (Retro1)</p>



PRO EM-Rente

- gute Qualität der Gutachten, aussagekräftig und genau
- klar erkennbare Leistungseinschränkung, auch bei langer Krankengeschichte
- keine/ kaum Besserungsaussichten

CONTRA EM-Rente

- uneindeutige Gutachten
- keine adäquaten Behandlungen
- offene Therapieoptionen, nicht ausgeschöpfte Integrationsmöglichkeiten bzw. Umschulungsmaßnahmen - Reha vor Rente
- Besserungsaussichten

4.2.3 P105 – „wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“

Von P105 liegen insgesamt 6 TAM vor. Sie ist von Beruf Kardiologin und arbeitet seit 8 Jahren als Prüfärztin. Nebenbei arbeitet sie in verschiedenen Praxen, denn Nebentätigkeiten sind ausdrücklich erwünscht. Das Arbeitsumfeld findet sie sehr angenehm, die Arbeitszeiten sind sehr gut und sie hat noch Zeit für Weiterbildungen.

Auffallend bei ihren bearbeiteten Akten ist, dass sie sehr schnell in der Aktensichtung ist, schnell entscheidet, wobei sie stets skeptisch gegenüber den Antragstellern eingestellt ist, lästert über Lebensläufe und kann ihre eigene Meinung kaum zurückhalten. Dies vermischt sich mit einem ständigen Ärger über die ihrer Meinung nach unzureichende Vorarbeit bzw. Zuarbeit der Verwaltung.

Zu ihrer Begutachtungspraxis und ihren Begutachtungsgrundsätzen:

Im Interview spricht sie davon, dass man die Patienten nur in Papierform hat, was sie zu 80% gut findet, zu 20% nicht so gut. Zu 80% ist sie froh, dass sie einige Menschen nicht sehen muss, dazu zählen vor allem die Patienten, die sich „gehen lassen“, „arbeitscheu“ sind, wobei sie der Meinung ist, dass viele ihre Rechte kennen, die Pflichten aber nicht. So findet sie, dass es in Papierform besser geht, da so die Begutachtung schneller geht, persönlich dauert es länger. Im Interview betont sie, dass sie möglichst schnell sein will, jede Akte wird aber individuell geprüft. Sie macht am Tag 40-50 Akten, mehr geht dann aber auch nicht, weil „sonst baut man Mist“. Oftmals fängt sie am Tag mit „Pipifax“ an, weil es schnell geht und sie was schafft; dann kommen Widersprüche und Klagen, dann ist sie in Hochform. Hat sie bei einem Fall keine Idee, geht sie Rauchen, dann kommen Ideen. Wie lange und wie intensiv man sich bei den Akten vertiefen will, kommt auf den eigenen Anspruch an: „manche können aber mit jedem Votum schlafen“.

P105 legt sehr viel Wert auf ein praktisches Vorgehen, d.h. sie braucht genaue Angaben vom Versicherten, was zu 50% auch nicht der Fall ist. Einen Migrationshintergrund findet sie generell schwierig, weil vieles da unklar ist. Ein Problem hat sie zum Beispiel bei arabischen Antragstellern, die sich nicht behandeln lassen, dieses „Affentheater“.

Wenn sie ein Votum macht, dann weiß sie meist, wie es weiter geht, sie muss es aber auch vertreten können. Wenn sie weiß, dass sie das nächste Verfahren verliert, gibt sie dennoch ihr Votum dagegen ab. Sieht sie keine Chance, dann trickst sie auch mal. Klagen bearbeitet niemand gerne, aber manche Klagen machen ihr Spaß, da sieht sie sich herausgefordert.

Bei ihren Begutachtungen verlässt sie sich oft auf ihr Bauchgefühl, auf ihre Intuition. Dabei sagt sie auch, dass sie nur so gut sein kann, wie die Gutachten sind. Bei allen Akten versucht sie sich, Mühe zu geben. „Ist sie auf Krawall gebürstet“, dann lässt sie Akten auch schon mal liegen, denn „da geht das Messer in der Tasche auf“.

Bei ihren Begutachtungen, die als TAM vorliegen, scheint ihr Bauchgefühl eine ständige Skepsis gegenüber den Patienten zu sein. Empathie kommt so gut wie nicht auf, ganz im Gegenteil, man gewinnt eher den Eindruck, dass sich P105 den Patienten sehr überlegen fühlt, dass sie ihr nichts vormachen können und sie ihnen auf die Schliche kommen will.

P105 entscheidet nach folgenden Dimensionen:

Hat ein Patient eine Umschulung genossen, so kommt eine Rente nicht in Frage.

Eine Ablehnung erfolgt nur mit Rehabericht, einer kürzlich abgeschlossen LTA oder mit einem Gutachten.

Da sie „Herr des Verfahrens“ bleiben will, gibt sie so viele Gutachten in Auftrag, wie notwendig, dabei hat sie den Grundsatz: Was der Hausarzt nicht veranlasst hat, ist nicht nötig, denn ihrer Meinung nach ist die DRV keine Diagnostikabteilung, dafür sind die Ärzte zuständig.

Beantragt jemand Rente, steht die Reha unter einem schlechten Stern. Psychosomatische Reha klappt meist nicht, orthopädisch eher. Das ist vor allem eine betriebswirtschaftliche Entscheidung.

So weiß sie auch, welchen Gutachten sie gut vertrauen kann und das ist vor allem dann der Fall, wenn sie die Leute kennt. Ihrer Meinung nach arbeiten viele Patienten einfach nicht mit, ein Beispiel wäre hier, dass die Menschen zu dick werden und sich selten bewegen. Daran zeigt sich ihrer Erfahrung nach, dass die DRV als Selbstbedienungsladen missbraucht wird. Deswegen ist es der Job der Sozialmediziner, die Spreu vom Weizen zu trennen. Treffen die Juristen medizinische Entscheidungen, findet sie, „dass es Mist ist“.

Entscheidungsweg: P105 „wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“

Typisierung: „komplexer Fall“, der schwer zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P105/ TAM 3)

Weiterbewilligungsantrag

- Vergleich Akte mit Versichertenbogen, „*durch die ständig monierte Überbelastung kann es schon mal passieren dass man vergisst den neuen Namen einzugeben*“
- Jahrgang 53, medizinisch, Warum hat sie ein Gutachten gemacht? „ohne Befristung“ – ist aber zeitlich aus medizinischer Sicht befristet
- → ist jetzt seit 11 Jahren hier: „*es gibt also immer wieder die Situation dass ein Problem besteht zwischen der Unterscheidung einer medizinischen Zeitrente und einer Teilzeitarbeitsmarktrente aber das ist dann eben so; muss man einfach schlucken; es versuchen zu ändern ist genauso gut wie **Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen***“

Falldarstellung

Versicherte
Jahrgang 1953
keine Kinder
Kaufm- techn. Angestellte

Generalisierte Angststörung, Unruhe Schlafstörungen, Ängste und Sorgen, depressive Symptome.
12.06.07-10.07.07 F41.1, F33.1, M42, E66, i10, <3h und AU
GA N/P 7.2.2011, < 3h F33.10, F60.6 Persönlichkeitsstörung

Erstantrag 04.05.2007

Votum pro Rente: 23.08.07 < 3h,

Verlängerungsantrag 8.11. 2010

Votum 21.03.11:
Zweifel an der compliance der AS, 3 - < 6h, Befunde reichen für volle Rente nicht aus

- ↓
- Begründung Gutachten: Anlagen fehlen, Verschlechterung, alles schlechter „*Wie hat sie schlechter beschrieben?*“: F33.1 und F41.0 waren die Gründe → psychiatrisches Gutachten: drei Jahre PT, keine hinreichende Besserung, Mobbing am Arbeitsplatz, Beginn Exarzerbation der Ängste und Depressionen des Kopf-tremors, „Jahrgang 53 → „*die wollten sie rauskanten, die war zu alt... und zu teuer so Angstzustände*“, Atemnot seit 74, Ängste um Ehemann, Ängste vor Veränderung, wird immer missverstanden → **„komisch, dass immer nur die anderen Schuld sind“**
 - **Tagesablauf „immer für mich entscheidend, weil danach kann ich gucken ob es wirklich so ... hochgradig ist“**
 - steht zwischen 6 und 10 Uhr auf; wenn sie durchschlafen konnte bleibt sie länger liegen, gemeinsames Frühstück mit dem Ehemann, Haushalt, einkaufen, spazieren gehen, Mittagschlaf, zu Bett gehen; alleine beim Ausfüllen der ausgehändigten Fragebögen wurde sie nervös, Kopf-tremor nahm zu → *„wenn sie in einer geschützten Umgebung ist, dann passiert das nicht“*
 - Befunde: Epikrise → meidet soziale Kontakte, Handlungsradius eingeschränkt, Tremor ist erheblich verstärkt unter Stresseinwirkung; geringe Anforderungserwartung, soziale Situation allgemeine Anspannung u.s.w. Kündigung nach Mobbing, mangelnde compliance bei der medikamentösen Behandlung → *„ach nee, denn die nimmt keine Betablocker wa?“* → **„Ich habe jetzt die Rente, also behalte ich die Rente so läuft es doch in der Regel und Gnade Gott ich fang da na was zu ändern“**
 - Verschlechterung angegeben, Psychotherapie mit medikamentöser Therapie → **„mit dem Befundbericht kann man auch...ins Reisebüro gehen und sich eine Reise bestellen“**

→ Eigenverschulen der Versicherten? Mitschuld?

→ Tagesablauf wichtig für Leistungsbeurteilung

→ Vermutung: Versichert e will Rente behalten
→ Befundbericht lächerlich

↓

→ **Versicherte ist fixiert darauf, nichts mehr zu machen** → Tätigkeit bis unter 3 h → nicht möglich → Leistungsbeurteilung wird nicht gefolgt, Zweifel an Compliance in der Therapie, Häuslichkeit sozial isoliert, Symptome bestehen nicht

→ **Fixierungstendenz**

- Befunde reichen nicht aus, Leistungsminderung von unter 3h zu attestieren „zack, kann sie sich gerne durchlesen; was der Quatsch hier soll weiß ich auch nicht“ → „generalisierte Angststörung also totaler Quatsch“, keine hohen Anforderungen an gutes Reaktionsumstellungs- und Anpassungsvermögen, „dass diese Dame keine Leitungsfunktion übernehmen sollte versteht sich von selbst“, kein unkontrollierter Publikumsverkehr, kaufmännisch- technische Angestellte = macht viel am Schreibtisch, „geht also“
- → Ende Zeitrente, votiert auf Dauer: Fixierungstendenz als Begründung, gegen 3 -- < 6h

→ Befunde sind „Quatsch“, reichen nicht aus

→ Abwägen im Interesse der Solidargemeinschaft, was kostengünstiger ist

→ Fixierungstendenz

- Fixierungstendenz der Versicherten ist nicht mehr zu Durchbrechen „das Ding ist doch gelaufen“ → macht sie vollschichtig, kommt Widerspruch → im Widerspruch kommt Verschlechterung: „es geht ja nochdümmer“ → dann Klage, wird verloren von DRV „überlegen was im Interesse der Solidargemeinschaft schnell und kostengünstiger ist“ → Weitergewährung
- Volle Rente? Teilrente? → kommt auf das Bundesland an, ob es Teilzeit-Jobs gibt, gibt es sie „hat sie Pech“
- „ bei Jahrgang 53 möchte ich das nicht wiedersehen“
- → Diagnosen: Persönlichkeitsstörung und eine Neurasthenie = nicht zu unterschätzen

→ Arbeitsmarktsituation entscheidet – votiert gegen volle Rente – Pech, wenn es Teilzeitarbeitsplätze gibt

→ Alter der Versicherten – die Akte will sie nicht wieder sehen

Entscheidungsweg: P105 „wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“

Typisierung: „einfacher Fall“, der einfach zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P105/ Tam 6)

Falldarstellung

Weiterzahlungsantrag

- seit 2004 eine medizinische Zeitrente
- Sichtung des letzten Votums, war von ihr, bis 2009: „oh oh“ Gewährungsgrund E66 mit einer M17.9: bedeutet: „ein bisschen dick... dann waren die Knie kaputt“ „ts ts woher kommt denn das“

Versicherte
Jahrgang 1961
Buchhalterin

Verlängerung, Rente seit 2004

E66.8 M17.9 I1000E05.9
Adipositas, Coxarthrose, Kniegelenksarthrose, seit sieben Jahren Rente, hat Magenband

→ **Eigenverschulden der Versicherten**

- Zustand nach laparoskopischer Magenbypass-OP 2007 → seitdem Verlust von 25 Kilo „**super**“
- hat P105 bis 7/11 verlängert, M17.9 vorrangig gestellt: bessere Voraussetzung Knie-TEP zu realisieren, jetzt waren wieder Probleme BWS LWS, degenerative Veränderungen, werden bei Jahrgang 61 als fortgeschritten bezeichnet, internistische Problematik keine quantitative Leistungsminderung, war Hypertonus „**kein Wunder bei dem BMI**“

M17.9 E66, es bestehen noch Behandlungsaussichten, da Knie-TEP aussteht;

Rente seit 2004

verlängert 2007

Verlängerungsantrag 3.7.09

aktueller Antrag 10.02.11

Verlängert Zeitrente, kein Dauervotum bis 4.13, keine Reha

→ **Eigenverschulden der Versicherten**

- Befundbericht, der nicht angefordert wurde, Versicherte brachte mit → hilft in der Hälfte der Fälle doch schon sehr, um schauen zu können, was passiert; in der anderen Hälfte der Fälle ist es schwierig, „**weil es im Prinzip ja nach deWünsch Dir Was Verein geht**“ → „**ich wünsche mir einen Befundbericht von dem Arzt der mir das meiste aufschreibt ohne Kenntnis weshalb man....die Rente bekommt**“

→ **Unnötiger Befundbericht von der Versicherten**

- mittelschwere Coxarthrose, Kniegelenksarthrose, Ulna-Schaft-Fraktur, Schmerzen – Warum wurde das noch nicht operiert? wiegt jetzt 106Kg, davor 99kg, Kniegelenksarthrose ist fortgeschritten, möchte die Operation noch hinauszögern „**dann kann es ja nicht mehr ganz so schlimm sein**“ → Überlegung Dauervotum, es geht seit 7 Jahren
- Buchhalterin → „**nee, bei aller Liebe**“, Gewicht von **99kg auf 106 kg angestiegen**; Knie, Versorgung noch nicht – damit jedoch Besserung zu erreichen → kein Dauervotum „**Punkt**“
- der 9 -Jahreszeitpunkt ist in 7/13 erreicht“ → macht 4/14, Frage: wegefähig? Verständigung in deutscher Sprache, Reisefähigkeit: → **nicht wegeunfähig**; wer nämlich mit der Bahn fahren kann, Treppensteigen kann und nichts anderes hat außer dieser Geschichte: der ist nicht wegeunfähig“ = wegeunfähig heißt 4x 50 Meter in 20 Min
- → **Ende Zeitrente, Reha „ist Quatsch“**, **kein Dauervotum**, trotz RB in 2004 – schreibt das hin, dass man sieht, dass sie es gesehen hat

→ **seit 7 Jahren Rente**

→ **Eigenverschulden der Versicherten**

→ **Sozialmedizinische Kriterien**

→ **kein Dauervotum**

Gutachterstil P105 – „wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“

„komisch, dass immer nur die Anderen Schuld sind“

„mit dem Befundbericht kann man auch ins Reisebüro gehen“



Einstellung zur Verwaltung	Einstellung zu den Patienten
<p>„ hab hier immer jeden Tag tolle Überraschungen erlebt“ (TAM1)</p> <p>„haben sie wieder schön vorbereitet meine Leuten“</p> <p>Verwaltung hat diesmal „ausnahmsweise“ eine richtige Vorlage gemacht...bei den Verfahren oftmals nicht“ (TAM2)</p> <p>„irgendwas stimmt doch hier nicht“; „Ach das lieb ich doch wieder“ (TAM2)</p> <p>„Was soll denn das“; „ist ja kein Wunder, da kommt ja öfter sowas“ (TAM2)</p> <p>„aber das ist bei dieser Kollegin kein Wunder, das mache ich da regelmäßig der Lerneffekt ist minus zwölf“ (TAM3)</p> <p>„entsprechende Hinweise meinerseits an die Teams sind in Schall und Rauch aufgegangen“ (TAM3)</p> <p>„muss man einfach schlucken, das versuchen zu ändern ist genauso gut wie Don Quichotte auf dem Pferd gegen die Mühlen“ (TAM3)</p> <p>„ich will nicht so viel schreiben, mir tut es sowieso schon alles weh“ ; „fertig und erledigt“ (TAM3)</p>	<p>„doll ist das ja nicht“ (TAM1)</p> <p>„damit ist das Ding erledigt...Feierabend“ (TAM1)</p> <p>„aus die Maus“ (TAM2)</p> <p>„mit dem Befundbericht kann man auch...ins Reisebüro gehen und sich eine Reise bestellen“ (TAM3)</p> <p>„zack..., kann sie sich gerne durchlesen was der Quatsch hier soll, weiß ich auch nicht“ (TAM3)</p> <p>„komisch, dass immer nur die anderen Schuld sind“ (TAM3)</p> <p>manchmal denken die Versicherten ja wir kennen ihre Ärzte persönlich durch Handschlag und ich kenne alle Ärzte in Deutschland“ (TAM4)</p> <p>„weil es im Prinzip ja nach dem Wunsch-Dir-Was Verein geht...ich wünsche mir einen Befundbericht von dem Arzt der mir das meiste aufschreibt ohne Kenntnis weshalb man die Rente bekommt“ (TAM6)</p> <p>„überlegen was im Interesse der Solidargemeinschaft schnell und kostengünstiger ist“ (TAM3)</p> <p>„manchmal ist das ja auch so, dass am Vortag vorher denn noch so gezecht wird, dass die einfach nicht in der Lage waren sich in die Bahn zusetzen“ (TAM5)</p>



PRO EM-Rente

- Bemühungen des Versicherten klar erkennbar
- gute Qualität der Gutachten, aussagekräftig und genau
- klare Leistungseinschränkungen, müssen sehr überzeugend sein
- höheres Alter und lange Krankengeschichte – was ist kostengünstiger für die Solidargemeinschaft?

CONTRA EM-Rente

- erfolgreiche Umschulung (Aufgabe des Jobcenters)
- uneindeutige Gutachten
- Alkoholabhängigkeit, Adipositas, fehlende Kooperation und Mangel an eigenen Bemühungen
- „Eigenverschulden“ des Versicherten

4.2.4 P211 – „gesundes Misstrauen gegenüber den Antragstellern“

P211 ist Allgemeinmediziner und Naturwissenschaftler. Früher war er als Krankenhausarzt tätig, wäre aber auch gerne in die Forschung gegangen. Auch an der Arbeitsmedizin war er immer schon sehr interessiert. Aufgrund fehlender Stellenangebote ist er zur DRV gegangen, bei der er seit 1991 tätig ist. Die Arbeit und der Kontakt mit Patienten fehlen ihm nicht.

Von P211 liegen 5 TAMs vor. Auffallend in seinen Begutachtungen ist, dass er wie ein Detektiv nach Beweisen und „Reizworten“ sucht, die eindeutige Einschränkungen nachweisen oder eindeutige Übertreibungen („*viel beschrieben, nichts gefunden*“) beschreiben. P211 macht in seinen Ausführungen deutlich, dass die sozialmedizinische Begutachtung mit sozialen Problemlagen konfrontiert ist und die Bevölkerung hier abgebildet wird. „*Alles landet hier, was in der Bevölkerung passiert.*“ Gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen werden z. B. in der Antragsstellung auf eine medizinische Reha reflektiert. Bei schlechter Konjunktur werden weniger Reha-Anträge gestellt, da eine Arbeitsplatzunsicherheit die Leute eher veranlasst, auch bei Beschwerden weiter zu arbeiten. Als wesentliche Einflussfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtung und auf die Antragsstellungen sieht P211 Reformen, gesetzliche Neuerungen und Konzepte (z.B. Rente mit 67, Verhinderung von Altersarmut).

Gegenüber den Antragsstellern spricht P211 grundsätzlich von einem „*gesunden Misstrauen*“, was vor allem die Motivation zur Antragsstellung betrifft. Die Motivation zur EM-Rentantragsstellung würde seiner Meinung nach auch häufig von Seiten anderer Leistungsträger, wie dem Arbeitsamt oder Krankenkassen gegeben, die den Betroffenen häufig einen „*Tipp*“ geben.

EM-Rentanträge werden seiner Meinung nach auch auf Grund rationaler Überlegungen gestellt. Einflussfaktoren seien hierbei z.B. die Arbeitsplatzsituation sowie die familiäre Situation (Gering- bzw. Alleinverdiener). In den Anträgen sucht P211 immer nach Hinweisen, die auf eine Übertreibung des Versicherten hindeuten. Seine Arbeit empfindet er als „*Detektivarbeit*“, da es vielerlei Möglichkeiten gibt zu täuschen: z.B. gibt es spezielle Formen externer ärztlicher Gutachten, die von Ärzten erstellt werden, die dafür sind, ein Leiden zu finden, für das die Betroffenen auch lange Reisen auf sich nehmen; weiterhin gibt es bestimmte Internetforen, in denen sich Betroffene austauschen, wie sie die Chancen einer EM-Bewilligung erhöhen können.

Strategie bei der Entscheidungsfindung

Bei der Aktensicht fängt P211 von hinten an („*retrograd nicht orthograd*“). Die Akten sind nämlich chronologisch von vorne (ältere Dokumente) nach hinten (die aktuellsten Dokumente) geordnet und durchnummeriert.

Die Akten haben 3 Hauptteile: (1) alles Versicherungsrechtliche kommt zuerst, (2) dann alles medizinische und (3) in den Umschlagseiten sind ungelochte Dokumente, die manchmal eine Fundgrube darstellen.

Bei der Entscheidungsfindung folgt P211 einer bestimmten Strategie. Zunächst geht es darum, die in der Akte dokumentierten Fakten zu bestätigen. Dies geschieht anhand der Fach- und Hausarztgutachten sowie anhand der vorliegenden Befunde. Danach geht er nach dem Ausschlussverfahren vor und konsultiert hierfür die externen Gutachten und erstellt ein Leistungsbild. Gegebenenfalls konsultiert er ärztliche oder juristische Kollegen und schaut, ob die Gutachter etwas übersehen haben. Letztendlich muss er bedenken, dass seine Entscheidungen auch vor Gericht Bestand haben müssen.

Er führt zudem an, dass er häufig als Gutachter vor Gericht hinzugezogen wird. Inzwischen gewinnt die DRV häufiger diese Verfahren. Grund hierfür sieht er in der neuen Richter-Generation, die auch häufiger kritisch beim Hausarzt des Betroffenen nachfragt, z. B. warum keine andere Therapie erfolgte.

Als Sozialmediziner ist er ausschließlich für die medizinische Beurteilung des Restleistungsvermögens des Antragsstellers zuständig und beurteilt dessen positives wie negatives Leistungsvermögen. Die soziale Komponente spielt dabei keine Rolle und wird von ihm ausgeblendet. Allerdings beschreibt er gleichzeitig die ganzheitliche Sicht auf den Fall, so führt ein gutes ärztliches Gutachten dazu, dass er den Patienten vor sich sieht. Er entwirft ein biopsychosoziales Bild vom Patienten und sucht gezielt nach Brüchen in der Arbeitsbiografie. Für diese biographischen Brüche sucht er dann nach medizinischen Hintergründen. Auch wird geprüft, ob die erhaltenen Therapien mit dem Erkrankungsbild übereinstimmen. Die ganzheitliche Sicht auf den Patienten hat er schon lange vor Einführung der ICF gemacht. Diese Klassifikation hilft seiner Meinung nach nicht weiter und ist eher als Gegenstandskatalog zu verstehen. Die Festlegung der Leitdiagnose hängt davon ab, womit die größten Funktionseinschränkungen verbunden sind (Hinweis auf die --> Verschlüsselungsanweisungen).

Die Verwaltung liest dann sein Gutachten und muss herauslesen können, was der Antragsteller kann, was er nicht kann, und welche Hilfe er benötigt. P211 weist darauf hin, dass der Antragssteller zwar gefragt wird, was er hat oder was ihm fehlt, z.B. der Arbeitsplatz oder ein Auge; die Frage jedoch: „Wie sieht der Alltag des Betroffenen aus?“ wird nicht gestellt.

Im Zusammenhang mit der zeitlichen Begrenzung der EM-Rente (seit 2001) auf 3 Jahre erklärt er, dass ihm diese Begrenzung auch nicht ganz schlüssig sei. Zum einen die 3 Jahre, zum anderen die Begrenzung an sich. Grundsätzlich muss nun bei einer sozialmedizinischen Begutachtung davon ausgegangen werden, dass sich der Zustand des Antragstellers mittelfristig bessert. Das sieht er allerdings nicht so und meint zudem, dass wenn dann jemand seine Rente hat, wird er sie auch gern behalten wollen und Folgeanträge seien Routine.

P211 gibt an, für die Bearbeitung einer Akte von 20 Sekunden bis 2 Stunden zu benötigen.

Sozialmedizinische Professionalität

Die Professionalität des Sozialmediziners macht er an folgenden Punkten fest:

1. Die Fachgebietsspezifika des Mediziners als Sozialmediziner ermöglicht das Erkennen von Zusammenhängen, Aktivitäten, Defiziten, Teilhabemöglichkeiten bzw. – einschränkungen,
2. kann mögliche Alltagshilfen identifizieren und warum der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zurecht kommen könnte,
3. erlaubt Zukunftsprognosen,
4. kann abschätzen, ob eine medizinische Reha-Besserung verspricht (Abschätzung der Erfolgsprognose) oder ob LTA-Empfehlungen zu geben sind,
5. kennt die Leitlinien und kann die wichtigsten ‚Reizworte‘ erkennen und weiß, wonach er gucken muss,
6. kann sich in andere Fachrichtungen einarbeiten und ist ganzheitlich orientiert und
7. kann aus Fehlern lernen.

P211 merkt hier an, dass er ca. 5 Jahre Arbeitserfahrungen und Weiterbildungen benötigt, um sich in seiner Funktion ausreichend sicher zu fühlen.

Entscheidungsweg: P211 „gesundes Misstrauen gegenüber den Antragstellern“

Typisierung: „komplexer Fall“, der einfach zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P211/TAM3)

Widerspruchsverfahren

- Reha-Entlassungsbericht: Altenpflegerin 3h, allgemeiner Arbeitsmarkt >6h, Rhizarthrose, linker Daumen M18, da ist eine Prothese eingesetzt worden, LWS und Hypertonie, M54 und I10, MDK-Gutachten, 01/2009 die Rhizarthrose, aus medizinischer Sicht weiter AU, gelegentliches Heben bis 20kg, Bücken, Rhizarthrose rechts nach Endoprothese → Rhizarthrose links → hier wird nur links genannt, die Prothese, eine Implantation einer Endoprothese im Januar 2009, Reha aufgrund Empfehlung Arzt und Krankenkasse, 1,77 108, Finger-Boden-Abstand 61 **„das ist Quatsch“**
- Hüften und Knie völlig schmerzfrei, Opposition zu den Fingern 2 und 5, linker Daumen → ist das linke, nicht rechte **„Händchen“**, Abschlussgespräch: Finger-Boden-Abstand 47cm **„Hurra“**, 20h als Alten-Pflegerin, Demenzstation
- internistisches Gutachten: 3x Meniskus operiert, Reha, Dauerschmerz Unterarmen – **„Armen? Oder wo oder wie?“**, Medikamente gering, Kreislauf in Ordnung, 110 zu 75, Finger-Boden-Abstand 10cm, psychisch unauffällig, Oberextremitäten untere Extremitäten frei aktiv, Entzündungszeichen nicht nachweisbar, keine Atrophien, Senkung 18 26, EKG, Sinusrhythmus; Ergometrie; 2 Min, 75 Watt, Abbruch wegen Knie, Lungenfunktion in Ordnung, Sonografie des Abdomens unauffällig, Rhizarthrose links, angeblich neue Operation, **„gut das muss alles nicht stimmen“**, >6h und mehr, Votum A und B Stelle: <3h, >6h → **„das sehe ich auch so“**

- → Ablehnung **„logisch“**: Helferin, Widerspruch, Befundbericht der Internistin aus dem Oktober: chronische LWS Syndrom, Rhizarthrose links, komplizierter Verlauf, chronische Lungenerkrankung; Stadium GOLD 2, **„wohl auch Murks“**, als Reinigungskraft Berufsunfähigkeit **„ach Gott ach Gott“**

→ Zweifel an Befunden

Falldarstellung

Versicherte
Jahrgang 1957

Antrag gestellt wegen Arthrose der Gelenke, Rückenleiden, Bluthochdruck, chronische Bronchitis

Reha vom 8.4.10 bis 29.04.10
Reha E M18.1 Rhizarthrose, Z96.6
Endoprothese Digitus I links im Sattelgelenk, M54.5 LWS-Syndrom; I10.00 Art. Hypertonie, J44.99 Chron Bronchitis, <3h als Altenpflegehelferin; >6h im allg AM, 177cm, 108kg

Attest 10/2010, bescheinigt <3h wegen LWS, rhizarthrose, Hypertonie, Lungenerkrankung

Besch. 5.12.2010 verlangt orthop. GA, da intern. Erkr. nicht rentenrelevant
BB Innere 16.1.11 bescheinigt Verschlechterung, AU mehr als 6 Monate in den letzten 2 Jahren

GA des MDK Niedersachsen vom 13.10.09: AU auf Zeit, Rhizarthrose rechts Z96.6; M18.9

GA Innere vom 21.8.2010 Diagnose: Rhizarthrose, LWS Syndrom, Art. Hypertonie, chron Bronchitis, zweimal >6h mit Einschränkungen im Bereich Gefährdungen, M181; M54.5, J44

GA Ortho 15.2.2011 jeweils <3h und fehlende Wegefähigkeit, M18; M48.00 Spinalkanalstenose; M17 Gonathrose

Antrag 18.06.10

Votum vom 27.08.10 <3h im alten Beruf, >6h im allg. AM, wegen voller Belastbarkeit der Hand

Ablehnung 22.09.2010

Widerspruch 11.10.10 mit beiliegendem Attest

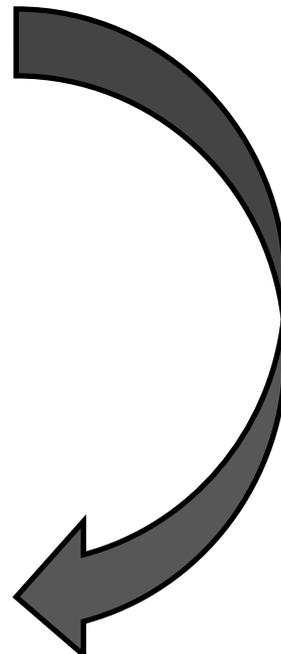
Votum vom 17.03.2011 vollschichtig im allg. AM, Kontrolle beim Operator der Fingergelenkprothese abwarten.

- Widerspruch, **„das ist nicht gerade üppig oder elegant“** → Rechtsschutz: Bitte, Beschwerde abzuhefen
- ärztliche Bescheinigung, gleiche nochmal → ein internistisches Rentengutachten nicht aussagekräftig genug, um die Rentenrelevanz der orthopädischen Erkrankungen zu bewerten



- Finger-Boden-Abstand 10cm, *„da erwarte ich eigentlich nichts wieso hier < 3h angegeben wurde ist bislang ein Rätsel“*
- Befundbericht von gleicher Stelle, schwere Wirbelsäulen im Bereich der Belastung – Fragen: Medikamente? Wo sind die Einschränkungen?
- orthopädisches Gutachten *„verblüfft“*: >3h *„das glaubt man nicht“*: gehen 45 Minuten beschwerdefrei, schwimmen, schmerzfrei, keine Verstärkung beim Niesen, 11 10 1, durchgeführte PRT *„was soll das sein“* Ibuprofen 800 zweimal, täglich, Formoterol 2x täglich, Massage, Therapie, überreicher Ernährungszustand: 105,2 kg = 30kg Übergewicht
- Lagewechsel zügig, zügige Reklination endgradige Funktionsprüfung der Wirbelsäule, evtl. Funktionseinschränkung; Finger-Boden-Abstand jetzt 41cm, vollständiger Faustschluss beidseits; Fingerkuppenhohlabstand 0, Spitzgriff beidseits; mobiles Daumensattelgelenk, am linken Arm, Schonhaltung mit Berührungsschmerz des Unterarmes und des Daumens bei reizloser Narbenbildung, physiologische Hohlhandbeschwellung beidseits → **„da stimmt doch was nicht“**: *„warum zum Teufel ist denn das Handgelenk davon betroffen?“*
- Schulter in Ordnung, Beine in Ordnung, eine gewisse Demonstrationsneigung nicht zu übersehen, die grobe Kraft wird mit links Null demonstriert → *„da stimmt was nicht, damit könnte sich die Gute weder an- noch ausziehen“*
- geklagte Beschwerden sind glaubhaft wegen einer nachgewiesenen Enge des Spinalkanals, längeres Sitzen allerdings auch nicht → *„wo haben wir denn den Spinalkanal? Warum überhaupt aktuell... wo sind denn die Beschwerden dazu? Lasegue-Zeichen negativ; das stimmt doch hinten und vorne nicht“*
- Summation der Funktionsbehinderungen; zur Zeit aufgehoben; erneute Vorstellung beim Operateur, **„warum zum Teufel nur 500-600Meter, ob es mehrmals täglich möglich ist, wäre fraglich; das ist doch Quatsch mit Soße“**

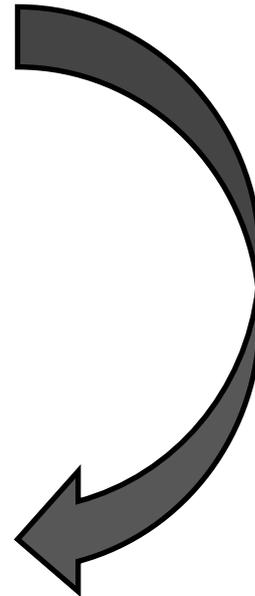
→ Befunde nicht nachvollziehbar



- hierzu weitere Heilungsbewährung abzuwarten „was sind denn das für Typen?“, für die 2 Jahre sollte soziale Umfeld abgesichert sein → „was meinen die denn damit? Ab ins Heim? ach Mensch, das ist ein bisschen friesisch herb“
- Faustschluss vollkommen intakt → „nee Leute; so nicht, so auf gar keinen Fall“ – im Ergebnis ist das orthopädische Gutachten hinsichtlich der Leistungsbeurteilung für den allgemeinen Arbeitsmarkt **„vornehm ausgedrückt nicht ansatzweise nachvollziehbar“**
- für den März ist eine Operation oder eine Kontrolle angesetzt „und diesen Bericht werden wir uns mal zu Gemüte führen“

→ Gutachten nicht nachvollziehbar

- → Akteneinsicht möglich, orthopädische **Gutachten ist für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht ansatzweise plausibel**, Faustschluss beidseits komplett, bei funktioneller Einhändigkeit müssten Probleme beim Ein- und Ausziehen sichtbar sein, hierzu keine Hinweise, Angabe der Händigkeit fehlt, es liegen keine Bewegungseinschränkungen für die Beine vor, um Zweifel an der Gehfähigkeit äußern zu können
- **für den allgemeinen Arbeitsmarkt bisher 6 h und mehr, Kontrolle beim Operateur, Bericht anfordern**



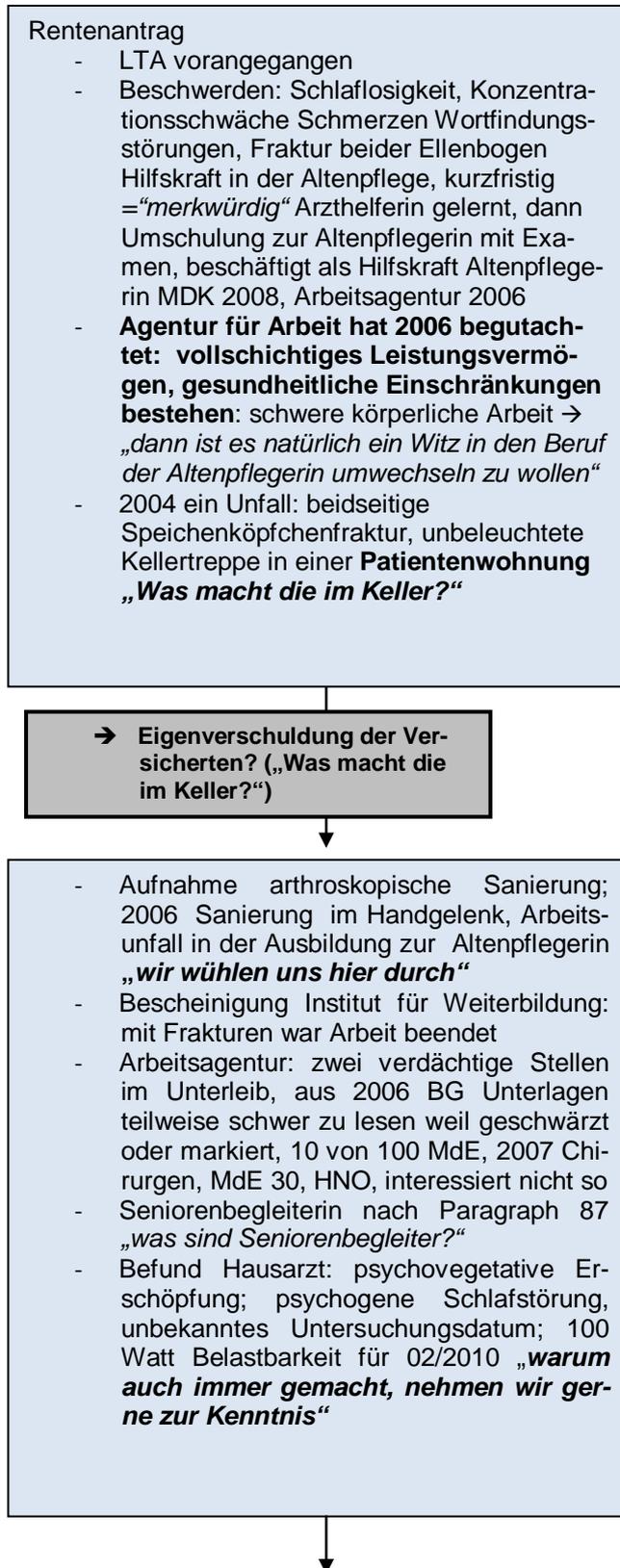
- „**Sie haben meine Kommentare gehört, das ist natürlich heftig** ... eine **sehr gefällige Begutachtung**, offensichtlich kennen die sich da im friesischen Raum und das muss man nicht durchgehen lassen, hätte der entsprechend noch ein bisschen was ausgeschmückt der Gutachter; dann hätte man sagen können okay...; wenn die mir schon was türken, dann müssen sie das durchgängig machen; dann hätte ich auch gar keine Chancen, aber dann hätte ich auch gesagt, ja aber warum findet der Internist nichts; oder warum sagt die Reha-Klinik, da ist nichts; warum findet nur er das; ne? **das stinkt**“

→ Unterstellung: gefälschtes Gutachten bzw. Auftragsgutachten

Entscheidungsweg: P211 „gesundes Misstrauen gegenüber den Antragstellern“

Typisierung: „komplexer Fall“, der einfach zu entscheiden ist

Entscheidungsschritte (P211/TAM5)



Falldarstellung



- Arbeitsunfähigkeit seit November, ohne Diagnosen, nervenärztliches Gutachten: jahrelangen kräftezehrenden Rechtsstreit mit der BG hingewiesen → Schlaflosigkeit, Konzentrationschwäche, Schmerzen, Wortfindungsstörungen, nervenärztliche Behandlung, 1 Behandlung dieses Jahr, Mitrazepin 50mg, halbe Tablette für den Abend „Gottchen Gottchen“
- 15 Stufen einer Kellertreppe hinuntergestürzt, mehrere Brüche, Ohroperation 2008, Arbeitslosigkeit 2008, Tätigkeit in einem kleinen Altenheim gefunden: baute Beschäftigungsangebote für Demenzerkrankte auf



- kürzlich eine gynäkologische Operation, klimakterische Beschwerden, Hormonpräparateinnahme geplant, Durchschlafstörungen, niedrig dosiertes Medikament, habe nicht geholfen; 75kg, 154 cm ist Posa, in ländlicher Umgebung aufgewachsen, letzte Tätigkeit gut gefallen, wegen körperlicher Beschwerden und Erschöpfung aufgegeben, *Privatleben sei ausgeglichen; riesengroße 270 qm großes Haus, 5000qm Garten, haben einen Gärtner, Tochter wohnt in der Nähe „hört sich jetzt ja alles sehr schön an“, Tagesablauf „ist Friede Freude Eierkuchen“*
- psychischer Befund, kleinwüchsige Versicherte *„was heißt hier schon kleinwüchsig, 154 cm ist nicht kleinwüchsig Herr Kollege, das ist Quatsch“*
- Stressbelastung vermeiden, müde, Lustlosigkeit, intellektuelle Fähigkeiten lang hingezogen, mittelgradige Erschöpfung weitgehend unbehandelt, stationäre psychosomatische kommt in Betracht, nicht

→ Eigenverschuldung: Übergewicht

→ Lebenskontext der Versicherten „Friede Freude Eierkuchen“



- orthopädisches Gutachten: Arbeitsunfähigkeit seit November, wegen einer Unterleibsoperation; *„na das müsste doch schon langsam verheilt sein“*
- sie hat Führerschein, fährt jedoch nicht mehr, Naturheilmittel, zur Verbesserung der Darmflora, bei Bedarf Ibuprofen
- Januar laparoskopische Lösung von Verwachsungen, linke Adnexe ex, Gehstrecke mit 500m in 10-15 Minuten angegeben *„ist aber getrödelt“*
- 75kg bei 154cm, in den letzten 2 Jahren 18 kg bewusst abgenommen *„wir gratulieren“*, Beweglichkeit; HWS ist unauffällig; Schulter ist unauffällig; obere Extremitäten; Rechtshänderin; Ellenbogen beidseits nicht geschwollen
- Finger-Boden-Abstand 40cm; Hüften in Ordnung, Knie in Ordnung; Röntgen? *„Röntgenaufnahmen sind vollkommen überflüssig Kollege“*

→ keine überzeugenden Gutachten



- **„viel beschrieben, nichts gefunden“**
→ „Verdachtsdiagnose somatoform; ja wenn uns nichts mehr weiterhilft dann machen wir sowas“

- Altenpflegerin: 6h und mehr, leichte bis mittelschwere, keine Reha



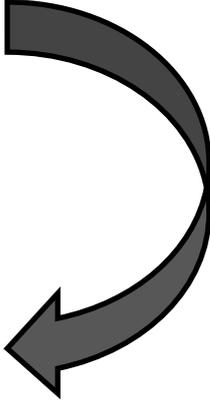
Entscheidung

- Akteneinsicht, keine weiteren Ermittlungen, **6h und mehr, 6h und mehr, leichte bis mittelschwere, überwiegend Tag, durchschnittliche Konzentration; Bücken, Knien, Zugluft vermeiden**

- Diagnosen: bedarfsweise, behandelbare depressive Episode, ohne besondere Funktionsstörung, ohne besondere Bewegungseinschränkungen → **„hat nichts, kriegt nichts“**



→ Somatoform als „Ausweg“



→ „hat nichts, kriegt nichts“

Gutachterstil P211 „gesundes Misstrauen gegenüber den Antragstellern“

„noch nicht so dramatisch“
 „viel beschrieben, nichts gefunden“



Einstellung zu den Gutachten	Einstellung zu den Patienten
<p>„könnte etwas schöner formuliert sein“ (TAM2)</p> <p>„da ist nichts, da ist nichts, da ist nichts“ (TAM2)</p> <p>„viel beschrieben, nichts gefunden“ (TAM5)</p> <p>„Röntgenaufnahmen völlig überflüssig Herr Kollege“ (TAM5)</p> <p>„nicht gerade üppig“ (TAM2)</p> <p>„Verdachtsdiagnose somatoform; ja wenn uns nichts mehr weiterhilft dann machen wir sowas“ (TAM5)</p> <p>nicht mehr als 5 kg tragen „das ist Murks, das hat schon die deutsche Handtasche“ (TAM2)</p> <p>„das sehe ich anders“ (TAM2)</p> <p>„auch was für die Annalen“ (TAM2)</p> <p>„gefällige Begutachtung“ (TAM3)</p> <p>„das stinkt“ (TAM3)</p> <p>„vornehmlich ausgedrückt: nicht ansatzweise nachvollziehbar“ (TAM3)</p> <p>„das ist Quatsch Herr Kollege“ (TAM5)</p>	<p>„noch nicht so dramatisch“ (TAM2)</p> <p>Appetit normal „wie gut, dass er nur normal ist“ (TAM2)</p> <p>Berufsunfähigkeit als Reinigungskraft „ach Gott ach Gott“ (TAM3)</p> <p>„Quatsch mit Soße“ (TAM3)</p> <p>„gut, dass muss alles nicht stimmen“ (TAM3)</p>



PRO EM-Rente

- gute Qualität der Gutachten, bildhafte Beschreibung des Patienten
- „echte Gutachten“, keine „Auftragsgutachten“
- klar erkennbare Leistungseinschränkung

CONTRA EM-Rente

- keine überzeugenden Einschränkungen „hat nichts, kriegt nichts“
- offene Therapieoptionen

4.3 Welche Faktoren beeinflussen den Begutachtungsverlauf und dessen Entscheidung?

Das Vorgehen bei den ausgewählten Think Aloud Protokollen und den Retrospektiven Gesprächen weist bei allen Gutachtern/-innen große Ähnlichkeiten auf, auch wenn die Berufserfahrung mit Blick auf die Schnelligkeit der Aktenbearbeitung wirksam wird. Für die Entscheidungsfindung gehen die Gutachter in unterschiedlicher Weise in die „Tiefe“; bei drei der untersuchten geschieht dies fallweise, die noch eher neue Gutachterin bemüht sich, alle Akte möglichst gründlich zu lesen. Hier zeigt sich aber auch ein Haltungsunterschied, der sich insgesamt durch das Gutachterspektrum - nicht nur der im Ergänzungsbericht ausgewählten - zeigt; man kann allgemein Gutachter nach den Polen eher „antragstellerfreundlich“ und eher „antragstellerskeptisch“ unterscheiden. Dies lässt sich auch auf einer anderen Ebene so formulieren: eher die Perspektive der Solidargemeinschaft und einer gesamtökonomischen Rationalität verpflichtet versus einer eher dem Einzelnen und einer alltagsweltlichen Nutzenökonomie verpflichtet.

Einer der Befragten sieht die sozialmedizinische Begutachtung explizit („natürlicher Code“) als Kunst; er bestätigt damit die auch sonst bereits im Hauptbericht gefundenen Ergebnisse. Mit Blick auf die heuristisch vorgenommene Fallcodierung (A = leichte Fälle, die leicht zu entscheiden sind bis D = komplexe Fälle die leicht zu entscheiden sind) lassen sich prinzipiell keine deutlichen Unterschiede in der Art der Fallbearbeitung feststellen, wohl aber in der Einschätzung dessen, was als „leicht“ zu entscheidender und als „schwer“ zu entscheidender Fall gilt. Bei Letzteren (B = leichte Fälle, die schwer zu entscheiden sind und C = komplexe Fälle, die schwer zu entscheiden sind) - häufig sind es Fälle, bei denen psychische Beschwerden, Schmerzen oder aber lange Krankheitsbiografien und/oder sich überlagernde Krankheiten (Multimorbidität) vorhanden sind, wird die Akte vertieft studiert, werden ggf. weitere Gutachten eingeholt, der „Haus- und Hof-Gutachter“ im Hause einbezogen und auch die Kontextfaktoren näher betrachtet. Die dabei gewonnenen Informationen weisen einen hohen Komplexitätsgrad, der nicht durch einfache Checklisten zu einer befriedigenden Entscheidung führt, sondern durch eine „klinische“, d.h. fallbezogene sozialmedizinisch begründete und von den bereits als Rahmungen (vgl. 4.4.) genannten Interaktion zwischen Fallkonstellation und Gutachterkonstellation abhängt.

Aktenlageentscheidungen werden getroffen, ohne den Versicherten zu sehen. Dies ist für den einen Prüfarzt eine große Herausforderung, ein anderer Kollege ist froh, dass er keinen Patientenkontakt mehr hat. Unter den Experten herrscht Konsens, dass bei **klarer Befundlage** bzw. bei bestimmten Erkrankungen und „**messbaren**“ **Befunden**, die Entscheidungen gut nach Aktenlage nach **sozialmedizinischen Kriterien** 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“, wobei diese Einschränkungen und Folgen und eine nicht absehbare Besserung einfacher zu bewerten sind.

Entscheidend hierbei ist, ob vorhergehende Rehabilitationsmaßnahmen eine Besserung errbracht haben. Bestehen **offene Therapieoptionen**, wird in den meisten Fällen sowieso keine Rente begründet. Die Schwierigkeit besteht letztendlich darin, zu erkennen, ob jemand aufgrund einer Krankheit/Behinderung nicht mehr erwerbsfähig ist. Sind die therapeutischen Mittel bereits ausgeschöpft, kann in vielen Fällen kein „Durchbruch“ durch eine Reha zu er-

warten sein. 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 bringt. Weiterhin spielt die **Art, Schwere und Verlauf einer Erkrankung** eine große Rolle im Entscheidungsprozess. Eine klare **Trennung von rein somatischen Leiden und psychosomatischen Leiden** erweist sich als schwierig. Hier ist eine wesentliche Unsicherheit im Entscheidungsprozess zu erkennen.

Ein weiterer Unsicherheitsfaktor betrifft die **Beurteilung des Leistungsbildes**, die durch eine unvermeidbare Fehlerwahrscheinlichkeit gekennzeichnet ist. Hier spielen vor allem die **Qualität der Dokumente**, die Befunde und Gutachten sowie die Dokumentation, welche die Einschränkungen des Versicherten aufzeigen sollen, eine wichtige Rolle. So ist es wichtig, wie die Akte aufbereitet, die Dokumente geordnet sind und welche Gutachten und Befunde in der Vordergrund treten, welche in den Hintergrund rücken. Auch die Ausführungen und Formulierungen der Gutachter sind dabei entscheidend sowie ob der Gutachter dem Prüfarzt bekannt ist, denn das Vertrauen in die Gutachten ist bei bekannten Gutachtern größer.

Nicht in allen Rentenakten ist es möglich, sich ein Bild von den konkreten **Lebensverhältnissen** zu machen. Die Prüfarzte können den Rentenanträgen und Versicherungsverläufen den Familienstand und die Zahl der Kinder entnehmen. Einige Versicherte schildern ihr tägliches Leben sehr ausführlich. 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. In einzelnen Fällen können die Lebensverhältnisse für die sozialmedizinische Entscheidung relevant werden. So kann es vorkommen, dass die Versicherten ihre alltäglichen Belastungen (Pflege von Angehörigen, Versorgung kleiner Kinder, aufwändige Arbeit in Haus und Garten) und Freizeitaktivitäten (Sport, Freunde) sowie ihre soziale Unterstützung schildern und die Prüfarzte 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. Dies liegt zum Teil aber auch daran, dass in den orthopädischen Gutachten der Tagesablauf nicht so ausführlich erfragt wird wie in den psychiatrischen Gutachten. Die Einbeziehung der konkreten Le-

bensumstände des Versicherten ist für die Prüfärzte insofern immer problematisch, als sie hier immer weitgehend auf die Aussagen des Versicherten sowie auf die Dokumentation angewiesen sind.

Einen nicht zu vernachlässigen Einfluss haben die **Kontextfaktoren**, die die soziale Lage und das **Bild des Versicherten** beschreiben. So können unterschiedliche Entscheidungen auf die unterschiedlich realisierte Einbeziehung von Kontextfaktoren durch den jeweiligen Mediziner zurückzuführen sein. Der Aspekt des Einbezugs von Kontextfaktoren, wie die soziale Lage, regionale Arbeitsmarktsituation und das Alter des Versicherten in die Beurteilung eines Falles wird in den Interviews unter drei Gesichtspunkten durchaus auch widersprüchlich diskutiert.

So heißt es, dass

(1) Kontextfaktoren bei der medizinischen Sachaufklärung keine Rolle spielten und nur nach der Leistungsfähigkeit beurteilt werde,

(2) Kontextfaktoren dürfen/sollten keine Rolle spielen, können aber im Rahmen des Entscheidungsprozesses nicht ganz ausgeblendet werden und

(3) Kontextfaktoren spielen eine Rolle bei der Sachaufklärung und Entscheidungsfindung und dienen dazu, sich ein Bild vom Versicherten zu machen; daher werden sie bewusst mit einbezogen. Es sind also gerade die Kontextfaktoren bzw. die Art und Weise der Krankheitsbewältigung durch den Antragssteller, die die Prüfärzte zu beurteilen haben. So können Entscheidungen über die EM-Renanträge nicht nur durch die ärztliche Kompetenz, sondern auch durch den gesellschaftlichen bzw. institutionellen Auftrag begründet gesehen werden.

Zu Beginn der Aktenbearbeitung erfolgt meist eine Orientierung über den Lebenskontext des Versicherten, die allerdings sehr unterschiedlich ausfallen kann. So wird der Name genannt, um die Akte zu personalisieren oder es werden Alter und Geschlecht festgestellt. 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. Auch wird des Öfteren geprüft, ob die Bearbeitungsvorlage aus der Verwaltung tatsächlich zur vorliegenden Akte gehört. Die Überlegungen zu Alter und Geschlecht des Versicherten sind eng an der Frage der sogenannten Kontextfaktoren verknüpft, die für die sozialmedizinischen Entscheidung bedeutsam sind. In unterschiedlichem Maße machen sich die Prüfärzte mit der Biografie und den Lebensverhältnissen des Antragsstellers vertraut. Das **Alter** des Versicherten wird als unmittelbarer Faktor der Krankheitsbewältigung aufgefasst. Einer jüngeren Person werden bessere Regenerations- und Kompensationsfähigkeit zugeschrieben als älteren Personen. So wird sich bei jungen Versicherten auch die Frage gestellt, wie sich eine so frühe Berentung auf die weitere Biografie auswirken würde, in dem Fall eine Ausgrenzung aus Berufsleben, welche von hoher sozialer Bedeutung ist. Daher zögern die Prüfärzte, jungen Versicherten die Erwerbsunfähigkeit zu bescheinigen. Bei älteren Versicherten zeigt sich, dass bestimmte rehabilitative

Maßnahmen, wie Umschulungen oder Weiterbildungen, nicht mehr machbar sind. 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 Fällen kann das Alter als letzter Entscheidungsfaktor eine Rolle spielen, der eine medizinisch gesehen offene Entscheidung zur Rente hin tendieren lässt. Im Gegensatz dazu wird das **Geschlecht** der Versicherten 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 konkrete Hinweise, dass das Geschlecht als solches bei der sozialmedizinischen Beurteilung eine Rolle als Entscheidungskriterium spielen könnte.

Der Prozess der Aktenlageentscheidungen ist darüber hinaus eingebettet in die **aktuelle Arbeitsmarktsituation** in der Region des Versicherten. Nicht in allen Fällen wird die Berufsbiografie des Versicherten vom Prüfarzt komplett nachvollzogen. 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. Erstere genießen noch den 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. Häufig ist der Fall, dass 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, d.h. über 6h für möglich halten. Die Entscheidung, ob die aus sozialmedizinischer Sicht vorhandenen Restfähigkeiten für den allgemeinen Arbeitsmarkt reichen und wenn ja, für welche Tätigkeit, wird durch die Verwaltung gefällt. Der Sozialmediziner nimmt nur die medizinische Leistungseinschätzung vor. Der Versicherte ist bei ausreichender Leistungsfähigkeit damit wieder dem Risiko des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgesetzt so wie jeder andere Arbeitssuchende auch. Ein Sonderfall ist die teilweise Erwerbsminderung, die bei „**verschlossenem Arbeitsmarkt**“ ebenfalls zu einer vollen Erwerbsminderungsrente führen kann, wenn die Versicherten keinen Teilzeitarbeitsplatz finden können. Dabei ist den Prüfärzten auch bewusst, dass eine angespannte Arbeitsmarktlage in der Region des Antragsstellers einen Einfluss auf sein Rentenbegehren haben kann.

In zahlreichen Fällen in dieser Untersuchung ist der **Antragssteller arbeitssuchend**. Dieser Umstand veranlasst, so die Prüfärzte, viele Versicherte, einen Rentenantrag zu stellen. Hinzu kommt aus der Sicht der Prüfärzte, 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 und Sanktionen geknüpft ist. Dem Rentner können

keine Bewerbungen oder Fort- und Weiterbildungen abverlangt werden. Auch die mehr oder minder ausdrückliche Aufforderung zum Rentenantrag durch andere Sozialversicherungsträger (Jobcenter) spielt eine Rolle. Vor diesem Hintergrund kann die Motivation zum Rentenantrag kritisch betrachtet und hinterfragt werden, 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.

Steht eine Entscheidung medizinisch gesehen „auf der Kippe“, dann kann die Berufsbiografie als zusätzliches Entscheidungskriterium herangezogen werden. So kann eine kontinuierliche Berufstätigkeit auch unter widrigen Bedingungen als Hinweis auf das Bemühen des Versicherten ausgelegt werden, für den eigenen Unterhalt zu sorgen. 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.

Insofern ist bei der Mehrzahl der EM-Anträge von einer Verquickung von Krankheit und Beschwerden auf der einen und der sozialen Lage auf der anderen Seite auszugehen, die in der Entscheidung oft nicht klar entwirrt werden kann.

Der Kern der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrenten ist letztendlich die medizinische **Feststellung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens**. Die bereits genannten Kontextfaktoren und Überlegungen kommen erst zum Tragen, wenn die Interpretation der medizinischen Fakten die Entscheidung nicht vollständig oder eindeutig determinieren kann. So ist die erste Frage, ob die im Rentenantrag 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 Prüfarzte entnehmen den Unterlagen 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. Dabei wird im einzelnen Fall geprüft, wie glaubhaft, schlüssig, qualifiziert und neutral die Dokumente sind. 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 im Einzelfall und nur im Einzelfall zu prüfen, ob der Zusammenhang zwischen Leiden und Erwerbsfähigkeit, der geltend gemacht wird, auch plausibel ist

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. 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, wobei eine große Zahl qualitativer Einschränkungen nicht zwangsläufig auch zu einer quantitativen Einschränkung führen und anders herum. Hier zeigt sich eine komplizierte und unklare **Beziehung zwischen vorliegenden Befunden und dem angegebenen Befinden** des Versicherten. Die bloße Befindlichkeit des Versicherten, die nicht auf überzeugende objektivierbare Befunde gestützt wird, kann keine Rente begründen.

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**. 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. 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. 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

gen 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.

4.4 Fallrahmung

Die beiden folgenden schematischen Darstellungen kontrastieren die unterschiedlichen Rahmungsvorgaben zwischen „Fall“ und „Gutachter“. Der Gutachter organisiert die in der Akte vorliegenden Informationen so, dass die Entscheidung unter fachlicher, d.h. medizinischer Perspektive möglichst „wasserdicht“ ist; die Bewertung der einzelnen Aspekte und von „kritischen Konstellationen“ - etwa ein starkes Auseinanderfallen zwischen Befund und Befinden - wird je nach Erfahrungshintergrund (welche Urteile hat es in vergleichbaren Fällen bei Widersprüchen schon gegeben) und grundsätzlicher Haltung (eher versichertenfreundlich oder -skeptisch) erfolgen; eine sozialmedizinische Plausibilisierung wird dabei meist gelingen, ohne dass dabei wesentliche Daten „übersehen“ oder fehlerhaft bewertet würden. Selbst die als relativ zeitstabil anzunehmenden Gutachterhaltungen - egal ob sie vornehmlich aus biografischen Erziehungseinflüssen, Sozialisationsprozessen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen bestehen oder sich durch die Erfahrungen in der gutachterlichen Berufstätigkeit verstärkt, verändert oder überformt haben - dürften aufgrund der Komplexität der Fälle nicht als durchgängiger gutachterbezogener „Bias“ die Gutachten verfälschen: schon die Ergebnisse der Hauptuntersuchung haben hier gezeigt, dass in zentralen Fragen der Bewertung ein hoher Konsens innerhalb der Gutachter zu verzeichnen ist, der durch *regelmäßige Peer-Begutachtungsrunden* mit Fallarbeit noch weiter differenziert werden könnte und zu einer *Sensibilisierung* gegenüber bei einzelnen Gutachtern vorhandenen *Scheinkausalitäten* und *„Kettenargumenten“* - wie z.B. „Adipositas, Arbeitslosigkeit, Schulden und da weiß man warum Rente“ - beitragen und zumindest dazu anregen, Stereotype (wie z.B. „arbeitsscheu“; Rentenversicherung als „Selbstbedienungsladen“) im Diskurs zu relativieren. Dies würde auch dazu beitragen, dass die Diskussion über den *Einbezug von Kontextfaktoren* und ihre *Gewichtung* neu aufgegriffen werden muss; dazu trägt nicht nur die festgestellte breite Spanne bei, die zwischen folgenden Polen liegt: der Fall darf nur „rein medizinisch“ betrachtet werden, bis hin zu „konkrete Lebenssituation“ muss Teil der Bewertung sein. Aus den analysierten Fällen

ergeben sich darüber hinaus drei Sichtweisen, die wenn schon nicht direkt widersprüchlich, doch in einem gewissen Spannungsverhältnis stehen und zu einer diskursiven Klärung bei ort- und Weiterbildungen herausfordern:

- die ganzheitliche Sicht auf den "Fall" im Sinne der ICF - die zwar nicht als Klassifikationssystem wirke, aber als "Gegenstandskatalog" orientierend wirke, wie ein Befragter dies ausdrückte - betrachtet die Teilhabebeeinträchtigung auf dem Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund von Kontextfaktoren wie soziale Lage, soziale Einbindung, Familie. etc;
- eine stereotype Sicht auf die Person des Antragstellers, in die wenig reflektierte Vorurteile, diskriminierende Begrifflichkeiten (z.B. "dickes Monster") oder die beschriebenen scheinbaren Kausalketten bei einzelnen Prüfärzten einfließen;
- die Berücksichtigung von Kontextfaktoren kann für die Antragsteller/-innen sowohl positive (Erkennen spezifischer Belastungen) als auch negative Auswirkungen (wer zum Bahnhof gehen oder seinen Haushalt besorgen kann ["mittelschwere Tätigkeit], kann auch auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten) auf die Antragstellung haben.

4.4.1 Was rahmt den Fall?

Das vorliegende Schema ist so zu verstehen, dass die Aspekte des Aktuellen EM-Antrags (bzw. des Antrags auf Weitergewährung) den Fall dominieren und auch das weitere Vorgehen des Gutachters bestimmen: ist der Sachverhalt eher klar und daher - zumindest auf den ersten Blick - leicht entscheidbar oder handelt es sich um einen komplexen Fall, der - zumindest auf den ersten Blick - schwerer zu entscheiden ist. Behandlungs- und Reha-Verlauf sowie Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit liefern dann erste Hinweise, ob man in die Tiefe gehen und weitere Befunde, Gutachten anfordern muss. Die Gewichtung des Alltags, insbesondere der Alltagsstruktur hat bei psychischen Störungen besonderes Gewicht; hier kommen dann öfter auch die anderen Kontextfaktoren stärker zum Tragen als bei „rein“ körperlichen Erkrankungen; das Alter spielt im Zusammenhang mit den Befunden, dem Befinden und im Kontext von Arbeitsmarktchancen faktisch eine wichtige Rolle.

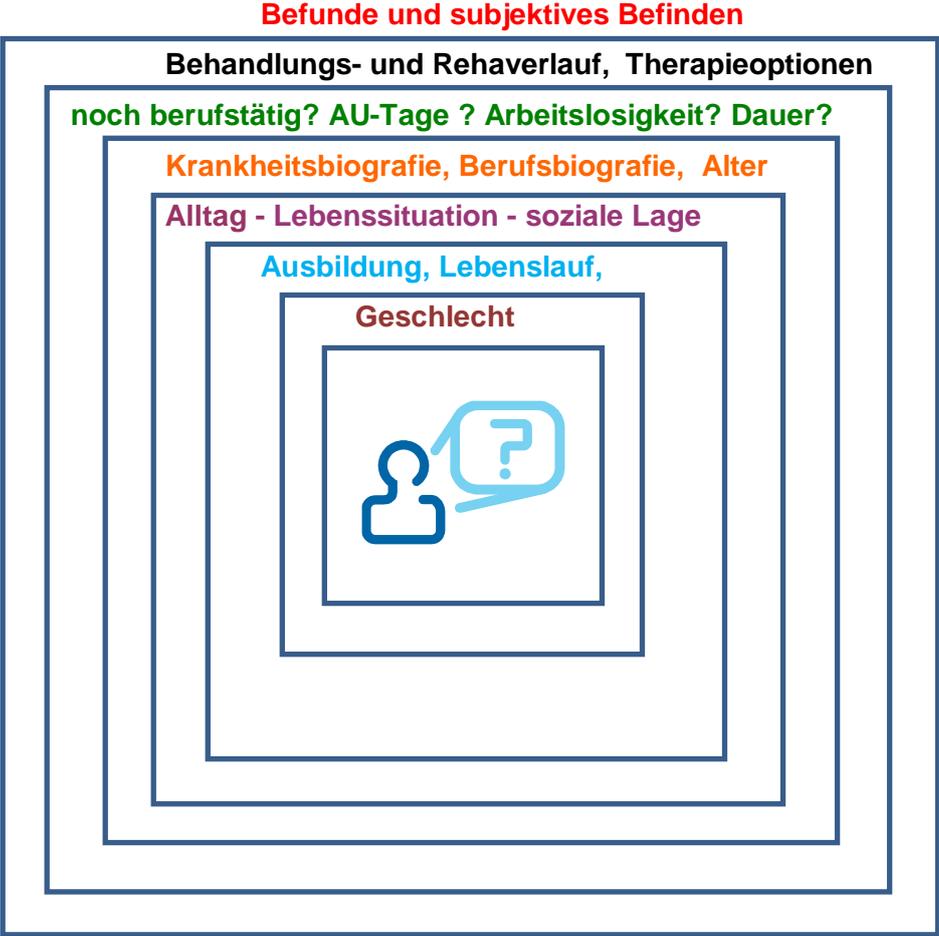


Abbildung 2: Fallrahmung

4.4.2 Was rahmt den Gutachter?

Das Schema ist so zu verstehen, dass die im Material am stärksten wirksamen und zugleich am deutlichsten sichtbar werdenden Aspekte von außen her nach innen angeordnet sind. Zwar beeinflussen generelle Haltungen (z.B. versichertenfreundlich vs. versichertenskeptisch) die Entscheidungstendenz im Einzelfall gleichsam als Zünglein an der Waage, für die eigentliche Entscheidung erweisen sie sich jedoch von untergeordneter Bedeutung. Das (sozial-)medizinische Fachwissen und das aufgeschichtete Erfahrungswissen aus unzähligen Routineentscheidungen bilden den Entscheidungskern (z. B. P206: „Lehrsätze“, „Regeln“); rechtliche Vorgaben werden generell sehr genau beachtet, auch wenn sie zuweilen als problematisch (z.B. als wirklichkeitsfern oder als ungenau: „verschlossener Arbeitsmarkt“) empfunden werden. Der Organisationsrahmen wird bei Entscheidungen antizipatorisch in Rechnung gestellt, so dass es zu Opportunitätsentscheidungen kommt (z.B. Rentengewährung, um Widersprüche zu vermeiden, wenn man die Argumentationskette des Richters voraussehen kann; aber: vgl. P116). Die doppelte Professionalisierung macht sich auch bei langjährigen sehr erfahrenen Gutachtern im Sinne eines „klinischen“ fallbezogenen Blickwinkels bemerkbar.

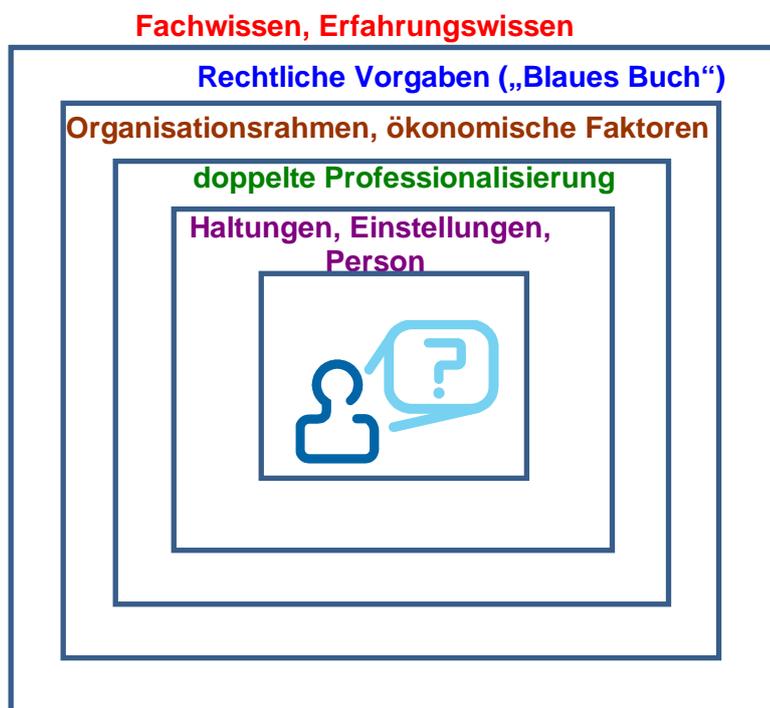


Abbildung 3: Gutachterrähmung

4.5 Auswirkungen und Konsequenzen unterschiedlicher Rahmenbedingungen auf die Entscheidung

Arbeitserfahrung als Prüfarzt	Grundhaltung des Prüfarztes	doppelte Professionalisierung
<p>laut P211 braucht man 5 Jahre Arbeitserfahrung, um sich in seiner Tätigkeit sicher zu fühlen Hier zeigt sich die Bedeutung der Erfahrungsaufschichtung für die Entwicklung systematischen Routinen</p> <p>z.B.</p> <p>→P116 ist er seit 2 Jahren als Prüfarztin tätig: ist bei der Entscheidungsfindung langsamer, liest die Befunde sehr gründlich</p> <p>→P206 ist seit 18 Jahren bei der DRV tätig, arbeitet sehr routiniert, weiß, worauf er achten muss und liest sinnvoller</p>	<p>→P206 – Fälle „wasserdicht“ nach sozialmedizinischen Lehrsätzen, wenig Empathie gegenüber Versicherten, vereinzelt Vorurteile und Stereotypenbildung (verfestigte „Ketten“-Perspektive: z.B. „Adipositas, Arbeitslosigkeit, Schulden, da weiß man, warum Rente“)</p> <p>→P116 – Empathie gegenüber den Versicherten, „Empfehlen und Vorschlagen“ → liest Gutachten mit Blick auf individuelle Lebenslage und Lebenssituation, nimmt sich mehr Zeit; dies kollidiert mit den Durchschnittsnormen („Schlagzahlen“)</p> <p>→P105 – durchgängig skeptische Grundhaltung gegenüber den Versicherten, viele wollen sich bei der DRV bedienen → schnelle Entscheidungsfindung auch mit wenig Informationen, allerdings muss man sich Bild über die Gesamtlage machen</p>	<p>Prüfarzte sind vordergründig Berater der Verwaltung und fungieren nicht in ihrer ärztlichen Handlungskompetenz, müssen sie sich von der „Helferrolle“ distanzieren und die Befunde auf Plausibilität prüfen, d.h. sie fällen ein soziales Urteil auf medizinischer Grundlage</p> <p>z.B.</p> <p>→P116 fällt schwer, denn ihr fehlt der Patientenkontakt sowie die Eingriffsmöglichkeiten → so wurde sie anfangs darauf aufmerksam gemacht, dass ihre Entscheidungen verwaltungsrechtlichen Ansprüchen nicht gerecht werden → zeigt den Versicherten sehr viel Empathie gegenüber, möchte Vorschläge und Empfehlungen (Reha, WfbM)</p> <p>→P105 dagegen fehlt der Patientenkontakt größtenteils nicht und sie ist froh, dass sie einige Menschen (arbeitscheue) nicht sehen muss → sie legt viel Wert auf praktisches Vorgehen und möchte schnell sein → bei den Begutachtungen verlässt sie sich auf ihr Bauchgefühl und ist den Patienten gegenüber sehr skeptisch eingestellt</p>



4.6 Zusammenfassung: Was rahmt den Entscheidungsweg?

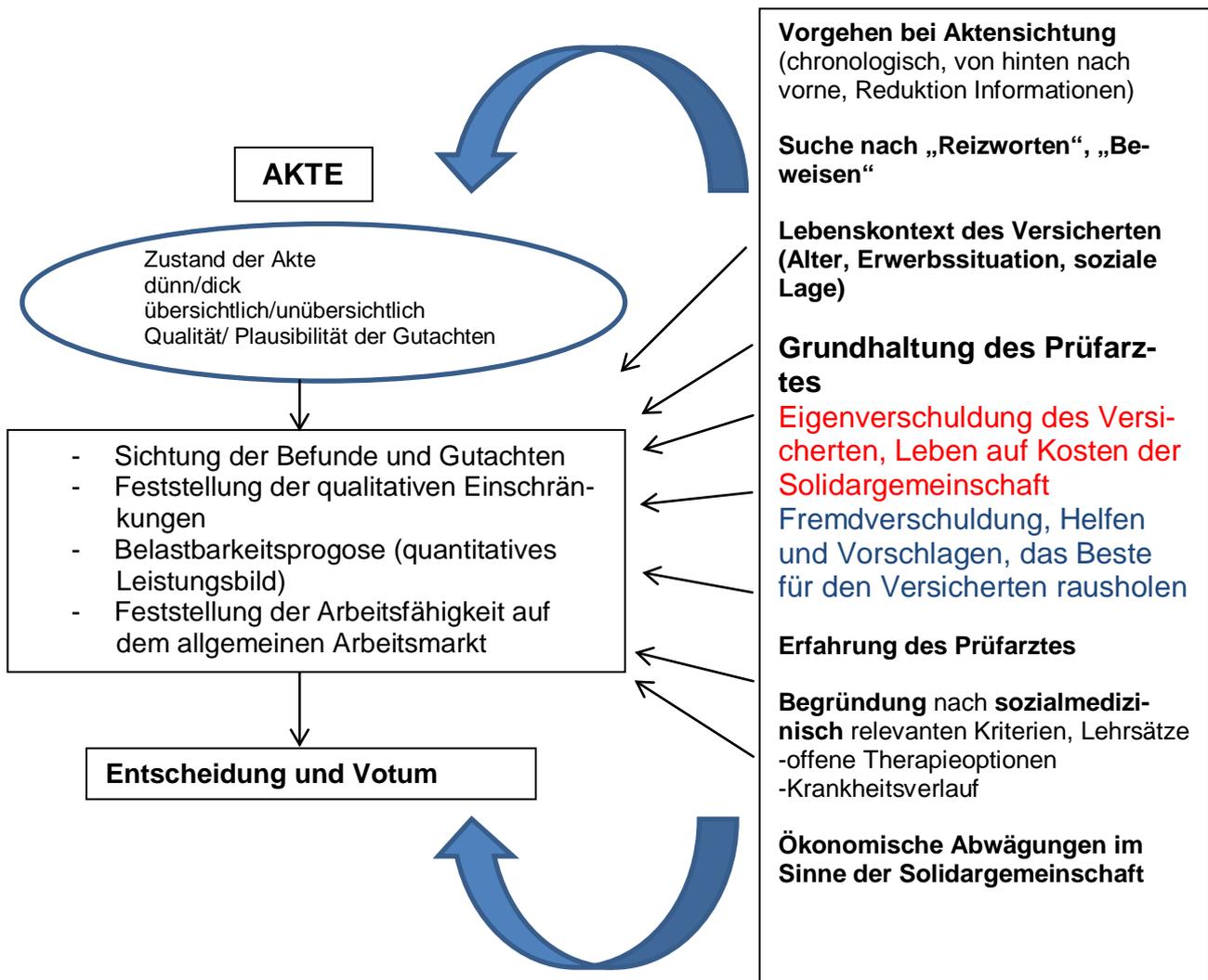


Abbildung 4: Rahmung des Entscheidungsweges

Zusammenfassende Einschätzung: Sozialmedizinische Aktenlageentscheidungen und die Wege der Überbrückung von Deduktionslücken

Ausgangspunkt der Analyse der Entscheidungsheuristiken war zunächst die Spezifikation des besonderen Entscheidungstypus, mit dem die Prüfarzte bei der Beurteilung von EM-Rentenansprüchen 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 Prüfarzte ihre Entscheidung auf der Grundlage bereits verarbeiteter und verdichteter und daher reduzierter Informationen, die in der Akte vorhanden sind, treffen müssen. Überspitzt könnte man formulieren: der Prüfarzt bewertet Befunde und Gutachten im Kontext der vorhandenen Routinedaten und ggf. vorliegender persönlicher Anschreiben von Antragsteller_innen, die ihre besondere Situation darstellen und damit den Antrag näher begründen wollen (letzteres geschieht jedoch eher selten: meist liegt nur der ausgefüllte Antrag vor): kurz der Gutachter gutachtet über die Arbeit der medizinischen Kollegen in der Praxis und reinterpretiert die Befunde unter *sozialmedizinischen* und organisationsbezogenen Aspekten. 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. Dazu geht er „detektivisch“ vor - eine Aussage, die in den Gesprächen imd Interviews häufig auftaucht. 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 Prüfarzte 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.

Entscheidungs determinanten

In den Ergebnissen zu den genutzten Heuristiken und zur Herstellung von accountability haben wir drei Dimensionen von Entscheidungs determinanten 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 Verslossenheit) 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 tätigkeitsbedingten 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 eine klinischen Fallinterpretation, d.h. auch hier zeigt sich die sozialmedizinische Praxis als eine wissenschaftlich gut begründete, rechtlich gerahmte, durch unvermeidliche Opportunitätspraxen der Organisation nach innen wie außen und durch technisch-verfahrensgeprägte Kunstlehre. Variationen in den Entscheidungen