

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Divergierende Einschätzung des Leistungsvermögens von Rentenklägern in Gutachten des Rentenversicherers und der Sozialgerichte bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Heike Ebert

aus Berlin

Hamburg 2010

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 5.7.2011**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Dr. U. Koch-
Gromus**

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Härter

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. X. Baur

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	5
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1. Das System der sozialen Sicherung in Deutschland- gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit/ Erwerbsminderung	6
2.2. Die sozialmedizinische Begutachtung bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente	10
2.2.1. Rentenanspruchs-, Widerspruchs- und Klageverfahren	10
2.2.2. Begutachtungsverfahren in der DRV Berlin	16
2.2.3. Begutachtung durch Sozialgerichte	19
2.3. Qualität von Gutachten, Qualitätssicherung und Stand der Forschung zur Qualität medizinischer Gutachten	21
2.3.1. Qualitätsanforderungen an sozialmedizinische Gutachten	21
2.3.2. Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung – gesetzliche Grundlagen und Verankerung in der sozialmedizinischen Begutachtung der DRV Berlin	24
2.3.3. Stand der Forschung zur sozialmedizinischen Begutachtung	30
2.3.4. Qualitätssicherung in der DRV Berlin – Verfahren, Ergebnisse, interne Statistiken	31
3. Fragestellungen und Hypothesen	36
4. Methodik	38
4.1. Studiendesign und Durchführung, Instrumentarium, Quellen der Datenerhebung	38
4.1.1. Studiendesign und Durchführung	38
4.1.2. Instrumentarium	39
4.1.3. Quellen der Datenerhebung	41
4.2. Auswertungsstrategien	42

5. Ergebnisse	44
5.1. Stichprobenbeschreibung	44
5.2. Einflussfaktoren auf den Ausgang des Rentenklageverfahren	47
5.2.1. Soziodemografische Parameter	47
5.2.2. Verfahrensbezogene Parameter	57
5.2.3. Sozialmedizinische Parameter- Einfluss des Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung auf den Ausgang der Rentenklageverfahren	71
5.3. Prädiktoren für den Ausgang der Rentenklageverfahren	74
5.4. Inhaltliche Analyse der Rentenklageverfahren mit divergenter Leistungsbeurteilung in Gutachten der DRV Berlin und der Sozialgerichte	80
5.5. Fallbeispiele	98
5.5.1. Fallbeispiele mit Ausgang für die DRV Berlin	98
5.5.2. Fallbeispiele mit Ausgang für den Versicherten	101
6. Diskussion	103
7. Ausblick und Empfehlungen	119
8. Zusammenfassung	121
9. Literaturverzeichnis	123
10. Anhang	137
11. Danksagung	149
12. Lebenslauf	150
13. Eidesstattliche Erklärung	152

1. Einleitung

2003 wurde in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Berlin, vormals Landesversicherungsanstalt (LVA) Berlin, eine systematische Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Gutachten zu Anträgen auf Renten wegen Erwerbsminderung eingeführt. Die Prüfung der Gutachten erfolgte nach dem Grundsatz: Jeder Gutachter prüft und wird geprüft. Der beabsichtigte positive Effekt des erhöhten Engagements der Gutachter bezüglich der Qualität ihrer eigenen Gutachten trat ein: die Zahl der als unbrauchbar einzuschätzenden Gutachten sank im Verlauf der fortgesetzten Qualitätssicherung. Hinzu kam jedoch eine erhöhte Sensibilität für die Qualität der sozialmedizinischen Gutachten der Kollegen auch aus anderen Institutionen- des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Arbeitsämter/Arbeitsagenturen und der für die Sozialgerichte in Rentenklageverfahren erstellten Sozialgerichtsgutachten. Insbesondere bei relevanten divergierenden Leistungseinschätzungen wurden die fremden Gutachten aufmerksam betrachtet und den hauseigenen Gutachten kritisch gegenübergestellt. Neben relevanten neuen medizinischen Aspekten fanden sich auch Fehler und Mängel formaler und inhaltlicher Art in den eigenen und fremden Gutachten. Gelegentlich ergab sich auch der Anschein eines tendenziösen Entscheidungsverhaltens einzelner Gutachter, also eine auffällig häufige Rentenbefürwortung oder eben Rentenablehnung. Die hausinterne Erfassung der entsprechenden Voten aller Sozialgerichtsgutachter in Rentenklageverfahren gegen die DRV im Jahr 2005 untermauerte diesen Eindruck. Eine erste orientierende, ebenfalls hausinterne Untersuchung des Entscheidungsverhaltens aller in der und für die DRV tätigen Gutachter 2006 zeigte homogenere Resultate. Aus diesen Ergebnissen und Erfahrungen erwuchs der Wunsch nach einer fundierten Untersuchung zu den Gründen für abweichende Leistungsbeurteilungen in Gutachten der Deutschen Rentenversicherung Berlin und der Sozialgerichte und damit zur Reliabilität sozialmedizinischer Gutachten.

2. Theoretischer Hintergrund

Die Ausführungen zum theoretischen Hintergrund sollen zum Verständnis der Bedeutung sozialmedizinischer Gutachten für den Einzelnen und die Gesamtgesellschaft beitragen. Dazu werden das System der sozialen Sicherung, die Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten und der Stand der Forschung und Qualitätssicherung sozialmedizinischer Gutachten dargestellt.

2.1. Das ärztliche Gutachten im System der sozialen Sicherung in Deutschland - gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Berentung wegen Erwerbsminderung/ Erwerbsunfähigkeit

In einer Gesellschaft, in der der Einzelne seinen Lebensunterhalt üblicherweise durch Erwerbstätigkeit bestreitet, ist es von existenzieller Bedeutung, Vorsorge gegen den Verlust der Erwerbsmöglichkeiten zu treffen. Der Aufbau des gigantischen Werks der Sozialversicherung in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts sollte insbesondere die Arbeiter, die damals noch die überwältigende Mehrheit der abhängig Beschäftigten stellten, gegen Risiken wie Alter, Krankheit, Unfall (Invalidität) oder Erwerbslosigkeit schützen. Auf Initiative des damaligen Reichskanzlers Otto von Bismarck leitete Kaiser Wilhelm I. mit seiner „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17.11.1881 den Aufbau einer Arbeitnehmersversicherung offiziell ein. Der Staat sollte fortan für die Existenzsicherung seiner Bürger verantwortlich sein. Es galten folgende Grundsätze:

- Finanzierung der Rente durch vorherige Beitragszahlung des Versicherten
- Beaufsichtigung und Beteiligung des Staates an der Sozialversicherung
- Selbstverwaltungsprinzip mit Zusammenfassung von Aufgaben der Verwaltung, Rechtssprechung und zum Teil auch Rechtssetzung
- Arbeitgeber und Versicherte haben volles Mitspracherecht über eine von ihnen gewählte Vertreterversammlung
- Beteiligung der Arbeitgeber am Beitragsaufkommen zur Sozialversicherung.

Vorläufer der heutigen Sozialgerichte waren zunächst die Schiedsgerichte, nach der Reichsversicherungsordnung vom 19.7.1911 dann die bei den Verwaltungsbehörden gebildeten Versicherungsämter, Oberversicherungsämter und Senate des

Reichsversicherungsamtes. Das Reichsversicherungsamt wurde nach dem 2. Weltkrieg stillgelegt. Die Rechtsunsicherheit endete mit dem Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 3.9.1953 und der Errichtung des Bundesgerichts für die Sozialgerichtsbarkeit (Bundessozialgericht) auf Grundlage von Artikel 95 Grundgesetz am 11.9.1954. (VDR 2003 und Mutz et al. 2004)

Das System der sozialen Sicherung in Deutschland der Gegenwart stützt sich auf 3 große Säulen:

1. das Sozialversicherungssystem
2. das Versorgungssystem
3. das Fürsorgesystem.

Die Verwaltung der Einrichtungen des sozialen Sicherungssystems obliegt öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Anstalten sowie zum Teil privaten Selbsthilfeorganisationen der Kirche und Wohlfahrtsverbänden.

Formen der Sozialleistungen sind Heilbehandlungen, Heil- und Hilfsmitteln, Gesundheitsförderung, Krankheitsvorsorge und -früherkennung, Leistungen bei Schwangerschaft/ Mutterschaft, Haushalts- und Betriebshilfen, medizinische und berufliche Rehabilitations- und Fördermaßnahmen, Entschädigungsleistungen und Geldleistungen wie Renten, Kranken- und Verletztengeld, Pflegegeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Grundsicherung, gewährt. Daneben werden weitere Ausgleichs- und Vorsorgeleistungen gewährt wie z.B. Bildungs- und Ausbildungsförderung und Kinder- und Jugendhilfe.

Nachfolgend sollen die drei Säulen des Sozialversicherungssystems kurz erläutert werden unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Zu 1. Das Sozialversicherungssystem

Das Sozialversicherungssystem umfasst

- a) die Gesetzliche Rentenversicherung
- b) die Gesetzliche Krankenversicherung
- c) die Gesetzliche Pflegeversicherung

- d) die Gesetzliche Arbeitslosenversicherung
- e) die Gesetzliche Unfallversicherung.

Zu 1a) Die gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat als Leistungsträger des sozialen Sicherungssystems die Aufgabe, durch wiederkehrende Geldleistungen die Folgen von Minderung der Erwerbsfähigkeit, Erreichen der (Renten-) Altersgrenze oder Tod des Versicherten finanziell auszugleichen. Im Fall von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit / Erwerbsminderung infolge Krankheit werden Lohnersatzleistungen (Renten, gegebenenfalls auch als Hinterbliebenenrenten) bzw. zur Vermeidung einer Rentenzahlung Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation und Berufsförderung erbracht. Zusätzlich werden Zuschüsse zur Krankenversicherung und Hilfe bei der Kinderbetreuung gewährt.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und wird paritätisch von den Versicherten und Arbeitgebern in Selbstverwaltung geführt. Zum 31.12.2006 gab es in der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt 71 Millionen lebende Versicherte und es wurden insgesamt 24,6 Millionen Renten gezahlt. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Versicherte 2005/2006)

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt überwiegend aus Beiträgen des Arbeitslohns/-entgelts, die bislang zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet werden. (Ausnahmen bilden die Künstlersozialkasse mit Beiträgen von Veranstaltern und Staat sowie die Knappschaft mit einem Arbeitgeberanteil von zwei Dritteln.) Für Lohnersatzleistungen - hierzu zählen Arbeitslosen-, Kranken-, Verletzten-, Übergangs- und Unterhaltsgeld- werden Rentenbeiträge unter anderem von der Bundesagentur für Arbeit, den Krankenkassen und der Unfallversicherung getragen. Hinzu kommen Bundeszuschüsse.

Der durchschnittliche monatliche Rentenzahlbetrag bei Erwerbsminderung betrug 2006 in der DRV Berlin-Brandenburg 582,65 Euro. Diese Durchschnittsrentenhöhe ist deutlich niedriger als die durchschnittliche Erwerbsminderungsrente in der DRV Bund von 696,01 Euro bzw. dem Mittelwert aller Regionalträger von 595,81 Euro. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang 2006). Diese Unterschiede resultieren aus den niedrigeren Einkommen der in der ehemaligen Arbeiterrentenversicherung DRV Land Berlin (früher Landesversicherungsanstalt

LVA) vorrangig versicherten Arbeiter gegenüber den Versicherten der ehemaligen Angestelltenversicherung DRV Bund (früher Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA).

Die gesundheitsbedingte Frühberentung ist von gravierender individueller und gesamtgesellschaftlicher Bedeutung: Die jährlichen Kosten für diese Rentenzahlungen von 20,4 Milliarden Euro im Jahr 2003 entsprechen 2,9 Prozent der gesamten Sozialausgaben (Robert-Koch-Institut 2006). Zudem entgehen der Rentenversicherung die Beitragszahlungen. Die demografische Entwicklung und die Heraufsetzung des Beginns der Regelaltersrente auf 67 Jahre dürfte diese Problematik zukünftig eher verschärfen.

Zu 2. Das Versorgungssystem

Das Versorgungssystem bezieht sich auf Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Beschädigte und Hinterbliebene nach dem 1. Sozialgesetzbuch SGB I, insbesondere bei Kriegs- und Wehr- oder Zivildienstbeschädigung oder als Opfer anderer Gewalttaten.

Träger sind die Versorgungsämter, die Kreise und kreisfreien Städte und Hauptfürsorgestellen.

Zu 3. Das Fürsorgesystem

Das Fürsorgesystem beinhaltet Leistungen der Sozialhilfe und Kriegsofopferfürsorge. Das Sozialhilferecht wurde 2003 grundlegend reformiert und als 12. Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII), das im Zuge der so genannten Hartz IV-Regelungen am 1.1.2005 in Kraft trat. Nunmehr wird Sozialhilfe im engeren Sinne nur für Erwerbsunfähige auf Zeit (bei fehlendem versicherungsrechtlichen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente bzw. für den Lebensunterhalt zu geringer Rentenhöhe), Vorruheständler mit niedriger Rente, Langzeiterkrankte, hilfsbedürftige Kinder und Jugendliche geleistet. Daneben sind im SGB XII auch die Regelungen für die Grundsicherung für dauerhaft erwerbsunfähige Personen und Altersrentner mit niedriger Rente enthalten. (Koch, W. et al. 2008)

In all diesen Bereichen des sozialen Sicherungssystems werden Ärzte als sozialmedizinische Gutachter tätig. Die individuelle Feststellung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist Aufgabe der sozialmedizinischen Begutachtung. Auch wenn der

ärztliche Gutachter als Sachverständiger formal juristisch nicht über die Gewährung oder Ablehnung einer beantragten Leistung entscheidet, stellt das sozialmedizinische Gutachten in der Praxis doch häufig die wesentliche Grundlage für die Verteilung von zunehmend limitierten Sozialleistungen dar.

2.2. Die sozialmedizinische Begutachtung bei Anträgen auf Erwerbsminderungs-/ Erwerbsunfähigkeitsrente

2.2.1. Rentenantrags-, Widerspruchs- und Klageverfahren

Die bei der gesetzlichen Rentenversicherung - Deutsche Rentenversicherung des Bundes und der Länder sowie der Knappschaft/Bahn/See (früher Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA und Landesversicherungsanstalten LVA) - Versicherten können einen Antrag auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung stellen (früher Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente). Die Antragstellung erfolgt zum Teil auf Anraten behandelnder Ärzte oder Anregung anderer Sozialleistungsträger, oft auch aus Eigeninitiative. Ein Teil der Rentenantragsteller wird durch Rentenberater, Rechtsanwälte oder Sozialverbände wie den Deutschen Gewerkschaftsbund DGB, den **Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)** und den Sozialverband VdK Deutschland e.V. (1950 als **Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e.V.** gegründet) vertreten, es gibt jedoch keine Vertretungspflicht. Zunächst werden verwaltungsseitig vom Rentenversicherungsträger die Zuständigkeit und das Vorliegen der so genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß § 43 Abs. 1, 2 und 3 und § 45 Abs.1 und der §§ 240, 241, 242 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI geprüft: Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren sowie mindestens 3 Jahre Pflichtbeitragszeiten in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen als erfüllt gelten, wird regelhaft der sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung mit der sozialmedizinischen Sachaufklärung zur Einschätzung des Leistungsvermögens des Versicherten beauftragt. Nach dem Amtsermittlungsgrundsatz im Sozialrecht nach §§ 20 und 21 des 10.

Sozialgesetzbuches SGB X haben die Behörden im Bereich der Sozialverwaltung und die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit alle Möglichkeiten zur Klärung des Sachverhalts auszuschöpfen und können dazu auch schriftliche Gutachten einholen. Der Antragsteller ist nach den Bestimmungen des 1. und 10. Sozialgesetzbuches SGB I und SGB X zur Mitwirkung verpflichtet.

Die abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nach zusammenfassender Wertung der vorhandenen Befunde und gegebenenfalls eingeholten Gutachten wird in Form einer so genannten prüfärztlichen Stellungnahme gefasst. Anhand dieser prüfärztlichen Stellungnahme wird verwaltungsseitig über die Ablehnung oder Gewährung einer Rente und deren Dauer entschieden. Gutachter und Prüfärzte treffen selbst keine eigentliche Entscheidung, sie werden nur als Sachverständige tätig. (DRV-Schriften 2006)

Nach Inkrafttreten der grundlegenden Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am 1.1.2001 (Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000. EM-ReformG, BGBl I, S.2998) gibt es anstelle der früheren Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente eine zweistufige Erwerbsminderungsrente.

Nach § 43 Abs. 1,2 und 3 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI gelten folgende Regelungen in Abhängigkeit von der zumutbaren täglichen Arbeitszeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:

Volle Erwerbsminderung besteht bei einem *Leistungsvermögen von unter 3 Stunden*:
Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente.

Teilweise Erwerbsminderung besteht bei einem *Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden*: Anspruch auf eine Teil-Erwerbsminderungsrente, die bei Arbeitslosigkeit und verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt auch als volle Rente geleistet wird.

Keine Erwerbsminderung besteht bei einem *Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden*: kein Rentenanspruch.

In folgenden Sonderfällen kann eine Berentung trotz Feststellung eines über 6-stündigen täglichen Leistungsvermögens erfolgen:

- Vorliegen schwerer spezifischer Leistungseinschränkungen
z.B. hochgradige Sehbehinderung
- Zusätzlicher betriebsunüblicher Pausenbedarf
- Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen
- Fehlende Wegefähigkeit :

Fehlendes Vermögen des Versicherten, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts BSG ist dabei maßgebend, ob (gegebenenfalls auch unter Verwendung von Hilfsmitteln wie Gehhilfen) eine Wegstrecke von viermal mehr als 500 Meter pro Tag in der zumutbaren Zeit von weniger als 20 Minuten zurückgelegt werden kann. Ist ein gehbehinderter Versicherter hierzu nicht mehr in der Lage, so liegt – obwohl sein Leistungsvermögen quantitativ noch eine Erwerbstätigkeit von mindestens 6 Stunden zulassen würde – volle Erwerbsminderung vor. Verfügt der Versicherte hingegen über ein eigenes Kraftfahrzeug, über eine gültige Fahrerlaubnis und die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs, so ist davon auszugehen, dass er einen möglichen Arbeitsplatz erreichen kann, selbst wenn ihm die geforderte Wegstrecke von viermal mehr als 500 Meter nicht zumutbar ist. (Deutsche Rentenversicherung 2002)

Seit der Rentenreform 2001 werden nach § 102 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI Renten wegen Erwerbsminderung bei Besserungsaussicht grundsätzlich befristet als so genannte Zeitrenten geleistet: befristete „Zeitrente“ im Gegensatz zur unbefristeten „Dauerrente“.

Grundsätzlich ist eine Erwerbsminderung erst dann rechtsrechtlich relevant, wenn sie auf nicht absehbare Zeit vorliegt. Anderenfalls wäre lediglich ein vorübergehender Zustand einer Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit gegeben. Aus § 101 Abs.1 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI ergibt sich, dass die Erwerbsunfähigkeit mehr als 6 Monate vorliegen muss, um einen Rentenanspruch zu bewirken: „Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet.“ (ebenda)

Für vor dem 02.01.1961 geborene Versicherte ist nach § 240 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI auch die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit möglich, sofern sie nicht mehr in ihrem qualifizierten Beruf oder in zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr als 6 Stunden täglich tätig sein können. (Deutsche Rentenversicherung, 2002) Die Prüfung möglicher Verweisungstätigkeiten obliegt der Verwaltung.

In allen Fällen erfolgt eine Rentengewährung grundsätzlich aber nur dann, wenn zum Zeitpunkt des Beginns der Leistungsminderung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt waren. Dies bedeutet, dass ein Antragsteller trotz medizinisch festgestellter Leistungsunfähigkeit unter Umständen keine Rente erhält.

Nach Abschluss der versicherungsrechtlichen und sozialmedizinischen Ermittlungen erhält der Rentenantragsteller von der Verwaltung einen entsprechenden Bescheid mit Bewilligung oder Ablehnung der Rente mit Rechtsbehelfsbelehrung. Gegen den Bescheid kann der Versicherte einen Widerspruch einlegen, der begründet werden muss. Das Widerspruchsverfahren, auch Vorverfahren genannt, ist nach § 78 Abs.1 S.1 des Sozialgerichtsgesetzes SGG zwingend vor einem sozialgerichtlichen Verfahren vorgesehen. Zumeist richtet sich der Widerspruch gegen die Nichtgewährung einer Rente, gelegentlich auch gegen den (späten) Rentenbeginn oder die Befristung der Rente. Der Widerspruch muss von in Deutschland lebenden Personen innerhalb eines Monats eingelegt werden, bei ausländischem Wohnsitz innerhalb von 3 Monaten. Für ein Widerspruchsverfahren ist anwaltliche Vertretung nicht erforderlich, auch sind keine Gebühren zu zahlen. Im Widerspruchsverfahren erfolgt eine nochmalige verwaltungsseitige und gegebenenfalls auch sozialmedizinische Prüfung. Bei erkennbaren neuen medizinischen Aspekten kann eine weitere Beweiserhebung einschließlich nochmaliger Begutachtungen veranlasst werden. Wenn die bisherige Einschätzung revidiert wird, erhält der Versicherte einen so genannten Abhilfebescheid. Ist der Rentenbescheid aus Sicht des Rentenversicherungsträgers nicht zu beanstanden, wird der Widerspruch dem so genannten Widerspruchsausschuss zur Prüfung vorgelegt. Der Widerspruchsausschuss ist ein Organ der Selbstverwaltung zur Überprüfung von Verwaltungsakten (zum Beispiel Rentenbescheide), gegen die Widerspruch erhoben wurde und ist neben einem Vertreter der Geschäftsführung/ Verwaltung mit je einem gleichberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Bei

Akzeptanz der Entscheidung im Widerspruchsausschuss wird der Widerspruchsbescheid an den Antragsteller versandt. (§ 36a SGB IV)

Gegen den ablehnenden Widerspruchsbescheid kann der Antragsteller Klage erheben. Die Klage gegen den Widerspruchsbescheid muss in der Regel innerhalb eines Monats nach Zustellung des Widerspruchsbescheids erhoben werden, bei Wohnsitz im Ausland beträgt die Frist drei Monate. Zuständig sind die Sozialgerichte. Die Sozialgerichtsbarkeit ist dreistufig aufgebaut: Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht. Die Gerichte sind durch Berufsrichter und ehrenamtliche Richter - aus der Gruppe der Arbeitnehmer und Arbeitgeber - besetzt. Vertretungszwang besteht erst vor dem Bundessozialgericht. Wie das Widerspruchsverfahren ist auch das Klageverfahren - unabhängig vom Verfahrensausgang - für den Versicherten grundsätzlich kostenfrei, vom Versicherten sind gegebenenfalls nur Kosten für beauftragte Bevollmächtigte oder ein auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten angefordertes Gutachten durch einen bestimmten Arzt nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG zu tragen. In der Beweiserhebung durch das Sozialgericht werden zunächst die vorhandenen medizinischen Befunde einschließlich der Gutachten des Rentenversicherungsträgers berücksichtigt. In den meisten Fällen werden dann aktuelle Befundberichte der behandelnden Ärzte beigezogen und zu diesen prüfärztliche Stellungnahmen des Rentenversicherers angefordert. Bei eindeutiger Sachlage erfolgt bereits dann - ohne Veranlassung einer Begutachtung - eine Entscheidung des Gerichts. Zumeist wird der Richter jedoch einen oder mehrere ärztliche Gutachter unterschiedlicher Fachrichtung mit der Erstellung eines Sozialgerichtsgutachtens beauftragen. Auf Antrag des Klägers können weitere Begutachtungen durch vom Kläger selbst gewählte Gutachter nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG erfolgen.

Das Klageverfahren kann per Gerichtsurteil, Gerichtsbescheid (ohne mündliche Verhandlung bei einfacher Sachlage und Einverständnis der Prozessteilnehmer), Vergleich, Anerkenntnis der Beklagten oder Klagerücknahme durch den Kläger beendet werden. Gerichtsurteil und Gerichtsbescheid erfordern eine Begründung seitens des Gerichts. Bei Einigung der Prozessparteien kann ein Vergleich geschlossen werden. Dabei erfolgt beispielsweise die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente anstelle der begehrten Rente wegen voller Erwerbsminderung oder die Gewährung einer vollen Erwerbsminderungsrente, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt beginnend als vom

Kläger begehrt. In einigen Fällen zieht der Kläger mangels Erfolgsaussicht die Klage von sich aus zurück. In anderen Fällen werden vom Rentenversicherungsträger Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation im Gegenzug zur Klagerücknahme zugesagt. Das Klageverfahren kann auch mit Anerkenntnis einer Erwerbsunfähigkeit seitens des Rentenversicherungsträgers (zum Beispiel bei nachgewiesener gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers) beendet werden, wenn der Kläger das Anerkenntnis annimmt.

Gegen die abschließende Entscheidung des Gerichtes per Urteil oder Gerichtsbescheid können sowohl der klagende Rentenantragsteller als auch der beklagte Rentenversicherungsträger Berufung beim übergeordneten Landessozialgericht einlegen. Das Landessozialgericht ist besetzt mit drei Berufs- und zwei ehrenamtlichen Richter(innen) und ermittelt den Sachverhalt ebenfalls von Amts wegen in vollem Umfang. Auch im Berufungsverfahren kann der Versicherte einen bestimmten Arzt seines Vertrauens als Sachverständigen benennen, wenn er sein Beweisantragsrecht nicht bereits im Klageverfahren verbraucht hat.

Eine Revision beim Bundessozialgericht ist nur statthaft, wenn sie im Berufungsurteil ausdrücklich zugelassen worden ist oder auf eine Nichtzulassungsbeschwerde hin zugelassen wird und ist auf Fälle mit schweren Verfahrensfehlern oder Fälle mit grundsätzlicher Bedeutung beschränkt.

Laut Geschäftsbericht der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 2007 wurden im Jahr 2006 insgesamt 15.186 Widersprüche eingelegt. Davon bezogen sich 8496 Widersprüche auf Rentenbescheide (auch Alters-, Witwen- und Waisenrenten usw.). Im Widerspruchsverfahren konnte 29,1 Prozent aller Widersprüche ganz oder teilweise abgeholfen werden. Nach Erhalt des Widerspruchsbescheids wurde von jedem dritten Widerspruchsführer Klage vor dem Sozialgericht eingelegt. In 2007 wurden 2869 Klagen bezüglich Rente eingereicht. 67 Prozent aller Klageverfahren gingen 2006 ganz zugunsten der DRV aus und 22,4 Prozent endeten mit einem Teilerfolg für die DRV Berlin. Die im Sozialgerichtsverfahren anfallenden Kosten beliefen sich für die DRV Berlin- Brandenburg im Geschäftsjahr 2006 auf 824.544,44 Euro.

Zu erwähnen ist, dass sich seit der Hartz IV-Gesetzgebung die Diskussion um eine mögliche Abschaffung der Sonderrolle der Sozialgerichte und Zusammenlegung von

Finanz-, Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit verschärft hat. Damit stünden wohl die der Grundsatz der Gerichtskostenfreiheit, die Beteiligung ehrenamtlicher Richter aus der Gruppe der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in allen Instanzen, die Vertretungsbefugnis von Verbandsvertretern sowie die Möglichkeit der Einholung von Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG zur Disposition. (Mutz et al. 2004)

2.2.2. Begutachtungsverfahren im Sozialmedizinischen Dienst der DRV Berlin

Für die Beantragung einer Rente wegen Erwerbsminderung ist das Einreichen medizinischer Unterlagen durch den Antragsteller primär nicht zwingend erforderlich. Einige Antragsteller geben als Antragsgrund nur knapp „wegen Krankheit“ oder „Herz, Bandscheibe, Nerven“ an. Viele Versicherte fügen ihrem Antrag jedoch mehr oder weniger aussagekräftige medizinische Unterlagen wie Atteste, Befunde, Krankenhausberichte, gegebenenfalls auch Gutachten anderer Sozialleistungsträger bei. Der Prüfarzt des sozialmedizinischen Dienstes entscheidet nach Sichtung der Angaben und Unterlagen über das weitere Vorgehen: sofortige Aktenlageentscheidung, Beiziehung weiterer Berichte oder Veranlassung einer Begutachtung. Aktenlageentscheidungen nach Arztbriefen sind oft möglich bei schweren Erkrankungen wie beispielsweise fortgeschrittenen bösartigen Tumorleiden oder schwerer Hirnschädigung. Gelegentlich wird ein Rentenantrag in engem zeitlichen Zusammenhang nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gestellt; in diesen Fällen kann bei der Leistungsbeurteilung oft auf die standardisierte Leistungseinschätzung im Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik mit Angaben zum quantitativen und qualitativen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und in der zuletzt ausgeübten versicherungspflichtigen Tätigkeit zurückgegriffen werden. Auch zeitnah erstellte Gutachten anderer Sozialleistungsträger (insbesondere Medizinischer Dienst der Krankenkassen MDK oder der Agentur für Arbeit AfA) können zur Leistungseinschätzung nach Aktenlage herangezogen werden. Gegebenenfalls kann die Entscheidung nach Einholung zusätzlicher Krankenhausbriefe oder ärztlicher Befundberichte gefällt werden. In der Mehrzahl der Fälle wird der Prüfarzt jedoch eine Begutachtung veranlassen. Die Auswahl der Fachrichtung des Gutachters erfolgt unter Berücksichtigung der Angaben des Antragstellers und der

vorhandenen Befunde; die Erkrankung(en) mit der wahrscheinlich stärksten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit sollte primär fachspezifisch begutachtet werden. Das erste Gutachten wird daher zumeist durch Fachärzte für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin, Orthopädie/Chirurgie oder Neurologie/Psychiatrie erstellt. In einzelnen Fällen erfolgen Begutachtungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen, z.B. Augenärzte, Hautärzte, Ärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO). Insbesondere bei offenkundig polymorbiden Versicherten wird primär ein internistisch-allgemeinmedizinisches Gutachten veranlasst. Der beauftragte Gutachter hat binnen drei Wochen ein sozialmedizinisches Gutachten zu erstellen mit fachspezifischer Einschätzung des Leistungsvermögens unter Angabe eines positiven und negativen Leistungsbildes. Die qualitativen Anforderungen an das Gutachten ergeben sich aus den vom Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger herausgegebenen Hinweisen zur Begutachtung unter Beachtung der vorhandenen Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der jeweils aktuellen Fassung. Demnach muss die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung des Gutachtens folgende Angaben enthalten:

- zumutbare Arbeitsschwere (leicht, leicht bis mittelschwer, mittelschwer, schwer)
- zumutbare tägliche Arbeitszeit (<3 Stunden, 3 bis < 6 Stunden, 6 Stunden und mehr)
- zumutbare Arbeitshaltung (ständig, überwiegend oder zeitweise Sitzen, Stehen, Gehen)
- zumutbare Arbeitsorganisation (Schichtarbeit, Akkordarbeit, Arbeitspausen)
- gegebenenfalls Ausschluss von
 - bestimmten Anforderungen an den Bewegungs- und Halteapparat (Lastentransport),
 - Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (Haut- und Atemwegsbelastungen, Lärm, Zwangshaltungen)
 - bestimmten Anforderungen an die geistige/ psychische Belastbarkeit (Konzentration, Verantwortung, Aufmerksamkeit, Umstellungs- und Anpassungsvermögen)
 - bestimmten Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen
 - von Temperatur- und Witterungseinflüssen, Eigen- und Fremdgefährdung, Vibrationen, Zeitdruck

- Wegefähigkeit (Nutzbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel und Fähigkeit, Wegstrecken von mehr als 500 Meter 4 mal täglich zu Fuß in jeweils bis zu 20 Minuten einschließlich kurzer Pausen ohne Begleitung zurückzulegen - Vermögen eine Arbeitsstelle aufzusuchen)
- Beginn der Leistungsminderung (so genannter Leistungs- oder Versicherungsfall) mit Begründung
- erwartete Dauer der Leistungseinschränkung/ Besserungsaussicht mit Begründung
- gegebenenfalls Besserungsnachweis bei Anträgen auf Weitergewährung von Zeitrenten
- gegebenenfalls Empfehlung von Leistung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- gegebenenfalls Empfehlung einer weiteren Begutachtung auf einem anderen Fachgebiet.
- gegebenenfalls inhaltliche Auseinandersetzung bei divergierender Leistungseinschätzung gegenüber vorliegenden aktuellen Gutachten anderer Sozialleistungsträger, insbesondere der Agentur für Arbeit und des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse

(Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung - Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schriften, Band 21, 1. überarbeitete Fassung 09/2001)

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist vom Gutachter in Textform sowie zusätzlich in Formblättern anzugeben (siehe Gutachten-Schlussblätter 1 und 2 im Anhang).

Die Ausräumung einer bestehenden Divergenz zwischen Gutachten der Arbeitsagentur und der Rentenversicherung erfolgt durch die Prüfarzte der Rentenversicherung in Absprache mit den Ärzten der Arbeitsagenturen. Gemäß der so genannten Nahtlosigkeitsregelung nach § 125 des 3. Sozialgesetzbuches SGB III wird bei Annahme von Leistungsunfähigkeit durch die Arbeitsagentur der Arbeitslose zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme binnen eines Monats beim Rentenversicherungsträger aufgefordert und das Arbeitslosengeld zunächst überbrückend bis zur Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherer weitergezahlt. Mit der Nahtlosigkeitsregelung soll verhindert werden,

dass Versicherungsschutz aus beiden Versicherungszweigen deshalb nicht gewährt wird, weil die Arbeitsagenturen und der Rentenversicherungsträger die Leistungsfähigkeit widersprüchlich beurteilen.

In der DRV Berlin-Brandenburg werden Gutachten sowohl durch angestellte (interne) Gutachter, gleichzeitig Prüfärzte, als auch durch externe Gutachter erstellt. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass auch Gutachten im Verwaltungsverfahren nicht „parteiisch“ zu erstatten sind; das Verwaltungsgutachten hat die gleiche finale Funktion zur Sachaufklärung wie das Gerichtsgutachten. Hier wie dort beantwortet der beauftragte Sachverständige die ihm gestellten Beweisfragen als Arzt nach bestem Wissen und Gewissen (VDR 2003)

Alle für die DRV Berlin als Rentengutachter und Prüfärzte tätigen Ärzte verfügen über eine abgeschlossene Facharztausbildung. Zumindest alle angestellten Gutachter erwerben zu Beginn ihrer Tätigkeit bei der Rentenversicherung die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin nach entsprechender Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Die externen Gutachter werden nach Einarbeitung auf Honorarbasis tätig. Das Honorar eines ärztlichen Gutachtens im Rentenverfahren basiert auf der Vergütungsempfehlung des (2005 aufgelösten) Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger in der Fassung vom 29.11.2001. Die Vergütung beträgt für neurologisch-psychiatrische Gutachten 130 Euro plus Schreibgebühren und Porto, für alle anderen Fachgutachten 75 Euro. In 2007 wurden gemäß Geschäftsbericht von der DRV am Standort Berlin insgesamt 6361 Gutachten durch interne und 4068 durch externe Gutachter erstellt. Zur Qualitätssicherung finden in der DRV Berlin seit 2003 regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel aller internen und externen Gutachter statt.

2.2.3. Begutachtung durch Sozialgerichte

Das Sozialgerichtsgesetz SGG (§ 118 Abs.1 SGG) und die Zivilprozessordnung ZPO (§§ 402 ff. ZPO) sind die gesetzlichen Grundlagen für den für den sozialgerichtlichen Gutachtenauftrag. Sofern die bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten medizinischen Unterlagen und die gegebenenfalls vom Gericht ergänzend eingeholten ärztlichen Befundberichte nicht für eine Gerichtsentscheidung ausreichen, kann eine Begutachtung nach § 106 Sozialgerichtsgesetz SGG durch einen ärztlichen Sachverständigen vom Gericht angeordnet werden, zumeist mit Untersuchung des

Klägers. Verlangt wird ein freies Gutachten mit zusätzlicher Beantwortung von standardisierten und gegebenenfalls fallindividuellen zusätzlichen Beweisfragen. Ärztliche Gutachten nach Aktenlage werden eher selten angefordert, zum Beispiel zur Stellungnahme bei strittigem Beginn der Leistungsminderung (so genannter Leistungsfall) oder bei inzwischen verstorbenen Klägern (und Weiterführung des Rentenklageverfahren durch die Hinterbliebenen). Auftraggeber des Sachverständigen ist immer das Gericht, niemals eine Partei oder ein Beteiligter des Verfahrens. Die Auswahl des Gutachters steht im Ermessen des Gerichts. Zu Sachverständigen bestellt werden in der Regel Ärzte, die sich beim Gericht als Gerichtsgutachter zur Verfügung stehend gemeldet haben. Wegen der Pflicht zur persönlichen Gutachtenerstattung nach § 407 a Abs.2 der Zivilprozessordnung ZPO und § 36 Abs.1 S.2 der Gewerbeordnung GewO kommt die Beauftragung einer Institution oder Klinik nicht in Betracht. Der Gutachter kann jedoch Hilfskräfte für unterstützende Dienste nach Weisung und unter Aufsicht hinzuziehen, der Umfang der Mitarbeit muss offen gelegt werden. Seit 2009 bietet die Ärztekammer Berlin auf ihrer Homepage eine Gutachter-Datenbank an, die zunächst rund 300 ärztliche Gutachter aus Berlin zu rund 200 verschiedenen Tätigkeitsschwerpunkten enthält. Das Angebot richtet sich an Bürger, Gerichte Versicherungen und Rechtsanwälte.

Auch ein Gutachter als Sachverständiger kann wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden, wenn Gründe vorliegen, die ein Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit rechtfertigen. (Becker 2008)

Eine Besonderheit des sozialgerichtlichen Verfahrens besteht in der Anhörung eines vom Kläger bezeichneten Arztes nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG. Auch bei diesen Gutachten ist das Gericht und nicht der Kläger der Auftraggeber des Gutachtens. Der Gutachter ist ebenfalls zur Neutralität verpflichtet. (Kater 2008) Der Kläger hat in der Regel die voraussichtlichen Kosten vorzustrecken und erhält sie nur dann zurück, wenn das Gutachten für die gerichtliche Entscheidung Bedeutung gewonnen hat. Rechtsschutzversicherungen übernehmen in der Regel den Kostenvorschuss für ein solches Gutachten unproblematisch. Die Gewährung von Prozesskostenhilfe hingegen schließt die Übernahme dieser Kosten nicht ein. Bei einer solchen Begutachtung nach § 109 SGG muss der beauftragte Gutachter prüfen, ob der vom Kläger eingezahlte Kostenvorschuss kostendeckend ist. Die Honorierung der Sozialgerichtsgutachten wird im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz JVEG in der aktuellen Fassung vom

1.7.2004 geregelt. Je nach Schwierigkeitsgrad des Gutachtens beträgt der Stundensatz von 50 bis zu 85 Euro - auch für Aktenstudium, Auswertung, Diktat. Unter Einbeziehung der Kosten für ärztliche Befundberichte und Gutachten sowie der allgemeinen Gerichtskosten ist ein durchschnittliches Sozialgerichtsverfahren mit Gesamtkosten von etwa 2500 bis 3000 Euro zu veranschlagen. (siehe www.sanofi-aventis.de >medizinische Fachkreise>medizin&recht>sozialgericht.)

Ärzte, die als Gutachter für das Sozialgericht tätig werden wollen, können sich formlos an den Präsidenten des Sozialgerichts wenden und unter Angabe ihrer Fachrichtung und speziellen beruflichen Erfahrungen um entsprechende Gutachtaufträge bitten. Eine formale Bestellung oder Prüfung und spezielle Qualifikationen als Gutachter sind nicht erforderlich.

2.3. Qualitätsanforderungen an sozialmedizinische Gutachten und Gutachter, Qualitätssicherung und Stand der Forschung zur Qualität medizinischer Gutachten

2.3.1. Qualitätsanforderungen an sozialmedizinische Gutachten

Das Bemühen um gute Qualität ärztlicher Gutachten ist als wichtiger Bestandteil der Berufsehre in der ärztlichen (Muster-) Berufsordnung im § 25 festgeschrieben: „Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.“ (Ratzel et al. 2006)

Der Amtsermittlungsgrundsatz im Sozialrecht nach §§ 20/21 des 10. Sozialgesetzbuches SGB X dient insbesondere der Qualität der Sachaufklärung im Vorfeld einer sozialmedizinischen Begutachtung.

Gemäß § 407a der Zivilprozessordnung ZPO muss der beauftragte Sachverständige unverzüglich prüfen, ob die eigene Fachkompetenz für die Erfüllung des Gutachtauftrages ausreicht. (DRV Schriften Band 21. Juni 2006)

Nach § 631 des Bürgerlichen Gesetzbuch BGB schuldet der Gutachter gemäß Werkvertrag ein einwandfreies Gutachten.

Die Qualität eines Gutachtens ist jedoch schwierig zu beurteilen, zumal eine allgemeingültige Definition von Qualität in der Begutachtung bislang fehlt. Gutachtenqualität ist immer auch subjektiv geprägt:

Der Versicherte erhofft sich Durchsetzung seines Anspruchs, mithin die Gewährung der beantragten Rente.

Die Deutsche Rentenversicherung als Auftraggeber erwartet nicht nur ein schlüssiges, nachvollziehbares und zeitnahes Gutachten. Sie hat auch die Wirtschaftlichkeit zu beachten und die bundesweite Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten, berechnete Ansprüche zu erfüllen und gleichzeitig im Interesse der Versichertengemeinschaft unberechtigte Ansprüche abzuwehren. (Cibis 2005)

Aus Sicht eines Sozialrichters „ist ein Gutachten gut, das

- in angemessener Zeit
- vom beauftragten Sachverständigen persönlich erstattet wird,
- die gestellten Beweisfragen vollständig, schlüssig, überzeugend und richtig (oder zumindest so, dass das Gericht die Antwort für richtig halten kann) beantwortet,
- für die Beteiligten verständlich formuliert ist und
- sich in angemessener Weise mit dem Vorbringen der Beteiligten und dem Inhalt eventueller Vorgutachten auseinandersetzt.“ (Schmid 2005)

Aus sozialmedizinischer Sicht qualitätsrelevant sind vor allem die Gewährleistung des fachlichen Standards nach dem gegenwärtigen medizinischen Erkenntnisstand und die Einhaltung begutachtungsrelevanter Gesetzesvorschriften. Dabei muss der Gutachter um die Unsicherheit prognostischer Einschätzungen wissen bzw. diese auch dem Auftraggeber deutlich machen. Ein Gutachten ist letztlich eine Einzelfallaussage über einen Menschen, die auf der Wertung der dem Gutachter zu Verfügung stehenden Informationen basiert. „Insofern sind gutachterliche Aussagen grundsätzlich vorläufiger Natur und bedürfen der Revision, sobald neue, relevante Erkenntnisse vorliegen. Zu den Eigenschaften eines Gutachtens gehört bei einer gewissen Komplexität, dass Urteile nicht mit Exaktheit zu fällen sind. Besonders deutlich wird dies bei Aussagen über die Zukunft: Eine Kongruenz zwischen der gutachterlichen Prognose und dem Eintritt der prognostizierten Folgen kann ein Gutachter in der Regel auch unter optimalen Bedingungen und bei Handeln lege artis nicht zusichern. Die Zukunft ist ungewiss. Streng genommen kann der Gutachter stets nur graduell für die Richtigkeit seiner

Aussage garantieren...Gutachterliche Aussagen lassen sich - wie gesagt- nicht immer mit mathematischer Exaktheit und absoluter Gewissheit auf Wahrheit treffen, insbesondere, wenn sie Prognosen enthalten. Entsprechend liegt es in der Natur der Sache, dass auch eine gutachterliche Aussage falsch sein kann, ohne dass automatisch ein Fehler des Gutachters vorläge. Auch bei Gutachten existiert eine „relative Vermeidbarkeit und absolute Unvermeidbarkeit“ von Fehldiagnosen. “ (Wiesing 2008)

Neben formalen und inhaltlichen Fehlern in Gutachten sind auch systematische Fehler von Gutachtern zu erwähnen. So haben Gutachter bereits durch die Vorinformationen in der Akte ein bestimmtes Bild vom Probanden, bevor sie ihn das erste Mal sehen und sind unter Umständen voreingenommen. Als Confirmatory Bias (confirmatory, engl. für bestätigend; bias, engl. für Verzerrung) wird der Fehler bezeichnet, dass Menschen vorgefasste Meinungen lieber bestätigen als widerlegen (Bestätigungsfehler). Jeder Gutachter müsste in einem bestimmten Prozentsatz von seiner vorgefassten Meinung abweichen, sonst unterliegt er einer Urteilsverzerrung. „Aus der tatsächlichen Gutachtenpraxis ist jedoch bekannt, dass Gutachter gibt, bei denen jeder oder annähernd jeder Begutachtete mit dem gleichen Ergebnis aus der Begutachtung geht.“ (Merten 2007)

Grundsätzlich ist nochmals zu betonen, dass Gutachter und Prüferärzte nur als Sachverständige tätig werden, sie treffen selbst keine eigentliche Entscheidung. Daher sollte der Gutachter auch rechtliche definierte Termini wie Erwerbsminderung, Erwerbsfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit nicht verwenden. Er hat ausschließlich Aussagen zum qualitativen und quantitativen Leistungsbild zu machen. Die sich daraus ergebende Ableitung rechtlicher Konsequenzen ist Aufgabe des Rentenversicherungsträgers bzw. der Gerichte. (Rauschelbach et al. 2007)

Die Qualität der Begutachtung zu fördern und zu sichern, ist erklärtes Ziel der Rentenversicherung, auch aufgrund ihrer Verantwortung gegenüber den Versicherten und der Solidargemeinschaft. Eine Begutachtung mit dem Anspruch der größtmöglichen sozialen Gerechtigkeit und damit auch der Vermeidung jeglichen Anscheins von Willkür setzt die Einhaltung sozialmedizinisch begründeter und überprüfbarer Qualitätsstandards voraus. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das soziale

Sicherungssystem seine Glaubwürdigkeit und Akzeptanz verliert. Dies gilt für alle Zweige der Sozialversicherung, einschließlich der Sozialgerichtsbarkeit. (Stelzer et al. 1994 und Legner et al. 2007) Als grundsätzliche Qualitätsebenen haben sich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität etabliert, wobei die Ergebnisqualität letztlich der Maßstab für die Güte eines Gutachtens ist. (Weber 2005)

2.3.2. Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung - gesetzliche Grundlagen und Verankerung in der sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung

Angesichts von über 5 Millionen Gutachten, die pro Jahr bei den Sozialversicherungsträgern anfallen, darunter etwa zwei Millionen Leistungsentscheidungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung und ca. 275 000 jährlichen Verfahren vor deutschen Sozial- und Landessozialgerichten ist die Sicherung der Gutachtenqualität unter Gutachtern, Sozialleistungsträgern und Juristen unumstritten. (Weber 2005)

Die Pflicht zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung ist vielfach gesetzlich verankert. Seit 1988 ist die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtend in der ärztlichen Berufsordnung formuliert. Gemäß den 10 Thesen der Ärzteschaft zur medizinischen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung, beschlossen auf dem 96. Ärztetag 1993, umfasst Qualitätssicherung alle Bereiche ärztlicher Berufsausübung und muss im Sinne eines Qualitätsmanagements in gleicher Weise von allen Versorgungsbereichen durchgeführt werden. (Korzilius 1998)

Die ärztliche Fortbildung schließt Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein. Zusätzlich zur grundsätzlichen Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4 der (Muster-)Berufsordnung ist mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) seit dem 1. Januar 2004 eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung für Vertragsärzte (nach § 95 des 5. Sozialgesetzbuches SGB V) und für Fachärzte im Krankenhaus (§ 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) gesetzlich verankert, nicht jedoch für angestellte Ärzte/ Gutachter bei Behörden.

In der gesetzlichen Rentenversicherung wurde 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm für die stationäre medizinische Rehabilitation eingeführt.

„Qualitätssicherung wurde neben anderen Maßnahmen (wie z.B. Leitlinienentwicklung, Fokussierung evidenzbasierter Medizin, Einführung neuer Abrechnungssysteme Herstellung von mehr Wettbewerb) als eine erfolgreiche Strategie zur Erreichung gesteigerter Effizienz gesehen.“ (Koch, U. 2004)

Die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nimmt innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems eine Spitzenposition ein. Von der Rentenversicherung wurden Leitlinien zur medizinischen Rehabilitation - inzwischen umbenannt in Reha-Therapiestandards - entwickelt als Entscheidungshilfen für die medizinische Versorgung nach dem jeweils aktuellen Wissensstand. Als Bestandteil der Qualitätssicherung leisten sie einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen. Vorläufige, d.h. überarbeitete, aber noch nicht verbindliche Rehabilitations-Therapiestandards gibt es in mehreren Indikationsgebieten. Neben der Erstellung von Reha-Therapiestandards nach Expertenkonsens findet fortlaufend eine umfangreiche Rehabilitationsforschung zur wissenschaftlichen Fundierung der Empfehlungen statt. Eine hervorgehobene Rolle kam dabei dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Rentenversicherung gemeinsam getragenen Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften zu. In regionalem Forschungsverbänden sind universitäre Forschungsinstitute, Rehabilitationseinrichtungen sowie die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger und Leistungserbringer eingeschlossen. (BMBF 2009) Der Ansatz der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation ist umfassend, er berücksichtigt neben der Ergebnisqualität auch die Struktur- und Prozessqualität und ist flächendeckend bundesweit etabliert. Mit Einführung der Gesundheitsreform 2007 müssen sich nunmehr stationäre Rehabilitationseinrichtungen an einem Zertifizierungsverfahren bezogen auf ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement verbindlich beteiligen. (Koch, U. et al. 2007)

Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung „hinkt“ der gut strukturierten Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Rehabilitation vergleichsweise hinterher. (Weber 2005) 1996 war die Qualitätssicherung in der Begutachtung Hauptthema des „Heidelberger Gesprächs“, einer Fortbildungstagung für

Ärzte und Juristen aus den Bereichen Sozialmedizin und Sozialrecht. Vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger wurden für die sozialmedizinische Begutachtung Leitlinien im Sinne von Handlungs- und Orientierungshilfen entwickelt. Im Juni 2000 erschienen „Hinweise zur Begutachtung. Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung“. Nach Inkrafttreten der grundlegenden Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am 1.1.2001 (vgl. Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000. EM-ReformG, BGBl I, S.2998) wurde die überarbeitete Fassung im September 2001 veröffentlicht. Ab 2001 wurden von der ehemaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA, (heute Deutsche Rentenversicherung Bund), Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung somatischer Erkrankungen herausgegeben (Veröffentlichung der 1. Fassung in der Zeitschrift: “Das Gesundheitswesen“ 2002, 64). 2006 folgten in den DRV-Schriften, Band 68, Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen.

Ausgangspunkt der Erstellung der Leitlinien war die Erörterung, Zusammenfassung und Präzisierung von Kriterien und Entscheidungshilfen in der Leistungsbeurteilung, wie sie in der täglichen Praxis der sozialmedizinischen Dienste der Rentenversicherungsträger wie auch in den Rehabilitations-Einrichtungen von Bedeutung sind. An der Erstellung dieser Leitlinien haben Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus dem Bereich Sozialmedizin und der Leistungsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie leitende Ärzte von Rehabilitationseinrichtungen mitgewirkt. Seit dem Jahr 2007 werden die Leitlinien sukzessive überarbeitet und mit den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern abgestimmt. Eine Langfassung wird zukünftig von einer Kurzfassung ergänzt. Die jeweils aktuellen Fassungen der „Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der Leistungsfähigkeit“ sind auf der auf der Internetseite der DRV Bund abrufbar: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de > [Zielgruppen](#) > [Sozialmedizin und Forschung](#) > [Sozialmedizin](#) > [Sozialmedizinische Begutachtung](#)

Folgende Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der Leistungsfähigkeit liegen derzeit vor (Stand April 2010):

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei koronarer Herzkrankheit
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Mammakarzinom
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Menschen mit psychischen Störungen
- Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronischen nicht-malignen Leber und Gallenwegserkrankungen

Die methodischen Anforderungen an hochwertige Leitlinien werden in international einheitlicher Weise definiert. Für den deutschen Raum sind sie im Deutschen Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI) zusammengefasst, das von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betrieben wird. Die Stufenklassifikation von S1 bis S3 (S-Klassifikation) macht den methodischen Hintergrund einer Leitlinie transparent, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist.

- S1: Handlungsempfehlung von Experten
- S2k: konsensbasierte Leitlinien
- S2e: evidenzbasierte Leitlinien
- S3: evidenz- und konsensbasierte Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit entsprechen demnach überwiegend der niedrigsten Entwicklungsstufe S1. Allerdings werden Handlungsempfehlungen gemäß der S1-Klasse aufgrund des Fehlens eines systematischen Entwicklungsprozesses inzwischen nicht mehr als Leitlinien im eigentlichen Sinne bezeichnet. (Kopp 2010) Lediglich die Leitlinie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen entspricht der Stufe S2k.

Anerkannt als Entwicklungsstufe S2k ist auch die von der AWMF publizierte Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen.

Überprüfungen der Ergebnisqualität „sozialmedizinisches Gutachten“ fanden in den letzten Jahren nicht flächendeckend bundesweit, sondern nur bei einzelnen Rentenversicherungsanstalten in verschiedenen Formen und zum Teil nur über kürzere Zeiträume statt. Beispielhaft seien hier die interne Qualitätsprüfung der Landesversicherungsanstalt Württemberg (Stelzer et al. 1994) und die Landesversicherung Hamburg genannt, die seit 1996 ein eigenes Qualitätssicherungsverfahren betreibt (Manual des Sozialärztlichen Dienstes der LVA Hamburg 2004). In der Deutschen Rentenversicherung Berlin wurde das Hamburger Konzept mit leichten Abwandlungen 2003 verbindlich eingeführt. Ab 2004 testete auch die DRV Westfalen dieses Konzept.

Inzwischen wurde für eine bundesweit einheitliche Form der Qualitätssicherung ein neues Qualitätssicherungskonzept in Form eines Peer- Review- Verfahrens erarbeitet, das nach Testung bundesweit eingeführt werden soll. Zunächst wurde im Januar 2002 die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) vom Vorstand des (ehemaligen) Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) eingesetzt mit der Aufgabe, Vorschläge für die Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung zu entwickeln, Handlungsperspektiven aufzuzeigen und Anregungen für die praktische Umsetzung zu geben. Die Projektgruppe Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung, 2005 eingesetzt zur praktischen Umsetzung der Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung SOMEKO, entwickelte ein Qualitätssicherungskonzept für die Ergebnisqualität sozialmedizinischer Begutachtungen, das kurz vorgestellt werden soll:

Die vorgeschlagenen Qualitätskriterien für ein sozialmedizinisches Gutachten gliedern sich in:

übergeordneten Kriterien :

- *Plausibilität und Schlüssigkeit:* logisch aufgebaute, widerspruchsfreie Argumentation
- *Nachvollziehbarkeit:* leserorientierte, kleinschrittige Beweisführung
- *Neutralität:* Distanzwahrung zu Proband und Auftraggeber

und

6 Einzelkriterien:

- *formale und inhaltliche Gestaltung:* Gliederung und Layout gemäß Vorgaben
- *medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen:* Beachtung des anerkannten Wissensstands/der Leitlinien
- *Verständlichkeit:* allgemeinverständliche, prägnante Sprache
- *Vollständigkeit:* in Bezug auf Dokumentation und Beantwortung der Fragen
- *Transparenz:* Offenlegung genutzter Methoden und Kriterien
- *Wirtschaftlichkeit:* Beschränkung auf notwendige und zweckmäßige Methoden

Die Erfüllung der genannten übergeordneten Kriterien ist unabdingbar für die Brauchbarkeit des Gutachtens als Grundlage einer nachfolgenden sachgerechten Verwaltungsentscheidung, die Nichterfüllung führt zur Bewertung des Gutachtens als gravierend mangelhaft. Mittels der Einzelkriterien werden verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität eines Gutachtens über ein Punktesystem geprüft. Mängel in den Einzelkriterien stellen die Gutachtenqualität nicht grundsätzlich in Frage; sie liefern Hinweise für weitere Qualitätsverbesserungen. (Legner et al.2007 und Cibis 2008) Gegenwärtig wird das Konzept mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg überarbeitet und getestet.

2.3.3. Stand der Forschung zur sozialmedizinischen Begutachtung

Qualitätssicherung und Forschung sind eng miteinander verbunden. Mit Hilfe der Forschung kann die Qualitätssicherung ihre Standards und Erhebungsinstrumente überprüfen und anpassen. Forschungsförderung durch die Sozialleistungsträger ist jedoch nur begrenzt möglich. Die Haushaltsmittel dürfen nach § 30 des 4. Sozialgesetzbuches SGB IV nur für die dem Sozialleistungsträger per Gesetz zugewiesenen Aufgaben (also Erbringung von Sozialleistungen) verwendet werden. Forschungsförderung beschränkt sich daher in der Regel auf angewandte Forschung. Als Leistungsträger für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung ihren Forschungsschwerpunkt auf die Verbesserung von Rehabilitationsleistungen gelegt. (Buschmann-Steinhage 2006) Nach § 13 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI ist die Rentenversicherung als Kostenträger mit Strukturverantwortung für Rehabilitationsleistungen auch mitverantwortlich für Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität; die medizinischen Rehabilitationsleistungen sollen dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen.

Im Gegensatz zur umfangreichen Forschung zur Qualität der medizinischen Rehabilitation gibt es zur sozialmedizinischen Begutachtung nur wenige diesbezügliche wissenschaftliche Forschungsarbeiten, die sich zudem auf das psychiatrische Fachgebiet konzentrieren. In den 70er Jahren wurde mit empirischen Untersuchungen zur Qualität strafrechtlicher Gutachten begonnen, ausgelöst durch die Streitschrift Mosers (1971) „Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft“. Von Friedemann Pfäfflin wurden in den 70-er Jahren Erhebungen psychiatrischer Gerichtsgutachten zu Sexualstraftätern vorgelegt. Dies regte Andere zu Folgeuntersuchungen an, die andere Tätergruppen und zusätzliche Fragestellungen neben Schuldfähigkeitsbeurteilung und Prognose einbezogen. (Pfäfflin 2006)

2006 wurde eine rückblickende statistische Betrachtung eines Richters am Sozialgericht veröffentlicht, basierend auf persönlichen Aufzeichnungen über die Ergebnisse von im Laufe von zwei Kalenderjahren 2002/2003 beendeten 306 Prozessen um Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung aus dem Bereich der Arbeiterrentenversicherung. Zusammenfassend führte der Richter aus: „Nur selten hat ein Rentenversicherungsträger mit der Ablehnung einer Rente völlig unrecht. Und nur

wenigen erfolglosen Rentenbewerbern gelingt der Rückweg ins Arbeitsleben“.
(Knipping 2006)

2007 wurde eine Untersuchung mit ersten Daten zur Reliabilität psychiatrischer Gutachten im Rentenverfahren veröffentlicht. In dieser Studie begutachteten 22 neurologisch-psychiatrische Gutachter einen fiktiven Versicherten zum Antrag auf Erwerbsminderungsrente, wobei den Studienteilnehmern dieselbe Kasuistik in Form einer ausführlichen psychiatrischen Anamnese, eines neurologischen und psychiatrischen Befundes, Entlassungsdiagnosen der Fachkliniken schriftlich sowie einer kurzen biografischen Anamnese und eines Video-Interviews auf DVD vorgelegt wurden. In der Bewertung durch die Gutachter zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse. Bei der Stellung der Hauptdiagnose wurden sechs verschiedene Diagnosen genannt. Bei der Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit hielten acht Gutachter praktisch jede Rentenzahlung für unangemessen, vier Gutachter plädierten für eine volle Erwerbsminderungsrente und immerhin zehn für eine Teilerwerbsminderungsrente bei 3 bis unter 6-stündigem Leistungsvermögen bzw. Berufsunfähigkeit. (Dickmann et al. 2007)

2009 wurde eine retrospektive Gutachtenanalyse unter Einbeziehung der juristischen Entscheidungen veröffentlicht. Auf der Basis einer Auswertung von 150 psychiatrisch-psychologischen Sozialgerichtsgutachten wird der Stellenwert psychologischer Nebenbegutachtungen untersucht und Unterschiede zwischen berenteten und nicht berenteten Gutachtenklienten hinsichtlich Einzelvariablen, testpsychologischen Leistungsparametern sowie klinischen Skalen herausgearbeitet. Als zentrale Ergebnisse werden Kriterienlisten zur Erfordernis psychologische Nebenbegutachtung, Vorhersagevariablen der Frühberentung angegeben. Abschließend wird eine umfassende Checkliste zur Qualitätssicherung vorgestellt. (Neumeyer 2009)

2.3.4. Qualitätssicherung in der DRV Berlin – Verfahren, Ergebnisse, interne Statistiken

Wie bereits im Abschnitt 2.3.2. ausgeführt, wurde in der DRV Berlin 2003 ein Qualitätssicherungssystem eingeführt. Methodische Grundlage bildete das Qualitätssicherungsprogramm der DRV Hamburg, das mit kleinen Abwandlungen übernommen wurde. Grundprinzip des Qualitätssicherungssystems in der DRV Berlin

ist: Jeder Gutachter prüft und wird geprüft. Alle für die DRV Berlin tätigen hauptamtlichen (internen) und auf Honorarbasis tätigen (externen) Gutachter sind einbezogen. In zum Teil fachübergreifenden Gruppen von drei bis acht Gutachtern werden die anonymisierten Gutachten aller Gutachter nach einem Fragenkatalog analysiert und bewertet. Zu 10 Kriterien werden in einem dreistufigen System in Abhängigkeit von gegebenenfalls festgestellten leichten oder gravierenden Mängeln Punkte vergeben. Hohe Wertigkeit besitzen insbesondere die zusammenfassende Epikrise und die Ausführungen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die erreichte Punktzahl bei maximal möglichen 100 Punkten bestimmt das Gesamturteil:

> 90 Punkte: gut

70-90 Punkte: ordentlich

50-70 Punkte: noch brauchbar

< 50 Punkte: unbrauchbar

(siehe Fragebogen zur Qualitätsbewertung von Rentengutachten im Anhang).

Jeder Gutachter erhält sein Gutachten mit Bewertung nach Rück-Anonymisierung zur Kenntnisnahme. Statistisch erfasst werden die Anzahl der analysierten Gutachten und ihre Bewertung.

Bereits nach den ersten Qualitätssicherungszirkeln war ein positiver Effekt der Gutachtenqualität nachweisbar. Es gab nur noch ganz vereinzelt unbrauchbare und wenige noch brauchbare Gutachten. Inzwischen finden die Qualitätszirkel nur noch einmal jährlich statt. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung im Sozialmedizinischen Dienst der DRV Berlin-Brandenburg sind im Anhang tabellarisch dargestellt.

Neben dem positiven Effekt auf die eigene Gutachtenqualität kam es durch die eingeführte Qualitätssicherung zur erhöhten Aufmerksamkeit der ja auch prüfärztlich tätigen Gutachter für die Qualität der Gutachten aus anderen Institutionen, die auch Grundlage von Leistungsentscheidungen der DRV sein können, wie zum Beispiel Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Agenturen für Arbeit (AfA). Insbesondere wurden jedoch die divergierenden Leistungsbeurteilungen zu Gutachten der Sozialgerichte kritisch betrachtet, da in diesen Fällen regelhaft eine ausführliche prüfärztliche Stellungnahme für das Gericht gefordert wird. Neben Fehlern und Mängeln formaler und inhaltlicher Art ergab sich gelegentlich der Anschein eines tendenziösen Entscheidungsverhaltens einzelner Gutachter, also eine auffällig häufige Rentenbefürwortung oder eben Rentenablehnung. Eine hausinterne

Erfassung der entsprechenden Voten aller Sozialgerichtsgutachter in Rentenklageverfahren gegen die DRV im Jahr 2005 untermauerte diesen Eindruck und soll hier kurz vorgestellt werden.

DRV- interne gutachterbezogene Statistik zum Votum aller Gutachten des Sozialgerichts und Landessozialgerichts 2005 in Klageverfahren gegen die DRV Berlin

Die Erfassung der Gutachter-Entscheidungen erfolgte durch die Mitarbeiter der Rechtsbehelfsabteilungen der DRV Berlin.

208 Gerichtsgutachter erstellten im Jahr 2005 insgesamt 1265 Gutachten in Sozialgerichtsverfahren gegen die DRV Berlin.

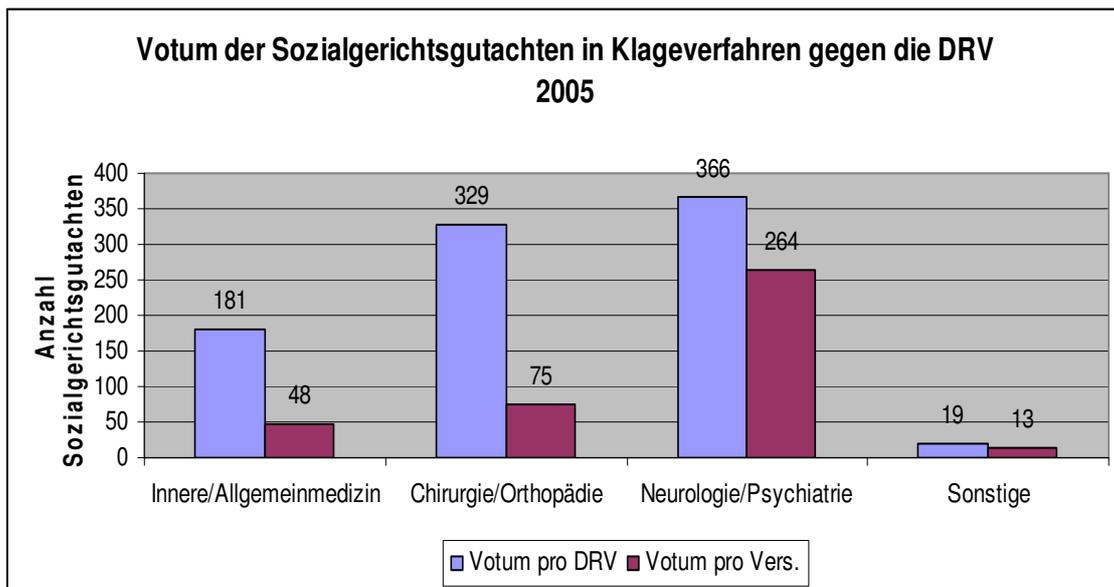


Abbildung 1: Votum der Sozialgerichtsgutachten in Rentenklageverfahren gegen die DRV Berlin 2005, unterteilt nach Fachrichtungen, Angabe in Gutachtenanzahl, Fallzahl N=1265

Tabelle 1: Votum der Sozialgerichtsgutachten in Rentenklageverfahren gegen die DRV Berlin 2005, Fallzahl N=1265

Gutachten-Fachrichtung	Anzahl der Gutachten	Votum pro DRV	Votum pro Vers.
Innere/Allgemeinmedizin	229	79%	21%
Chirurgie/Orthopädie	404	81%	19%
Neurologie/Psychiatrie	600	56%	44%
Sonstige	32	55%	41%

Auch wenn die Datenerfassung nicht wissenschaftlichen Kriterien genügt, wurden interessante Aspekte deutlich:

1. Fast jedes zweite Gerichtsgutachten wurde im Fachgebiet Neurologie/ Psychiatrie erstellt.
2. Eine Berentung des Versicherten wurde in immerhin 44 Prozent der nervenärztlichen Gerichtsgutachten empfohlen, aber nur in 21 bzw.19 Prozent der internistisch/allgemeinmedizinischen und orthopädisch/chirurgischen Gerichtsgutachten.
3. Die namentliche Erfassung der Entscheidungen der Gutachter zeigte zudem Folgendes:
Einzelne Gutachter bestätigten in allen Gutachten die Entscheidung der DRV, andere Gutachter hingegen votierten in allen Verfahren gegen die DRV.

Solche extremen Rentenbefürwortungs- und Ablehnungsquoten erschienen nicht plausibel. Da grundsätzlich zu unterstellen ist, dass bei Zuweisung der Probanden nach dem Zufallsprinzip das Verhältnis zwischen „leicht“ und „schwer“ beeinträchtigten Rentenantragstellern bei jedem Gutachter im Mittel identisch ist, müsste jeder Gutachter sowohl Rentenbefürwortungen als auch Rentenablehnungen aussprechen, auch die Ablehnungsquoten müssten vergleichbar sein.

Ergänzend wurde daher von mir als Qualitätssicherungsverantwortliche der Ärztlichen Abteilung eine

interne Statistik der DRV Berlin im Rahmen der Qualitätssicherung zur Ermittlung der Rentenablehnungsquote der Gutachten aller internen und externen DRV-Gutachter

initiiert und ausgewertet.

Im 1. Halbjahr 2006 wurde dazu von allen regelmäßig für die DRV Berlin tätigen externen und internen Gutachtern (18 Internisten/ Allgemeinmediziner , 9 Chirurgen/ Orthopäden und 20 Nervenärzte) die Gesamtzahl der erstellten Gutachten im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren mit Votum (Rente ja/nein) erfasst: insgesamt 2401 Gutachten. (Nicht erfasst wurden prüfärztliche Entscheidungen nach Aktenlage!)

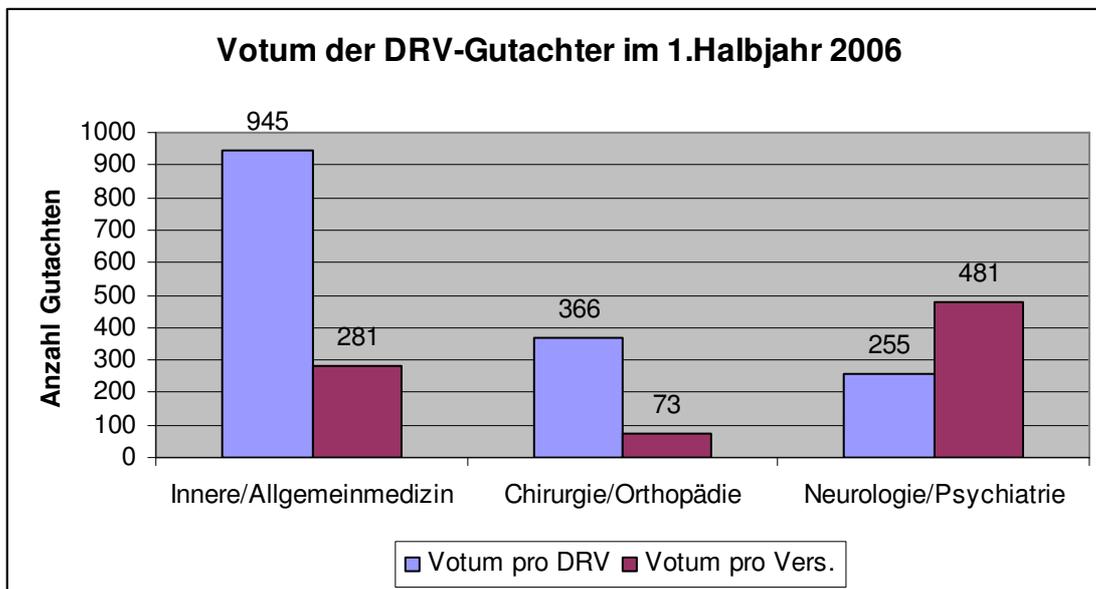


Abbildung 2: Votum der DRV-Gutachter in Gutachten zu Rentenanträgen, 1.Halbjahr 2006, unterteilt nach Fachrichtung, Angabe in Gutachtenanzahl, Fallzahl N=2401

Tabelle 2: Votum der DRV-Gutachter in Begutachtungen zu Rentenanträgen, 1.Halbjahr 2006; Fallzahl N=2401

Gutachten-Fachrichtung	Anzahl der Gutachten	Votum pro DRV	Votum pro Vers.
Innere/Allgemeinmedizin	1226	77%	23%
Chirurgie/Orthopädie	439	83%	17%
Neurologie/Psychiatrie	736	35%	65%

Auch aus dieser ebenfalls nicht wissenschaftlichen Kriterien genügenden Datenerhebung waren interessante Aspekte ableitbar:

1. Im Gegensatz zum Sozialgerichtsverfahren mit Dominanz nervenärztlicher Begutachtungen erfolgt fast die Hälfte der Begutachtungen in der DRV Berlin durch Internisten oder Allgemeinmediziner und nur 30 Prozent durch Nervenärzte.
2. 65 Prozent, also fast zwei Drittel der im Auftrag der DRV erstellten *nervenärztlichen* Rentengutachten befürworteten eine Berentung!
3. Im Gegensatz dazu sprachen sich nur rund 20 Prozent der somatischen Gutachten für eine Rentenbefürwortung aus.

Da die offiziellen Rentenstatistiken bei abgelehnten Rentenanträgen bis dato keine medizinischen Diagnosen erfassten, ist ein vergleichender Bezug zur Gesamtstatistik der DRV nicht möglich.

3. Fragestellungen und Hypothesen

Wie im theoretischen Teil ausgeführt, gibt es bislang nur wenige Studien zur Qualität und Reliabilität sozialmedizinischer Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente. Eine Überprüfung der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung ärztlicher Gutachten erfolgt jedoch regelhaft vor den Sozialgerichten, wenn ein Rentenantragsteller Klage gegen das vom Rentenversicherungsträger festgestellte positive Leistungsvermögen mit resultierender Rentenablehnung erhebt. Einem Ausgang des Rentenrechtsstreits für den Versicherten im Sinne der begehrten Berentung liegt ja im Allgemeinen eine abweichende, negative Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers durch das Gericht zugrunde. An Hand der vom Sozialgericht bearbeiteten Rentenklageverfahren soll untersucht werden, welche Faktoren zur Abweichung bzw. Übereinstimmung in den Leistungseinschätzungen der Gutachten des Rentenversicherungsträgers und der Sozialgerichte führen. Dabei werden die Gutachten für die Sozialgerichte nicht per se als „richtig“ angenommen, zumal auch die Sozialgerichte bekanntermaßen nicht allen Einschätzungen der vom Gericht beauftragten Gutachter folgen, sondern bei Zweifeln Stellungnahmen und Gutachten anderer Sachverständiger einholen. Vielmehr zielt die Untersuchung darauf ab, die Gründe bzw. erklärende Faktoren für die unterschiedliche Einschätzung des Leistungsvermögens desselben Individuums durch verschiedene

ärztliche Gutachter der DRV und der Sozialgerichte zu erfassen. Zudem soll nach Prädiktoren gesucht werden, die eine abweichende, rentenrelevante gutachtliche Leistungsbeurteilung im Sinne eines Ausgangs der Rentenklageverfahren für die Versicherten vorhersagen können.

Folgende Fragestellungen sollen untersucht werden:

1. Ist die Qualität der sozialmedizinischen Ermittlungen durch die DRV unter besonderer Berücksichtigung der Gutachtenqualität ausschlaggebend für die Entscheidung zugunsten der DRV?
2. Sind medizinische/ krankheitsbedingte Faktoren ausschlaggebend?
Bestätigt sich eine besondere Bedeutung neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen für die Berentung der Versicherten im Klageverfahren?
3. Sind personengebundene, klägerbezogene Variablen nichtmedizinischer Art für den Klageausgang vorrangig entscheidend?

Zu Fragestellung 1 werden folgende Hypothesen formuliert:

1. Hypothese:
Es wird angenommen, dass nach umfangreicher sozialmedizinischer Sachaufklärung durch den Rentenversicherungsträger – mit Mehrfachbegutachtung unter Einbeziehung aller relevanten Fachrichtungen - die Leistungseinschätzung durch das Sozialgericht bestätigt wird.
2. Hypothese:
Es wird angenommen, dass Qualitätsmängel in den Gutachten der DRV oder in den Gutachten für die Sozialgerichte zu abweichenden Leistungsbeurteilungen führen.

Zu Fragestellung 2 werden folgende Hypothesen formuliert:

3. Hypothese:
Es wird angenommen, dass gravierende Neuerkrankungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Rentenklägers zu diskrepanten gutachtlichen Bewertungen führen.
4. Hypothese:
Es wird angenommen, dass das Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen

Erkrankung im Gegensatz zu internistischen und orthopädischen Erkrankungen eine prognostische Bedeutung für eine Berentung im Klageverfahren besitzt.

Zu Fragestellung 3 wird folgende Hypothese formuliert:

5. Hypothese:

Es wird angenommen, dass personengebundene, nicht-medizinische Variablen der Rentenantragsteller - Alter, Geschlecht, Herkunft, Erwerbsstand und Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes - keinen Einfluss auf den Ausgang der Rentenklageverfahren haben.

4. Methodik

4.1. Studiendesign und Durchführung, Instrumentarium, Quellen der Datenerhebung

4.1.1. Studiendesign und Durchführung

Die vorliegende Fallanalyse basiert auf Akten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Berlin. Untersucht wurden alle vor den Sozialgerichten (SG) und Landessozialgerichten (LSG) abgeschlossenen Rentenklageverfahren gegen die DRV Berlin im Zeitraum eines Jahres - von Mai 2006 bis April 2007. Die Verfahren wurden zumeist vor den Sozialgerichten Berlin/ Brandenburg verhandelt, seltener von Gerichten anderer Bundesländer, abhängig vom aktuellen Wohnort des Rentenklägers. Insgesamt wurden 620 Rentenklageverfahren erfasst. Die Auswertung der Streitakten erfolgte qualitativ anhand eines inhaltsanalytischen Verfahrens mit Kategorienbildung und Checkliste. Ergänzend wurden einzelne prägnante Fälle beispielhaft analysiert.

4.1.2. Instrumentarium

Mittels der zur Auswertung entwickelten Checkliste (siehe Anhang) wurden folgende Daten erhoben:

a) individuelle /soziodemographische Daten der Versicherten:

- Alter bei Rentenantragstellung
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Erwerbsstand bei Rentenantragstellung

b) Daten zum formalen Verlauf des Rentenklageverfahren

- Art des Rentenanspruchs:
 - Erstantrag
 - Wiederholungsantrag
 - Antrag auf Zeitrentenweitergewährung
- Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes und Differenzierung zwischen
 - Rechtsanwalt,
 - anwaltliche Vertretung im Rahmen einer Mitgliedschaft im DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) oder in den Sozialverbänden SOVD und VdK oder
 - Rentenberater.
- Art und Umfang der sozialmedizinischen Ermittlung durch die DRV Berlin:
 - Gutachten- Anzahl und –Fachrichtung
 - andere medizinische Unterlagen, z.B. Gutachten von MDK, Arbeitsagentur, Berufsgenossenschaft, Rehabilitationskliniken
- Art und Umfang der sozialmedizinischen Ermittlung durch Sozialgericht und Landessozialgericht:
 - Gutachten-Anzahl und –Fachrichtung
 - Name des Gutachters
 - Abgrenzung von Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG
- Dauer des gesamten Verfahrens vom Datum des Rentenanspruchs bis zum

- Datum der abschließenden Gerichtsentscheidung

c) sozialmedizinische Parameter

- angegebenes Leistungsvermögen in den Gutachten der DRV und der Sozialgerichte
bzw. in den zur Leistungsbeurteilung herangezogenen medizinischen Berichten
(Aus Gründen der Praktikabilität wird das Votum des Gutachtens für oder gegen eine Berentung angegeben, auch wenn der Gutachter formal nicht über die Rentengewährung entscheidet.)
- Hauptdiagnosen nach ICD-Klassifikation in den Gutachten der DRV und der Sozialgerichte oder den zur Leistungsbeurteilung herangezogenen Berichten
- Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung mit Angabe des Beginns
 - bei Antragstellung
 - im Widerspruchsverfahren
 - im Verlauf des Rentenklageverfahren
- bei abweichender Leistungsbeurteilung im Gerichtsgutachten Erfassung der vom Gerichtsgutachter angegebenen Gründe:
 - neu aufgetretene Erkrankung
 - Verschlechterung einer Erkrankung
 - bislang unberücksichtigte Symptome/Leiden
 - Fehler im Gutachten für die DRV
 - andere Wertung der Auswirkungen der Erkrankungen
- Stellungnahme des DRV-Prüfarztes zum divergenten Gerichtsgutachten/
Akzeptanz
- Ausgang des Verfahrens:
 - Urteil
 - Gerichtsbescheid
 - Vergleich
 - Klagerücknahme durch Versicherten
 - Anerkenntnis durch DRV

- Wertung pro Vers. bzw. pro DRV, abhängig von Bestätigung der Leistungsbeurteilung der DRV und Rentengewährung

4.1.3. Quellen der Datenerhebung

Hierzu wurde jeweils die gesamte Akte gesichtet:

- der medizinische Teil, die so genannte Arztakte der DRV, der sämtliche medizinische Befunde einschließlich aller medizinischen Gutachten und Entlassungsberichte medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen des Rentenversicherungsträgers im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren sowie gegebenenfalls früherer Klageverfahren enthält
- die Verwaltungsakten der DRV mit dem so genannten Kontospiegel (gespeicherte Daten des Versicherten)
- der medizinische Teil der so genannten Streitakte, der die im Klageverfahren eingeholten medizinischen Berichte und Gutachten für das Sozialgericht enthält (Arzt-Streitakte)
- der Verwaltungsteil der Streitakte, der die abschließende Gerichtsentscheidung gegebenenfalls mit Begründung sowie die Korrespondenz von Gericht, DRV und Rechtsbeistand enthält.

Eindeutig aus den Unterlagen zu ermitteln waren Rentenantragsart, Geschlecht und Alter der Rentenantragsteller. Zur Ermittlung des Migrationshintergrundes wurden die Daten zum Geburtsland im Kontospiegel (gespeicherte Daten des Versicherten) und bedarfsweise ergänzende Aussagen in den Gutachten zum Herkunftsland in der Sozialanamnese bzw. in den Angaben zur Identitätskontrolle (Pass) herangezogen.

Der Erwerbsstand und Angaben zur Dauer einer gegebenenfalls bestehenden Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung waren nicht in allen Akten eindeutig vermerkt.

Ein vorhandener Rechtsbeistand und deren Art konnte aus dem Verwaltungsteil der Streitakte eindeutig festgestellt werden.

Die Verfahrensdauer wurde festgelegt als Zeitraum vom Tag der Rentenantragstellung bis zum Datum der Beendigung des Klageverfahren vor dem Sozial- oder

Landessozialgericht laut Gerichtsakte - Tag des Urteils, Gerichtsbescheids oder Vergleichs, der Klagerücknahme oder Annahme eines Anerkenntnis.

Art und Umfang der medizinischen Befundermittlung in der DRV wurden aus der Arztakte der DRV ermittelt, Art und Umfang der medizinischen Beweiserhebung durch die Sozialgerichte aus der Arzt-Streitakte. Zur Erfassung der Hauptdiagnosen nach ICD-Klassifikation konnte bei den DRV-Gutachten auf die obligatorische Kodierung in den Gutachtenschlussblättern bzw. auf der prüfärztlichen Stellungnahme zurückgegriffen werden. Bei Gerichtsgutachten musste in Einzelfällen eine Nachkodierung an Hand der vom Gutachter formulierten Diagnose erfolgen. Das Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung und dem angegebenen Erkrankungsbeginn wurde aus den Arztakten ermittelt unter Berücksichtigung der Angaben des Versicherten und vorhandener medizinischer Belege wie Atteste, Befundberichte oder Gutachten.

Zur Erfassung der Gründe diskrepanter Leistungseinschätzungen zwischen Gutachten der DRV und der Sozialgerichte wurden Gerichtsgutachten mit abweichender Leistungsbeurteilung inhaltlich analysiert. Berücksichtigt wurden dabei neben den Diagnosen und den Ausführungen in der Epikrise insbesondere die vom Gerichtsgutachter regelhaft anzugebende Begründung für die Abweichung sowie die Stellungnahme des Prüfarztes der DRV zu Gerichtsgutachten und Diskrepanz. Dabei erfolgt die Auswahl der dem sozialmedizinischen Dienst der DRV Berlin zur prüfärztlichen Stellungnahme vorzulegenden Sozialgerichtsgutachten verwaltungsseitig, und zwar grundsätzlich bei abweichender Leistungsbeurteilung im Sinne einer Berentungsempfehlung, aber auch bei Angabe neuer gravierender qualitativer Leistungseinschränkungen, z.B. postulierter Wegeunfähigkeit, fehlender Anpassungsfähigkeit oder Schulungsunfähigkeit mit möglicherweise resultierender Berentung.

4.2. Auswertungsstrategien

Die Datenanalyse erfolgte mit dem SPSS-Programm („Statistical Package for the Social Sciences“) Version 13.0. Es wurden deskriptive Statistiken - Häufigkeiten und Mittelwertberechnungen - angewandt. Zur Überprüfung unterschiedlicher Häufigkeiten verschiedener Merkmale wurden Chi-Quadrat-Statistiken berechnet.

Unterschiede zwischen statistischen Variablen gelten als signifikant (wesentlich), wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall entstanden sind, nur gering ist. Das Signifikanzniveau bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, mit der sich im Rahmen eines Hypothesentests fälschlicherweise für die Alternativhypothese entschieden wird, obwohl die Nullhypothese eigentlich richtig ist. Es wird daher auch als Irrtumswahrscheinlichkeit bezeichnet. Für die Auswertung der Tests wurde eine in der Medizinstatistik übliche maximal zulässige Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% festgelegt, entsprechend einem Signifikanzniveau von 0,05. Signifikanz liegt vor, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich dem Signifikanzniveau ist.

Zur Ermittlung prognostisch relevanter Einflussfaktoren, so genannter Prädiktoren, für den Ausgang des Rentenklageverfahren zu Gunsten des Versicherten (=Berentung) wurden quantitative Prognoseverfahren verwandt. Die Verfahren der Regressions- und Korrelationsanalyse dienen der Beschreibung eines Zusammenhangs zwischen zwei (oder mehreren) Merkmalen. Dabei beschreibt die Regression die Art des gerichteten Zusammenhangs, die Korrelation misst die Stärke eines (ungerichteten) Zusammenhangs zweier Merkmale.

Mit Hilfe der linearen Regression kann der Einfluss einer oder mehrerer erklärender Variablen X auf eine stetige Zielvariable Y untersucht werden.

Die logistische Regression kommt als Auswertungsmethode in Frage, wenn man den Einfluss erklärender Variablen X auf eine Zielvariable Y untersuchen möchte, und diese Zielvariable ein binäres Messniveau besitzt (d.h. Zielvariable Y ja=1 oder nein=0). Zur Beschreibung des quantitativen Zusammenhangs zwischen einer Einflussvariable X und der Zielvariable Y wird anstelle von Y das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeit (engl.: probability) p für den Eintritt der Zielvariable Y modelliert: $p=P(Y=1)$. Während Y nur die beiden Ausprägungen 1 und 0 besitzt, kann p jede beliebige Zahl zwischen 0 und 1 annehmen. Die Chance (engl.: odds) berechnet sich aus der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt und der Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt (Gegenwahrscheinlichkeit): $p/(1-p)$. Ist der Wert eines Odds eins, dann ist dies mit einer 50:50-Chance identisch. Werte größer eins drücken aus, dass die Variable im Zähler den größeren Wert aufweist, während Werte kleiner eins bedeuten, dass diejenige im Nenner den größeren Anteil aufweisen. Das gebräuchliche Effektmaß in der Epidemiologie ist das Odds-Ratio (OR), das als Verhältnis der Chancen zwischen exponierten und nicht exponierten Personen definiert ist. Aus dem mittels der

logistischen Regression ermittelten Regressionskoeffizienten β kann das Odds-Ratio direkt berechnet werden: $OR = \exp(\beta)$. Die binäre logistische Regression ermöglicht Aussagen zur Stärke und Richtung der Beeinflussung der Eintrittswahrscheinlichkeit von $Y=1$ durch bedingende, unabhängige Variablen. Das logistische Regressionsmodell kann sowohl für prospektive Kohortenstudien als auch für retrospektive Fall-Kontrollstudien genutzt werden. Als Anwendungsvoraussetzung wird in der Literatur eine Fallzahl von etwa 100 angegeben (Backhaus et al. 2003). Somit konnte die Erfassung des Einflusses verschiedener Variablen auf den Ausgang des Rentenklageverfahren (Berentung ja oder nein) mit Hilfe der multiplen logistischen Regression erfolgen. Auch das Regressionsmodell wurde mit dem Signifikanzniveau von 5 % getestet. Die Ermittlung der Korrelation, also der Abhängigkeit zwischen zwei oder mehr statistischen Variablen, erfolgte mittels Kreuztabellen sowie der Korrelationsberechnung nach Pearson. Der Pearson'sche Korrelationskoeffizient r ist dabei eine Abhängigkeitsmaßzahl für den linearen Zusammenhang zweier quantitativer stetiger Merkmale und kann Werte zwischen -1 (gegenläufiger, negativer Zusammenhang) und +1 (gleichsinniger, positiver Zusammenhang) annehmen. Bei Werten um 0 besteht kein Zusammenhang.

5. Ergebnisse

5.1. Stichprobenbeschreibung

Es konnten 620 Rentenklageverfahren ausgewertet werden.

Die nachfolgende kurze Stichprobenbeschreibung gliedert sich in

- a) individuelle /soziodemographische Daten der Versicherten
- b) Daten zum formalen Verlauf des Rentenklageverfahren

Die ausführliche Beschreibung und Einordnung der erhobenen soziodemografischen und verfahrensbezogenen Parameter erfolgt im Zusammenhang mit der Darstellung des ermittelten Einflusses dieser Parameter auf den Ausgang der Rentenklageverfahren im nachfolgenden Kapitel.

zu a) individuelle/soziodemografische Daten der Versicherten

Das Durchschnittsalter der Rentenkörper zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung betrug 49,3 Jahre. Der jüngerste Körper war erst 24 Jahre alt, der älteste Körper war 62 Jahre alt.

Der Anteil der Männern unter den Rentenkörpern überwog leicht: 58,5 Prozent waren Männer.

Bei einem Viertel der Körper wurde ein Migrationshintergrund festgestellt.

Die Erfassung des Erwerbsstandes zeigte, dass die Mehrheit der Rentenkörper zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung arbeitslos war (57,4 Prozent). Knapp ein Drittel der Versicherten waren bei Rentenantragstellung arbeitsunfähig und fast 5 Prozent waren noch berufstätig. (8,1 Prozent ohne Angabe).

Nahezu 4/5 der gegen die Rentenablehnung klagenden Versicherten nahm einen Rechtsbeistand in Anspruch.

Tabelle 3: Wichtige soziodemografische Stichprobencharakteristika

Stichprobengröße N=620

		Anzahl
Alter (Mittelwert)	49,3 Jahre	620
Männer	58,5%	363
Frauen	41,5%	257
Körper mit Migrationshintergrund	26%	161
Arbeitslose	57,4%	356
Arbeitsunfähige	29,8%	185
Berufstätige	4,7%	29
Körper mit Rechtsbeistand	78,1%	484

b) Daten zum formalen Verlauf des Rentenkörperverfahren

Das Gros der Rentenkörperverfahren betraf erstmals gestellte Rentenanträge (70,8 Prozent). Ein Fünftel der Körperverfahren richtete sich gegen erneut abgelehnte Rentenanträge. Nur knapp 10 Prozent klagten gegen die Ablehnung einer Zeitrenten-Weitergewährung.

Die mittlere Dauer der Rentenklageverfahren, gerechnet vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zur abschließenden Gerichtsentscheidung, lag bei 2 Jahren, 9 Monaten. Das kürzeste Verfahren war bereits nach 7 Monaten beendet, das längste Verfahren hingegen erst nach 12 Jahren und 6 Monaten.

Fast drei Viertel der untersuchten Rentenklageverfahren endeten *ganz oder teilweise* zugunsten der beklagten Rentenversicherungsanstalt DRV Berlin (74,6 Prozent, 462 der 620 Klageverfahren). Aus Sicht der Versicherten wurden 172 (27,7 Prozent) der Klageverfahren *ganz oder teilweise* zu ihren Gunsten im Sinne einer Berentung entschieden.

Tabelle 4: Wichtige formale Charakteristika des Klageverfahren

(Stichprobengröße N=620)

		Anzahl
Dauer des Verfahrens (Mittelwert)	2 Jahre, 9 Monate	620
erneuter Rentenantrag	20,6%	127
Zeitrenten-Weitergewährung	8,4%	52
Rentenerstantrag	70,8%	439
Ausgang ganz/teilweise pro DRV	74,6%	462
Ausgang ganz/teilweise pro Vers.	27,7%	172

In 14 dieser Klageverfahren erzielten somit sowohl die DRV als auch der klagende Versicherte einen Teilerfolg: Bei Bestätigung der Leistungseinschätzung der DRV erhielt der Versicherte aus berufskundlicher Einschätzung heraus eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, nicht jedoch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. (siehe hierzu auch das Kapitel 5.4. Abschnitt C) „Sonderfälle mit resultierender Berentung ohne Vorliegen divergierender Gutachten“)

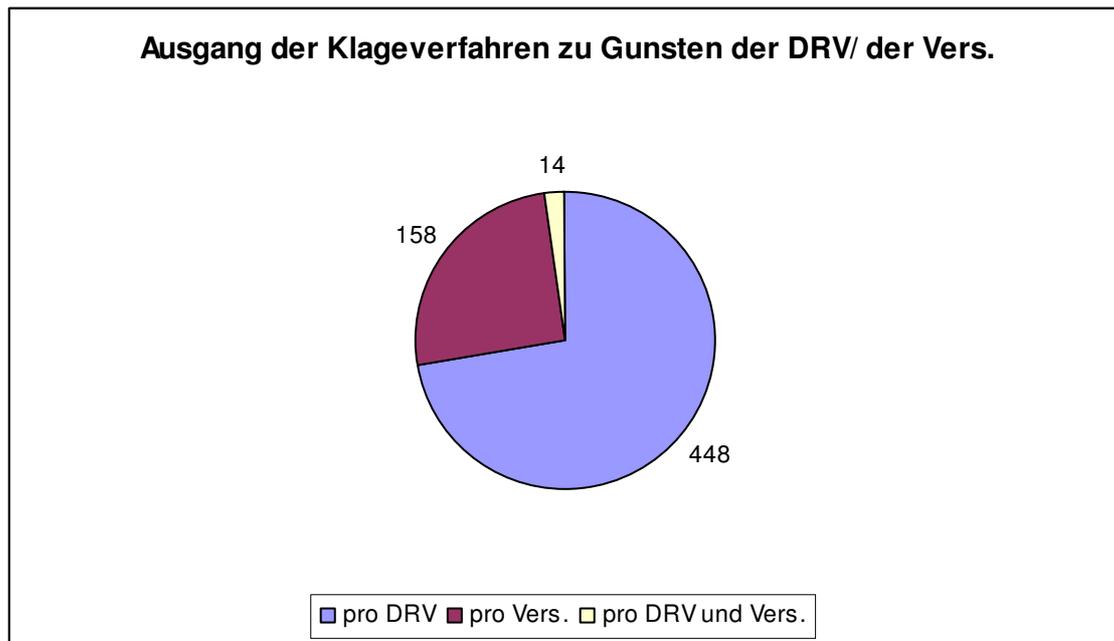


Abbildung 3: Ausgang der Rentenklageverfahren ganz oder teilweise zugunsten der DRV und der Kläger, Fallzahl N=620

5.2. Einflussfaktoren auf den Ausgang des Rentenklageverfahren

5.2.1. Soziodemografische Parameter

Untersucht wurden die Zusammenhänge zwischen den individuellen, personengebundenen Merkmalen und dem Ausgang der Rentenklageverfahren für oder gegen die DRV bzw. den Versicherten. Dabei werden zu den einzelnen soziodemografischen Parametern zunächst die deskriptiven Statistiken zu Häufigkeiten und Verteilungs- und Mittelwertberechnungen vorangestellt und anschließend die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen vorgestellt. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse unter Einbeziehung soziodemografischer, verfahrensbezogener und sozialmedizinischer Parameter werden im Anschluss zusammengefasst im Kapitel 5.3. „Prädiktoren des Verfahrensausgangs“ dargestellt.

Folgende soziodemografische Parameter wurden berücksichtigt:

1. Alter
2. Geschlecht

3. Vorliegen eines Migrationshintergrunds bei den Rentenklägern
4. Erwerbsstand bei Antragstellung

1. Einfluss des Alters der Rentenkläger auf den Ausgang des Verfahrens

Das Alter der Kläger zum Zeitpunkt der Renten Antragstellung lag zwischen 24 und 62 Jahren.

Als Durchschnittsalter bei Renten Antragstellung wurden 49,3 Jahre ermittelt.

Die Hälfte der Kläger war zwischen 51 und 60 Jahre alt, knapp über ein Drittel zwischen 41 und 50 Jahre, rund 10 Prozent befanden sich in der 4. Lebensdekade.

Nur sehr wenige Rentenkläger waren älter als 60 Jahre oder jünger als 30 Jahre.

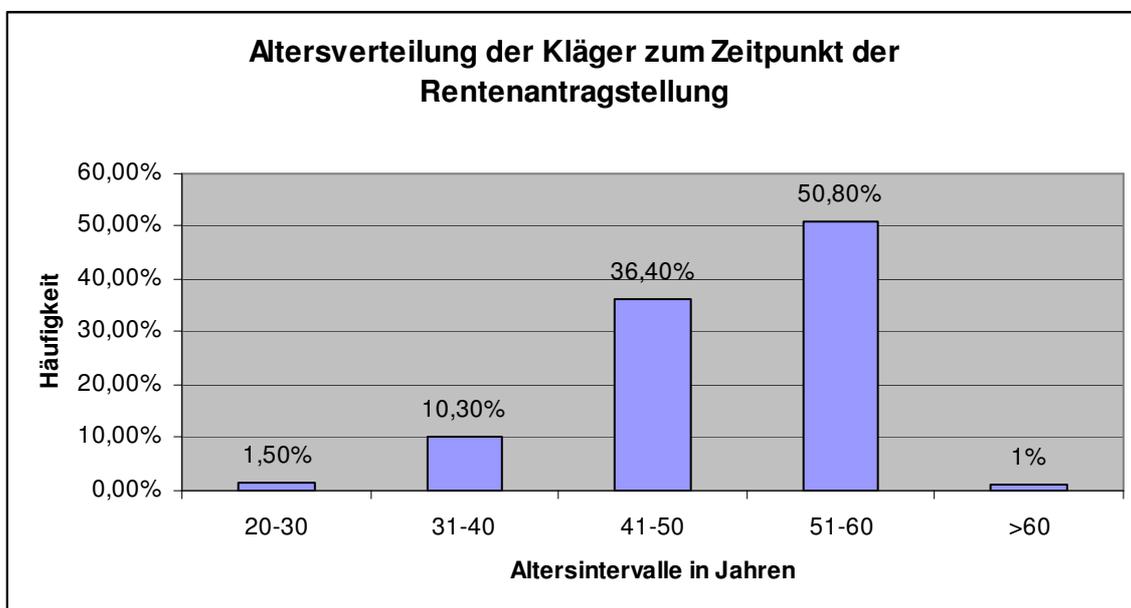


Abbildung 4: Alter der Rentenkläger bei Renten Antragstellung, Aufteilung in Altersdekaden Fallzahl N=620

Zur Beurteilung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Alter und Verfahrensausgang wurden Altersintervalle in Dekaden eingeteilt.

Zwischen Alter der Kläger und Verfahrensausgang ließ sich dabei kein signifikanter Zusammenhang nachweisen:

Chi- Quadrat $\chi^2 = 1,387$ (df = 4. Signifikanz p= 0,846)

Da die Signifikanz p >0,05, entsprechend einer Irrtumswahrscheinlichkeit von über 5% beträgt, ist davon auszugehen, das die Variablen Alter und Verfahrensausgang

voneinander unabhängig sind und somit kein statistischer Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen besteht.

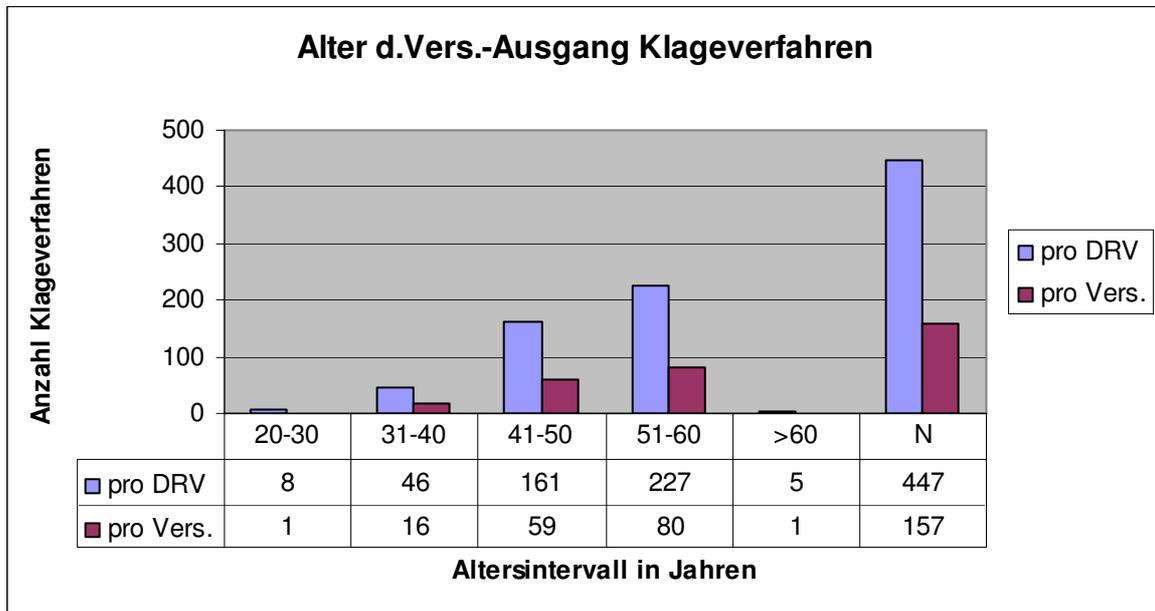


Abbildung 5: Ausgang der Rentenklageverfahren für/gegen die DRV/die Versicherten und Alter der Versicherten (Fallzahl N=604)

2. Einfluss des Geschlechts der Rentenkläger auf den Ausgang des Verfahrens

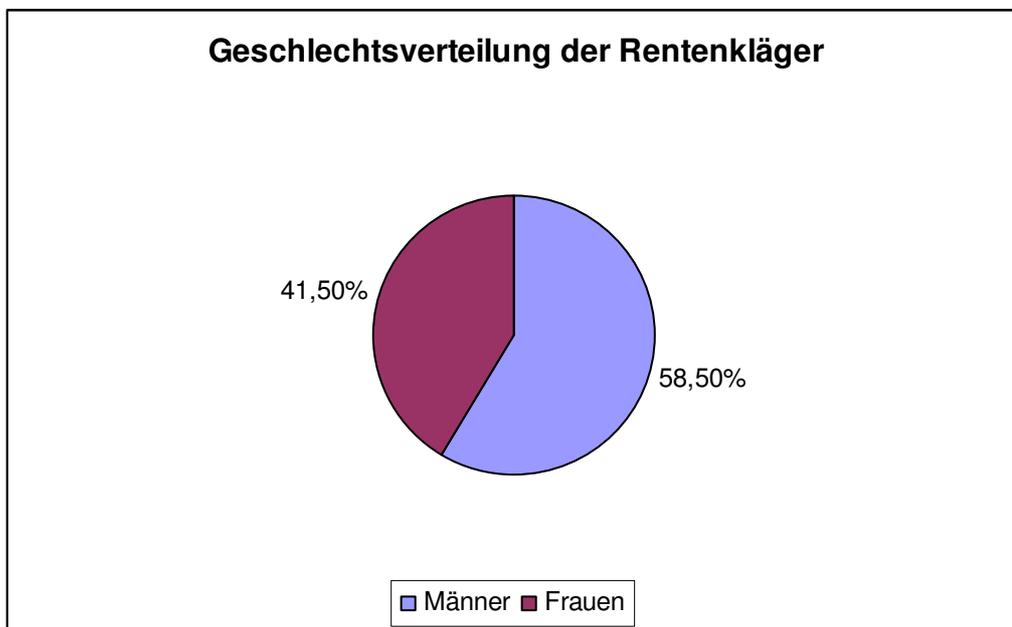


Abbildung 6: prozentuale Geschlechtsverteilung der Rentenkläger (N=620)

Unter den 620 Rentenklägern überwog der Anteil der Männer: 363 Kläger waren Männer, 257 Frauen.

Untersucht wurden das Vorhandensein möglicher geschlechtsspezifischer Häufigkeitsunterschiede in Bezug auf verschiedene soziodemografische und verfahrensbezogene Parameter:

1. Anzahl der gestellten Rentenanträge - Erst- oder Wiederholungsantrag bzw. Zeitrentenweitergewährungsantrag - in Abhängigkeit vom Geschlecht:
Fallzahl N=618
71,6 % der Rentenanträge der Männer und 70,2 % der Rentenanträge der Frauen betrafen Erstanträge,
19,6 bzw. 22,0 % erneute Rentenanträge und
8,8 bzw. 7,8 % Zeitrentenweitergewährungen.
Chi-Quadrat $\chi^2 = ,632$. (df = 2. Signifikanz p= 0,729)
2. Inanspruchnahme eines Rechtsbeistands in Abhängigkeit vom Geschlecht:
Fallzahl N=620
77,4% der Männer und 79% der Frauen nahmen einen Rechtsbeistand in Anspruch;
Chi-Quadrat $\chi^2 = ,219$ (b). (df = 1. Signifikanz p= 0,640)
3. Dauer des Verfahrens in Abhängigkeit vom Geschlecht:
Fallzahl N=620
Die Dauer des Verfahrens zwischen Rentenantragstellung und abschließender Gerichtsentscheidung betrug bei beiden Geschlechtern im Mittel 33 Monate bei Männern 32,84 Monate, bei Frauen 32,82 Monate.
T-Test: T ,14. (df = 618. Signifikanz p =0,989)
4. Ausgang des Rechtsstreits in Abhängigkeit vom Geschlecht:
Fallzahl N=604
75,6 % der Verfahren männlicher Kläger und 71,9 % der Verfahren weiblicher Kläger endeten zu Gunsten der DRV im Sinne einer Rentenablehnung.
Chi-Quadrat $\chi^2 = 1,050$. (df = 2. Signifikanz p= 0,306).

Zusammenfassend fanden sich für die untersuchten Variablen - Art des Rentenantrags, Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes, Verfahrensdauer und Ausgang der Klage für

oder gegen die Versicherten - keine signifikanten geschlechtsspezifischen Häufigkeitsunterschiede.

3. Einfluss eines Migrationshintergrundes der Rentenkläger auf den Ausgang des Verfahrens

Zur Gruppe der Migranten zählen angeworbene Arbeitskräfte (Gastarbeiter/Vertragsarbeiter) und deren Familienangehörigen, Aussiedler/Spätaussiedler, Flüchtlinge/Asylbewerber. Die Mehrzahl der in Berlin lebenden Migranten stammt aus der Türkei, andere häufigere Herkunftsländer sind insbesondere die Länder des ehemaligen Jugoslawien und der ehemaligen Sowjetunion sowie Polen. Zur Ermittlung des Migrationshintergrundes wurden die verwaltungsseitig im so genannten Kontospiegel gespeicherten Daten zum Geburtsland und ggf. ergänzende Aussagen in den Gutachten zum Herkunftsland herangezogen:

Bei 26 Prozent der klagenden Versicherten wurde ein Migrationshintergrund festgestellt.

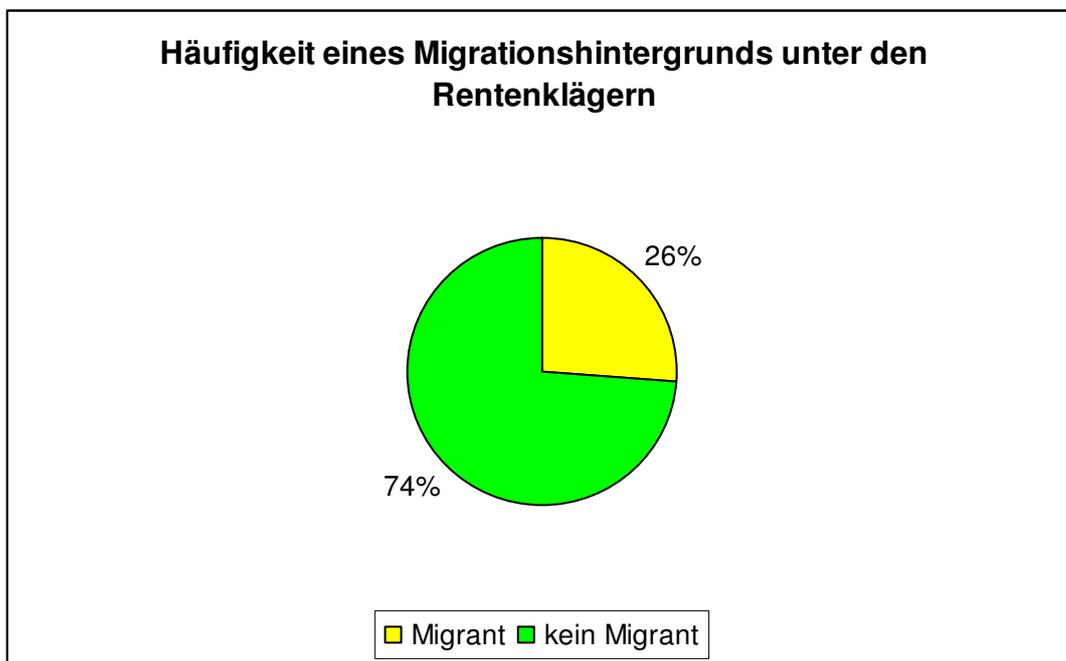


Abbildung 7: prozentuale Häufigkeit eines Migrationshintergrunds bei den Rentenklägern (Fallzahl N=620)

Untersucht wurde das Vorhandensein möglicher migrantenspezifischer Häufigkeitsunterschiede in Bezug auf verschiedene verfahrensspezifische Parameter:

1. Art des gestellten Rentenanspruchs - Erst- oder Wiederholungsanspruch bzw.

Zeitrentenweitergewährungsanspruch - in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund:

Fallzahl N=618

69,8 % der Rentenansprüche der Migranten und 71,5 % der Nicht-Migranten betrafen Erstanträge,

23,9 bzw. 19,4 % erneute Ansprüche und

6,3 bzw. 9,2 % Zeitrentenweitergewährungen.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 2,363$. (df = 2. Signifikanz p= 0,307)

Es fanden sich keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede in der Art des gestellten Rentenanspruchs zwischen Versicherten mit deutscher und Versicherten mit ausländischer Herkunft.

2. Dauer des Klageverfahrens in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund:

Fallzahl N=620

Der Mittelwert der Rentenanspruchsdauer bei Migranten betrug 32,35 Monate, bei Klägern ohne Migrationshintergrund 33,00 Monate.

(Levene-Test: F= 4,677, Signifikanz ,031. T =,422. (df =618. Signifikanz p= 0,673)

Es war somit kein signifikanter Unterschied in der mittleren Verfahrensdauer zwischen Klägern mit und ohne Migrationshintergrund nachweisbar.

3. Ausgang des Rechtstreits in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund:

Fallzahl N=604

44 der 158 Klageverfahren von Migranten (27,%) und

113 der 446 Klageverfahren von Nicht-Migranten (25,3%)

endeten mit einer Rentenzuerkennung.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 0,383$ (b). (df =1. Signifikanz p= 0,536)

Es fand sich demnach kein Anhalt für einen migrantenbezogenen

Häufigkeitsunterschied im Ausgang der Klageverfahren zu Gunsten der klagenden

Versicherten. Dieses auch unter politischen Aspekten wichtige Ergebnis wird daher nachfolgend tabellarisch und grafisch dargestellt.

Tabelle 5: Ausgang des Klageverfahren für/gegen die DRV/die Versicherten in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund der Rentenkläger (Angabe in Anzahl der Versicherten, Fallzahl N=604)

	Pro DRV	Pro Vers.	Gesamt
Vers. ohne Migrationshintergrund	333	113	446
Vers mit Migrationshintergrund	114	44	158
Gesamt	447	157	604

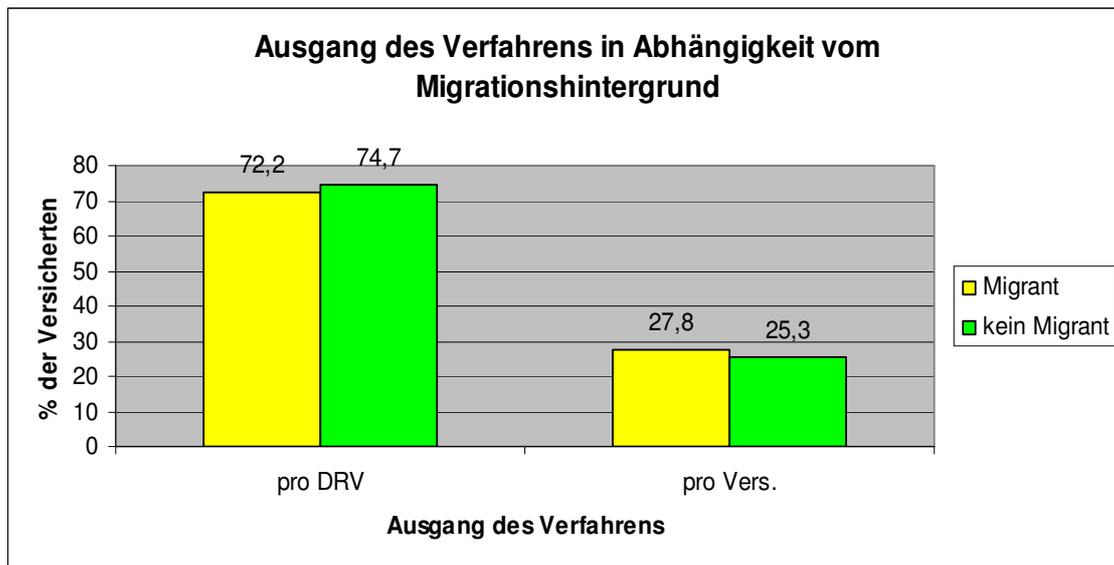


Abbildung 8: Ausgang des Klageverfahren für/gegen die DRV/die Versicherten in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund der Rentenkläger (Fallzahl N=604)

4. Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes in Abhängigkeit

vom Vorliegen eines Migrationshintergrundes:

Fallzahl N=620

85,1% der Versicherten ausländischer Herkunft nahmen einen Rechtsbeistand in Anspruch gegenüber 75,6% der Versicherten ohne Migrationshintergrund.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 6,274(b)$. (df = 1. Signifikanz p= 0,012; T-Test: F =30,330, Signifikanz p= ,000)

Dieser signifikante Unterschied wird mit den Absolutzahlen tabellarisch und zur Verdeutlichung mit Angabe der prozentualen Häufigkeiten grafisch dargestellt.

Tabelle 6: Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Angabe in Anzahl der Versicherten, Fallzahl N=620)

	Kein Rechtsbeistand	Rechtsbeistand	Gesamt
Vers. ohne Migrationshintergrund	112	347	459
Vers mit Migrationshintergrund	24	137	161
Gesamt	136	484	620

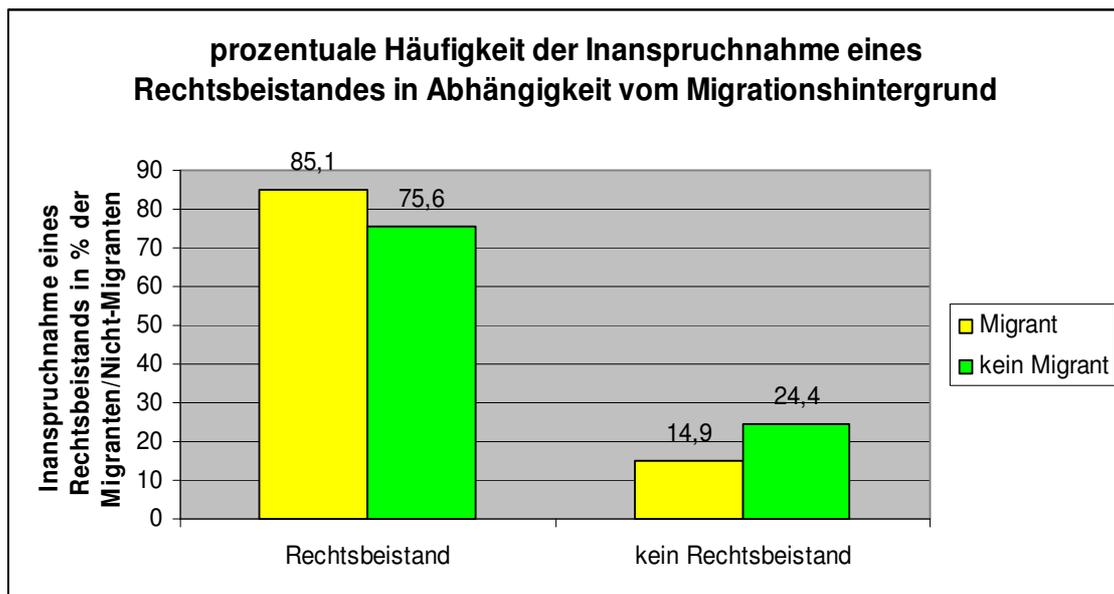


Abbildung 9: Prozentuale Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes abhängig vom Migrationshintergrund (Fallzahl N=620)

Die Auswertungen zu möglichen Einflüssen eines Migrationshintergrundes der Rentenkläger zusammenfassend fanden sich keine signifikanten migrantenspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Art des gestellten Rentenantrags, die Verfahrensdauer und den Verfahrensausgang zu Gunsten des Versicherten; es war jedoch ein signifikanter migrantenspezifischer Unterschied in der Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes nachweisbar.

4. Einfluss des Erwerbsstandes der Rentenkläger bei Rentenantragstellung auf den Ausgang des Verfahrens

Bei Rentenantragstellung war die Mehrheit der Versicherten arbeitslos, fast ein Drittel war arbeitsunfähig, und nur wenige Rentenantragsteller waren noch erwerbstätig. Die folgende tabellarische Darstellung wird anschließend grafisch verdeutlicht.

Tabelle 7: Erwerbsstand der Rentenkläger bei Rentenantragstellung (Fallzahl=620)

Erwerbsstand	Anzahl der Vers.	Prozent der Vers.
arbeitslos	356	57,4%
arbeitsunfähig	185	29,8%
erwerbstätig	29	4,7%
ohne Angabe	50	8,1%
Gesamt	620	100%

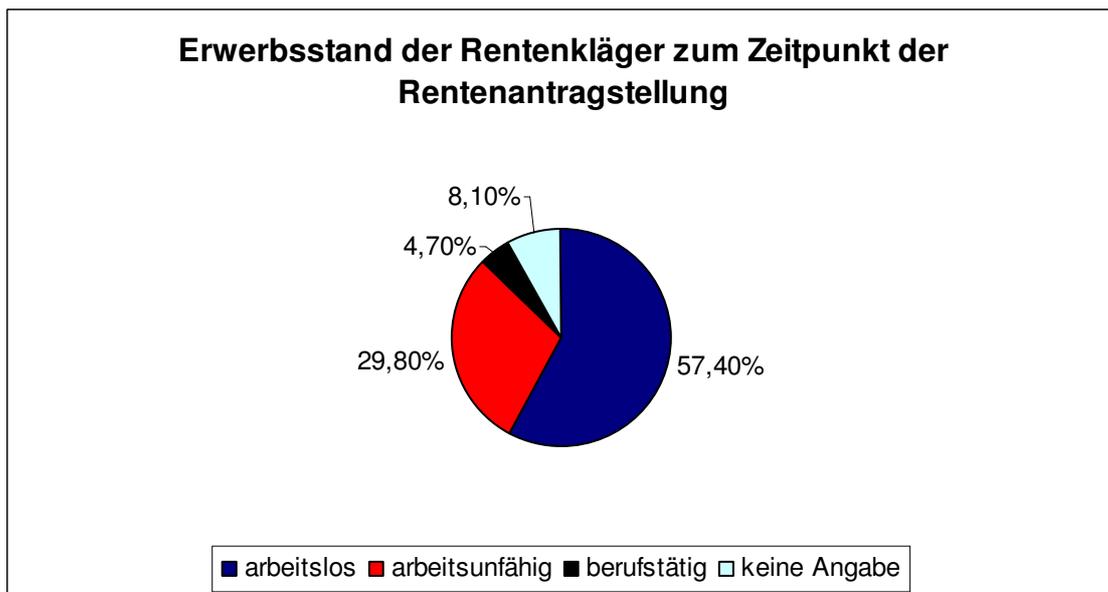


Abbildung 10: Erwerbsstand der Rentenkläger zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung, Angabe in Prozent, (Fallzahl N=620)

Der Erwerbsstatus der Versicherten zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung hatte einen signifikanten Einfluss auf den Verfahrensausgang. Die Berentungshäufigkeit war am höchsten bei den Arbeitsunfähigen, am niedrigsten bei den noch Berufstätigen.

Tabelle 8: Ausgang der Rentenklageverfahren zu Gunsten der DRV in Abhängigkeit vom Erwerbsstand der Rentenkörper bei Rentenantragstellung, Angabe in Anzahl der Versicherten

	Pro DRV	Pro Vers.	Gesamt
Berufstätig	24	5	29
Arbeitslos	280	75	355
Arbeitsunfähig	126	59	185
Gesamt	430	139	569

Zu einer Berentung kam es bei 17,2 Prozent der bei Antragstellung Erwerbstätigen, bei 21,1 Prozent der Arbeitslosen und bei 31,9 Prozent der arbeitsunfähig Erkrankten. Chi-Quadrat $\chi^2 = 8,485$ (a). (df =2. Signifikanz p= 0,014).

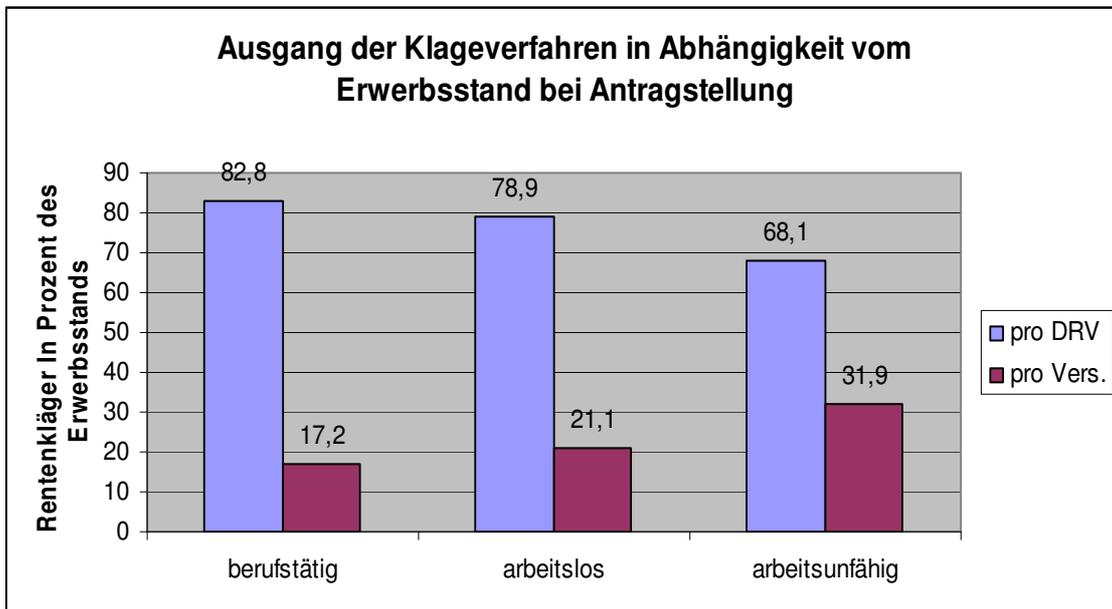


Abbildung 11: Ausgang der Rentenklageverfahren in Abhängigkeit vom Erwerbsstand der Rentenantragsteller zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung, Angabe in Prozent, (Fallzahl N=569)

In der Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte sich entsprechend ein negativer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Ausgang pro Versicherten (Korrelationskoeffizient $r = -0,114$. Signifikanz $p = 0,005$), hingegen ein positiver Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeit und Ausgang pro Versicherten im Sinne einer Berentung (Korrelationskoeffizient $r = 0,101$. Signifikanz $p = 0,013$).

Zur Überprüfung eines möglichen Einflusses des Erwerbsstandes auf die Dauer der Klageverfahren wurde eine Aufteilung der Klagedauer in Intervalle von je 20 Monaten vorgenommen. Ein signifikanter Einfluss des Erwerbsstandes auf die Dauer des Klageverfahren wurde nicht nachgewiesen: Chi- Quadrat $\chi^2 = 6,751$ (df =12. Signifikanz $p = 0,874$. Fallzahl $N = 570$).

5.2.2. Verfahrensbezogene Parameter

Ausgewählte verfahrensbezogene Parameter der Rentenklageverfahren wurden auf mögliche Zusammenhänge mit dem Ausgang der Verfahren für oder gegen die DRV bzw. den Versicherten untersucht. Im Folgenden werden zu den ausgewählten verfahrensbezogenen Parametern zunächst die deskriptiven Statistiken zu Häufigkeiten und Verteilungs- und Mittelwertberechnungen vorangestellt und anschließend die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen dargestellt. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse werden im Anschluss zusammengefasst im Kapitel 5.3. „Prädiktoren des Verfahrensausgangs“ vorgestellt.

Folgende verfahrensbezogene Parameter der Rentenklageverfahren wurden untersucht:

1. Einfluss der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes durch die Versicherten auf Dauer und Ausgang des Verfahrens
2. Einfluss des Umfangs der sozialmedizinischen Ermittlung in der DRV auf den Ausgang des Verfahrens
 - Anzahl der DRV- Gutachten im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren
 - Struktur der Begutachtung durch die DRV

- Durchführung einer neurologisch-psychiatrischen Begutachtung durch DRV
3. Einfluss des Umfangs der sozialmedizinischen Ermittlung der Sozialgerichte auf den Ausgang des Verfahrens
- Anzahl der Sozialgerichtsgutachten
 - Dauer des Klageverfahren
 - Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz
 - Auswahl des Sozialgerichtsgutachters

1. Einfluss der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes durch die Versicherten auf den Ausgang des Verfahrens

Erfasst wurde jede Art eines Rechtsbeistandes, somit rechtsanwaltliche Vertretung - auch über die Sozialverbände SOVD und VdK und den Gewerkschaftsbund DGB - oder aber über einen Rentenberater.

78,1 Prozent der Kläger, somit fast 4/5, nutzen einen Rechtsbeistand.

Wie bereits im Kapitel 5.2.1 „Soziodemografische Parameter“ ausgeführt, fand sich kein signifikanter Unterschied bei der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes zwischen Frauen und Männern: Männer nutzten zu 77,4 Prozent, Frauen in 79,0 Prozent anwaltliche Vertretung.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 0,219(b)$ (df = 1, p = 0,640).

Es war jedoch eine signifikant häufigere Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes bei Klägern mit Migrationshintergrund nachweisbar: 85,1 Prozent aller Migranten gegenüber 75,6 Prozent aller Nicht-Migranten beauftragten einen Rechtsbeistand.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 6,274(b)$. (df = 1. Signifikanz p = 0,012; T-Test: F = 30,330, Signifikanz ,000)

In den weiteren Untersuchungen zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Dauer des Verfahrens abhängig vom Vorhandensein eines Rechtsbeistandes: Ohne Rechtsbeistand betrug die Verfahrensdauer im Mittel 26 Monate. Unter Mitwirkung eines Rechtsbeistandes auf Klägerseite verlängerte sich die Verfahrensdauer signifikant auf im Mittel 35 Monate

Levene-Test zur Varianzanalyse: F = 21,408, (df = 618, Signifikanz p = 0,000, T = -5,610)

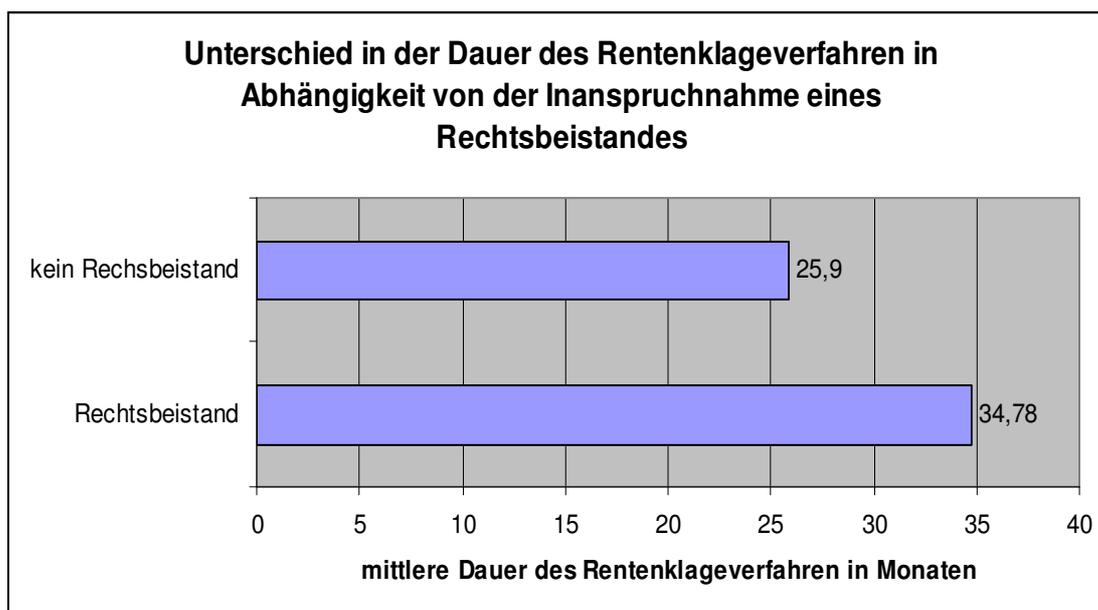


Abbildung 12: Unterschied in der Dauer des Rentenklageverfahren in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes, Angabe in Monaten (Fallzahl N=620)

Bei Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes fand sich ein hochsignifikant häufigerer Ausgang der Klageverfahren zu Gunsten des Rentenklägers:

Bei vorhandenem Rechtsbeistand erfolgte eine Entscheidung zugunsten der Versicherten in 27,2 Prozent dieser Fälle, ohne Rechtsbeistand nur in 8,1 Prozent.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 26,457$ (df = 1, Signifikanz p = 0,000).

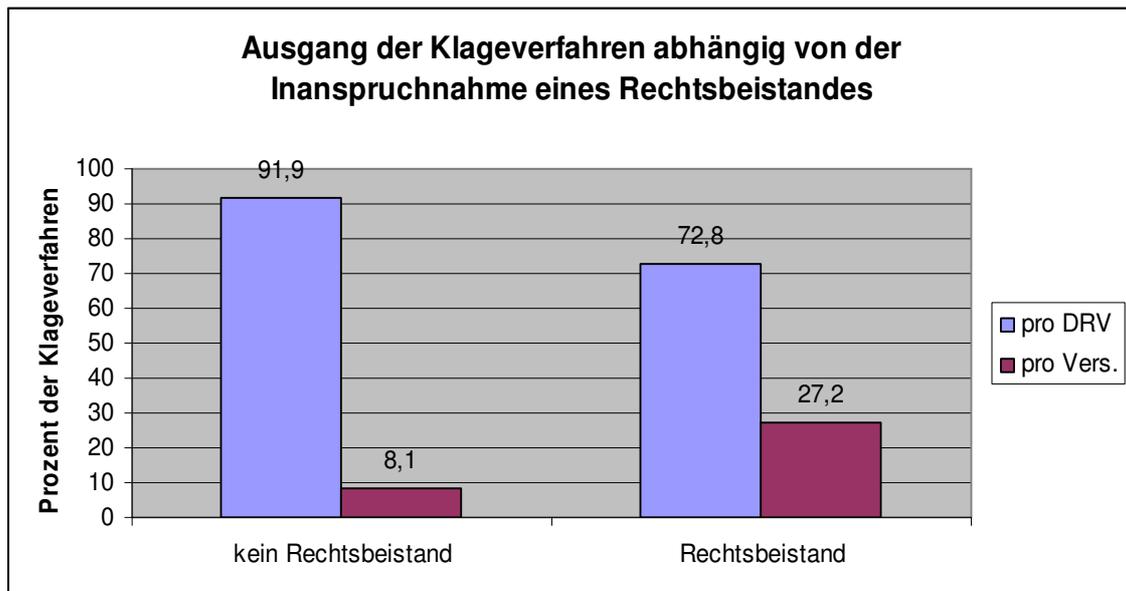


Abbildung 13: Ausgang der Rentenklageverfahren für den Vers. in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes, Angabe in Prozent der Klageverfahren (Fallzahl N=620)

Tabelle 9: Ausgang der Rentenklageverfahren für den Vers. in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme eines Rechtsbeistands, Angaben in Anzahl der Verfahren (Fallzahl N=620)

	Ausgang pro DRV	Ausgang pro Vers.	Gesamt (N)
Vers. ohne Rechtsbeistand	122	14	136
Vers. mit Rechtsbeistand	326	158	484

In der Korrelationsanalyse zeigte sich entsprechend ein positiver Zusammenhang zwischen Rechtsbeistand und positivem Ausgang für die Versicherten im Sinne einer Berentung

(Korrelationskoeffizient $r = 0,206$. Signifikanz $p = 0,000$).

Auch allein für einen Rentenberater als eine Form des Rechtsbeistandes zeigte sich eine positive Korrelation (Korrelationskoeffizient $r = 0,135$. Signifikanz $p = 0,001$).

2. Einfluss des Umfangs der sozialmedizinischen Ermittlung in der DRV auf den Ausgang des Verfahrens

- Anzahl der im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren durch die DRV erstellten Gutachten

Als ein Maß für den Umfang der sozialmedizinischen Sachaufklärung durch die Rentenversicherungsanstalt wurde die Anzahl der im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren durch die DRV erstellten Gutachten gewählt. In der überwiegenden Mehrzahl der Klageverfahren waren von der Rentenversicherungsanstalt ein oder zwei Gutachten erstellt worden, deutlich seltener lagen drei Gutachten vor. In immerhin 7 Fällen hatte die DRV den Rentenanspruch erst nach 4 Begutachtungen abschließend abgelehnt. Nur in wenigen Klageverfahren war der Rentenanspruch zuvor ohne DRV- eigene Begutachtung ausschließlich nach Aktenlage ablehnend entschieden worden.

Tabelle 10: Ausgang der Klageverfahren in Abhängigkeit von der Anzahl der von der DRV im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren erstellten Gutachten, Angaben in Fallzahlen, N=603 (Erläuterung: GA= Gutachtenanzahl: 0 GA- kein Gutachten; 1 GA- ein Gutachten usw.)

	0 GA	1 GA	2 GA	3 GA	4 GA	Gesamt N
Ausgang des Verfahrens pro DRV	25	210	166	39	7	447
Ausgang des Verfahrens pro Vers.	8	80	49	19	0	156

Die Anzahl der erstellten Gutachten blieb ohne statistisch signifikanten Einfluss auf den Ausgang des Verfahrens. Alle 7 Fälle mit je 4 von der DRV Berlin erstellten Gutachten gingen jedoch zugunsten der DRV aus.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 5,432$ (df =4. p =0,246). Levene-Test zur Varianzanalyse: F= ,004, Signifikanz p = ,947, T= ,416, df= 601)

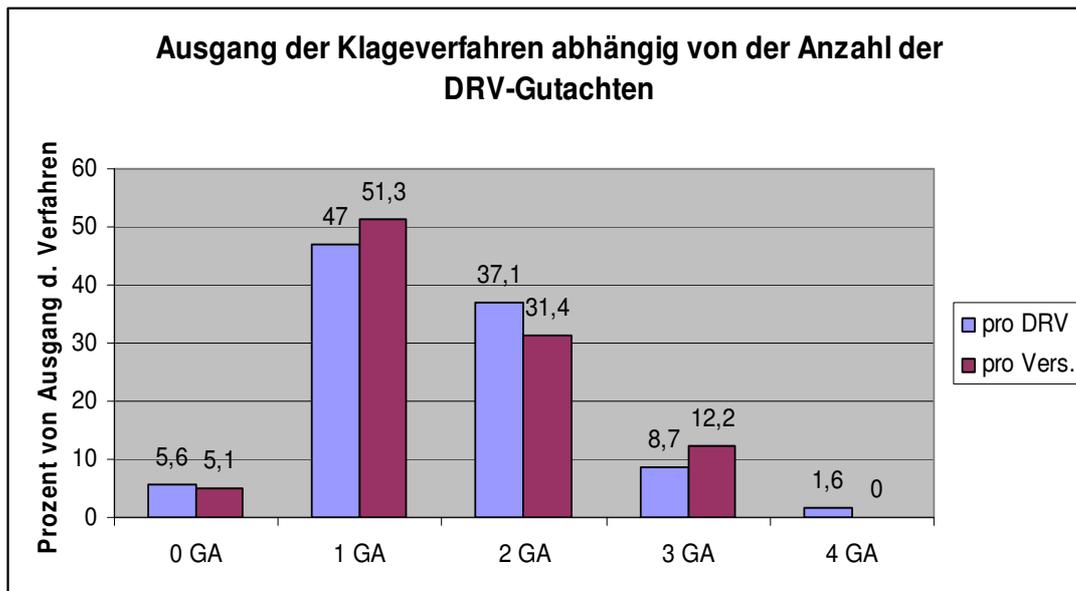


Abbildung 14: Ausgang der Klageverfahren in Abhängigkeit von der Anzahl der von der DRV im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren erstellten Gutachten, Angabe in Prozent von Ausgang der Verfahren, Fallzahl N=603, (Erläuterung: GA=Gutachtenanzahl)

- Struktur der Begutachtung durch die DRV

Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Struktur der Begutachtung durch die DRV Berlin und dem Ausgang der Klageverfahren. Hierzu wurden alle Konstellationen von Ein- und Mehrfach-Begutachtungen, die häufiger als fünfmal auftraten, analysiert: Am häufigsten war ausschließlich ein internistisch-allgemeinmedizinisches Gutachten erfolgt: 137 Verfahren.

Etwas seltener war ausschließlich ein chirurgisch-orthopädisches Gutachten erstattet worden: 94 Verfahren.

Häufige Konstellationen einer Mehrfachbegutachtung waren insbesondere ein internistisch-allgemeinmedizinisches und ein orthopädisch-chirurgisches Gutachten: 88 Verfahren

sowie

ein internistisch-allgemeinmedizinisches und ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten: 70 Verfahren.

Seltener erfolgte ausschließlich eine neurologisch-psychiatrisches Begutachtung:

57 Verfahren.

In 48 Fällen wurde ein Versicherter durch alle drei genannten Fachrichtungen (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Orthopädie/Chirurgie und Neurologie/Psychiatrie) begutachtet.

In 33 Fällen war der Rentenanspruch ohne eine Begutachtung entschieden worden, wie bereits im vorherigen Abschnitt zur Anzahl der von der DRV erstellten Gutachten ausgeführt.

Die Auswahl der Fachrichtung des Gutachtens bzw. die Kombination der Fachrichtungen bei Mehrfachbegutachtung durch die DRV Berlin blieben jedoch ebenso wie der Verzicht auf eine Begutachtung bei Entscheidung nach Aktenlage ohne signifikanten Einfluss auf den Ausgang der Klageverfahren:

Chi- Quadrat $\chi^2 = 5,432(a)$. (df =4. p =0,246)

Tabelle 11: Ausgang der Klageverfahren in Abhängigkeit von der Begutachtungsstruktur der von der DRV im Rentenanspruchs- und Widerspruchsverfahren erstellten Gutachten, Angabe der Gutachtenzahl absolut, Fallzahl N=585

(Erläuterung der Abkürzungen: GA-Gutachten, IA-internistisch-allgemeinmedizinisches Gutachten, CO-chirurgisch-orthopädisches Gutachten, NP-neurologisch-psychiatrisches Gutachten, Kein- keine Begutachtung, GA-Komb.: Gutachten-Kombination

	kein	1IA	1IA + 1CO	2IA + 1CO	1IA + 1CO + 1NP	1IA + 1NP	1CO	2 CO	1 CO + 1NP	1 NP
Pro DRV	25	105	71	5	35	52	68	6	30	35
Pro Vers.	8	32	17	2	13	18	26	2	13	22
Gesamt	33	137	88	7	48	70	94	8	43	57

- Neurologisch-psychiatrische Begutachtung durch die DRV

Besonderes Augenmerk wurde dann auf erfolgte neurologisch-psychiatrische Begutachtungen durch den Rentenversicherer gelegt: In 37 Prozent der Klageverfahren war bereits im Rahmen des Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung durch die DRV erfolgt, dies blieb jedoch ohne signifikante Auswirkung auf den Ausgang des Rentenantragsverfahren. (Chi-Quadrat χ^2 3,017, df= 1, p= 0,082).

Tabelle 12: Ausgang der Klageverfahren in Abhängigkeit von einer durch die DRV im Rentenantrags- und Widerspruchsverfahren erfolgten neurologisch-psychiatrischen Begutachtung, Angabe in Prozent der Klageverfahren, Fallzahl N=604

Erläuterung der Abkürzungen: NP-GA: neurologisch-psychiatrisches Gutachten

	Ausgang pro DRV in %	Ausgang pro Vers. in %	Gutachten- Anzahl
Kein NP-GA d. DRV	65,1	57,3	381
NP-GA d. DRV	34,9	42,7	223
Gesamt	63,1	36,9	604

3. Einfluss des Umfangs der sozialmedizinischen Ermittlung der Sozialgerichte auf den Ausgang des Verfahrens

- Anzahl der Sozialgerichtsgutachten

Auch zur Beurteilung des Umfangs der sozialmedizinischen Ermittlungen durch die Sozialgerichte wurde als ein Maß die Anzahl der Sozialgerichtsgutachten betrachtet. Zur abschließenden Gerichtsentscheidung wurden bis zu 4 Sozialgerichtsgutachten herangezogen. In 67 Verfahren wurde ohne Begutachtung entschieden (11 Prozent aller Verfahren). Die Mehrheit der Verfahren wurde nach einem oder zwei Sozialgerichtsgutachten beendet. In 11 Fällen waren 4 Sozialgerichtsgutachten bis zur abschließenden Entscheidung veranlasst worden.

*Tabelle 13: Häufigkeit der Anzahl der Sozialgerichtsgutachten in den Klageverfahren
Fallzahl N=620, (Erläuterung der Abkürzung: SG-GA: Sozialgerichtsgutachten)*

Anzahl SG-GA	Häufigkeit der Klageverfahren absolut	Häufigkeit der Klageverfahren in Prozent
0	67	10,8
1	348	56,1
2	139	22,4
3	55	8,9
4	11	1,8
Gesamtfälle	620	100

In Auswertung der obigen Tabelle mit Addition der erstellten Gutachten ergibt sich eine Gesamtzahl von 835 erstellten Sozialgerichts-Gutachten.

Die Anzahl der vom Sozialgericht pro Verfahren veranlassten Begutachtungen blieb ohne signifikanten Einfluss auf den Ausgang der Klageverfahren. Tendenziell wurden die wenigen Entscheidungen ohne Begutachtung (67 Fälle) sowie die Einzelfälle (11) mit insgesamt 4 Sozialgerichtsgutachten eher zu Gunsten der DRV und gegen die Versicherten entschieden.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 6,001(a)$. (df =4. p =0,199)

Tabelle 14: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Anzahl der in den Klageverfahren erstellten Sozialgerichtsgutachten, Angabe in Fallzahlen, N=604

	0 SG-GA	1 SG-GA	2SG- GA	3SG- GA	4SG- GA	Gesamt
Ausgang pro DRV	57	246	99	36	9	447
Ausgang pro Vers.	10	93	35	17	2	157

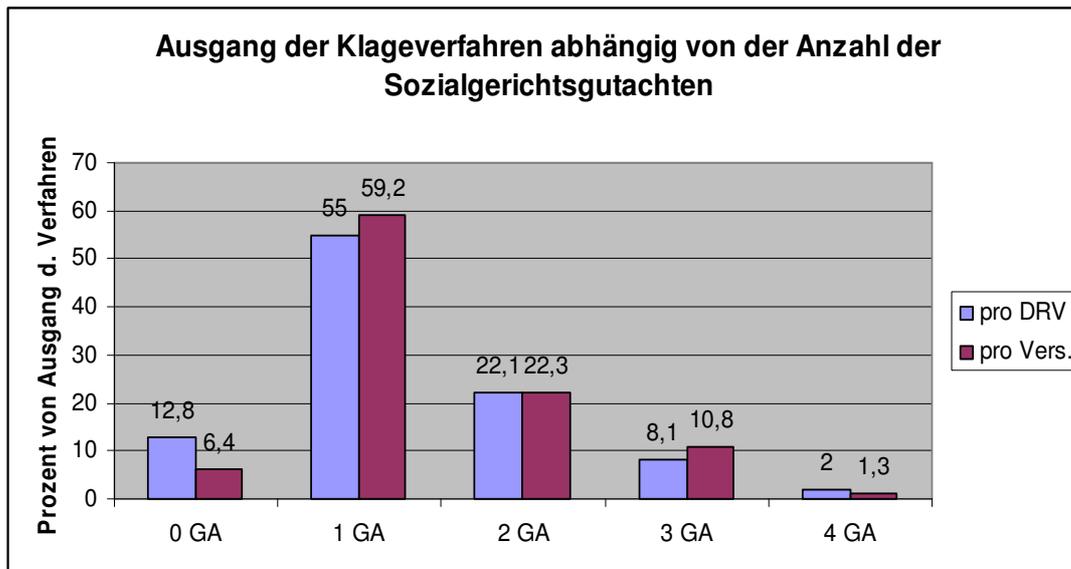


Abbildung 15: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Anzahl der in den Klageverfahren erstellten Sozialgerichtsgutachten, Angabe in Prozent der Verfahren, Fallzahl N=604

- Dauer der Klageverfahren

Die Dauer der Klageverfahren betrug, wie bereits in der Stichprobenbeschreibung angeführt, im kürzesten Verfahren 7 Monate und im längsten Verfahren 12 Jahre und 6 Monate, im Mittel 2 Jahre und 9 Monate, mithin 33 Monate. Es fand sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausgang des Rentenrechtsstreits für oder gegen die Versicherten und der Verfahrenslänge. Bei sehr langer Verfahrensdauer (über 5 Jahre) zeigte sich allerdings eine Tendenz zu einer die Berentung ablehnenden Gerichtsentscheidung.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 7,906(a)$. (df =3. p =,048)

Tabelle 15: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von Dauer des Rentenrechtsstreits, Angabe in Anzahl der Verfahren, Fallzahl N=604

Dauer des Rentenklageverfahren in Monaten:	0-20	21-40	41-60	>60	Gesamt
Ausgang pro DRV	88	256	62	41	447
Ausgang pro Vers.	38	83	30	6	157
Gesamtanzahl	126	339	92	47	604

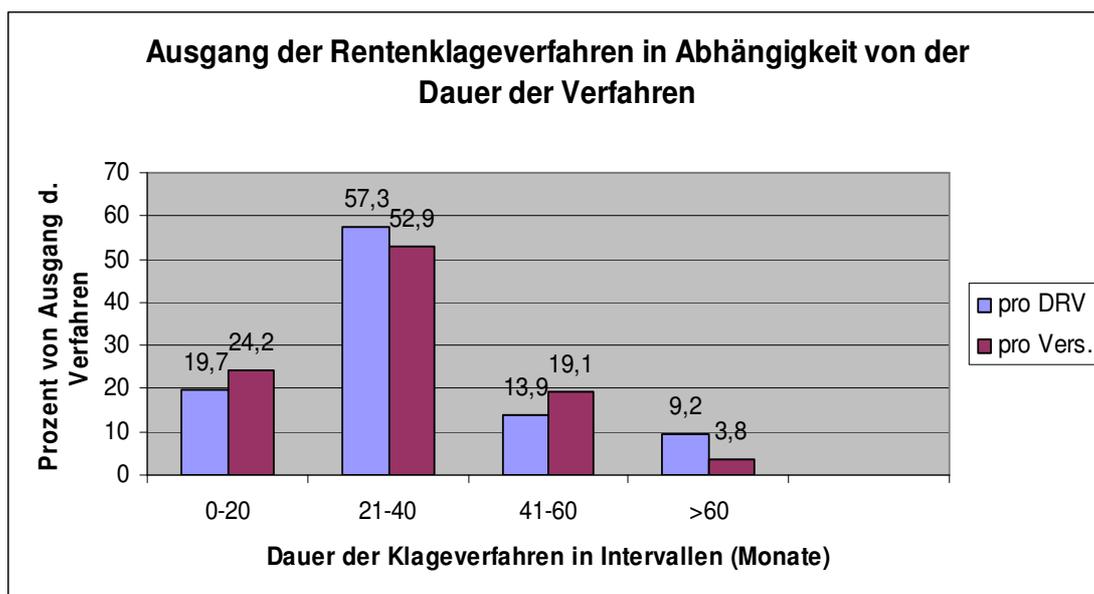


Abbildung 16: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von Dauer des Rentenrechtsstreits, Angabe in Prozent von Ausgang der Klageverfahren pro DRV/Vers., Fallzahl N=604

Wie bereits im Kapitel 5.2.2. unter 4. „Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund“ ausgeführt, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Dauer des Verfahrens abhängig vom Vorhandensein eines Rechtsbeistandes: Ohne Rechtsbeistand betrug die Verfahrensdauer im Mittel 26 Monate. Unter Mitwirkung eines Rechtsbeistandes auf Klägerseite verlängerte sich die Verfahrensdauer signifikant auf im Mittel 35 Monate: Levene-Test zur Varianzanalyse: $F= 21,408$, ($df= 618$, Signifikanz $p= 0,000$, $T -5,610$).

- Sozialgerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG

Zusätzlich wurde untersucht, ob eine Begutachtung durch einen vom Versicherten selbst bestimmten Arzt nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG einen Einfluss auf den Ausgang des Rentenklageverfahren besitzt. In 65 der insgesamt 620 Klageverfahren wurde mindestens ein Sozialgerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG durchgeführt. Nach einer solchen Begutachtung kam es signifikant häufiger zu einer Berentung des Versicherten: 27 dieser 65 Klageverfahren endeten mit einer Berentung des Versicherten. Dies entspricht einer Berentungsquote von 41,5 Prozent gegenüber

einer Berentungsquote von 25,6 Prozent in Verfahren ohne eine Gerichtsbegutachtung nach §109 SGG.

Chi- Quadrat $\chi^2= 7,297$ (df =1, p= 0,007)

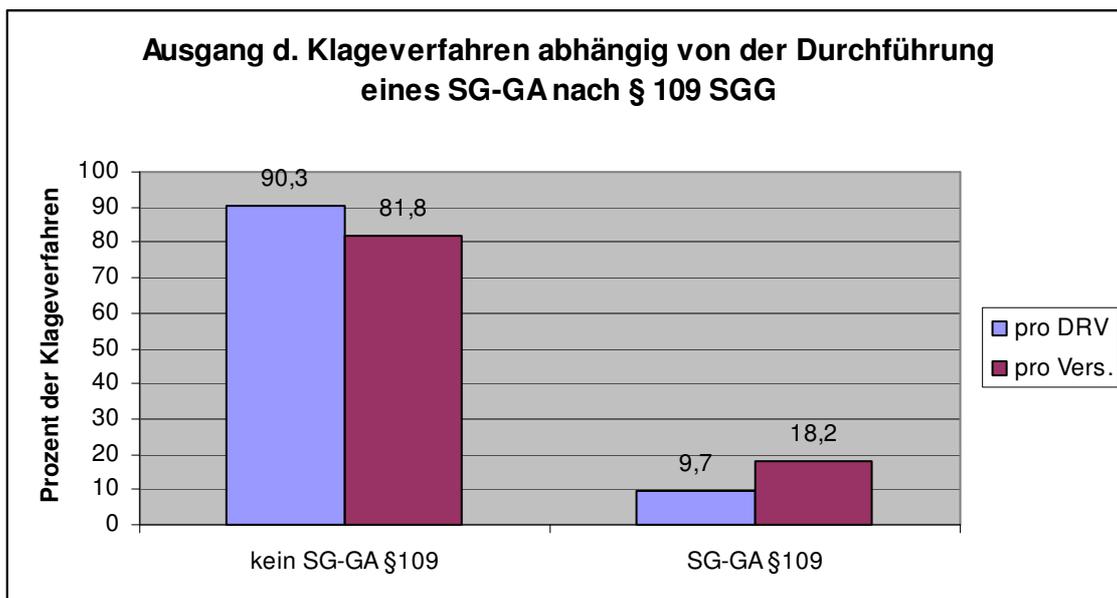
In der Korrelationsanalyse zeigte sich entsprechend ein positiver Zusammenhang zwischen erstatteten Sozialgerichtsgutachten nach § 109 SGG und Ausgang pro Versicherten im Sinne einer Berentung (Korrelationskoeffizient $r = 0,123$, Signifikanz $p=0,002$).

Tabelle 16: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Durchführung eines Sozialgerichtsgutachtens nach §109 SGG,

Angabe in Anzahl Klageverfahren, Fallzahl N=538

	Ausgang pro DRV	Ausgang pro Vers.	Gesamt
Klageverf. ohne SG-GA §109	352	121	473
Klageverf. mit SG-GA §109	38	27	65

Abbildung 17: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Durchführung eines Gerichtsgutachtens nach §109 SGG, Angabe in Prozent vom Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/d.Vers., Fallzahl N=538



Die inhaltliche Analyse der Verfahren mit abweichender Leistungsbeurteilung zwischen den Gutachten der DRV Berlin und der Sozialgerichte ergab die nachfolgend beschriebenen Leistungseinschätzungen in den 65 Gutachten nach §109 SGG und die abschließenden Gerichtsentscheidungen:

46 Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG stellten eine rentenrelevante Leistungsminderung fest (71 Prozent), nur 19 Gutachten nach § 109 SGG beschrieben ein vollschichtiges Leistungsvermögen (29 Prozent).

20 Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz mit Feststellung einer Leistungsminderung wurden durch andere Gerichtsgutachten überstimmt, die abschließende Gerichtsentscheidung erfolgte zugunsten der DRV (vergleiche Analyse der Fälle mit Ausgang pro DRV).

26 Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz mit Feststellung einer Leistungsminderung führten abschließend zur Berentung des Versicherten, davon 19 neurologisch-psychiatrische, 5 orthopädisch-chirurgische und 2 internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten.

In einem Fall erfolgte die Berentung des Versicherten trotz Feststellung eines vollschichtigen Leistungsvermögens im Gerichtsgutachten nach § 109 SGG auf Basis eines weiteren Gerichtsgutachtens anderer Fachrichtung.

Eine ausführliche Analyse dieser Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG erfolgt im Kapitel 5.4. „Inhaltliche Analyse der Verfahren mit abweichender Leistungsbeurteilung zwischen Gutachten der DRV Berlin und der Sozialgerichte“

- Auswahl des Gerichtsgutachters

Untersucht wurde der Einfluss der Auswahl des Gerichtsgutachters auf den Ausgang des Rentenrechtsstreits. Hierzu wurde zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Gutachtern differenziert. Als Maß für die Erfahrung des Gutachters wurde die Häufigkeit des Einsatzes als Gerichtsgutachter gewählt. Gutachter mit mehr als 10 erfassten Gerichtsgutachten in dieser über ein Jahr laufenden Untersuchung wurden als „Vielgutachter“, Gutachter mit weniger als 10 Gutachten als „Weniggutachter“ bezeichnet.

Es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Leistungsbeurteilungen von Viel- und Weniggutachtern, allerdings war eine Tendenz zu strengerer (eine Berentung eher ablehnender) Beurteilung bei den erfahrenen Gutachtern ablesbar: „Weniggutachter“ votierten in 29,6 Prozent der Gutachten für eine Berentung, „Vielgutachter“ nur in 24,3 Prozent.

Chi- Quadrat $\chi^2= 1,836(b)$, (df =1, p= 0,175)

Tabelle 17: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Auswahl eines erfahrenen Gutachters, Angabe in Anzahl Klageverfahren, Fallzahl N=538

	Weniggutachter	Vielgutachter
Ausgang pro DRV	228	162
Ausgang pro Vers.	96	52
Gesamt	324	214

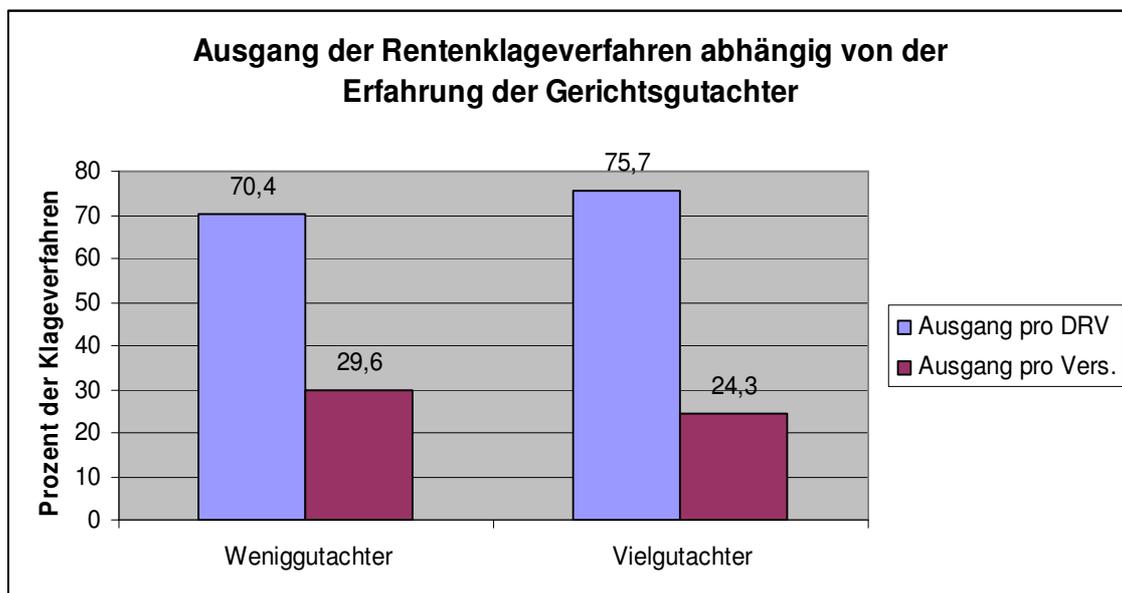


Abbildung 18: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Auswahl eines erfahrenen Gutachters, Angabe in Prozent des Votums der Viel-/Weniggutachter, Fallzahl N=538

5.2.3. Sozialmedizinische Parameter - Einfluss des Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung auf den Ausgang der Rentenklageverfahren

70 Prozent der 620 Rentenkläger machten eine neurologisch-psychiatrische Erkrankung geltend, entweder bereits bei Rentenantragstellung oder im Verlauf des Widerspruchs- und Klageverfahren.

- Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung

Bei Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung zeigte sich ein signifikant häufigerer Ausgang des Klageverfahren zugunsten des Versicherten im Sinne einer Berentung: Fast 30 Prozent der Rentenkläger mit einem neurologisch-psychiatrischem Leiden wurden letztlich berentet, aber nur knapp 20 Prozent der Rentenkläger ohne neurologisch-psychiatrisches Leiden.

Chi-Quadrat $\chi^2 = 6,774$, (df= 1, p=0,009).

Tabelle 18: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit vom Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung (NP: neurologisch-psychiatrisch, Verf.: Verfahren), Angabe in Anzahl/Prozent der Klageverfahren, Fallzahl N=604

	Ausgang pro DRV	Ausgang pro Vers.	Anzahl d. Verf. Gesamt	Prozent d. Verf.
Kein NP-Leiden	143	33	176	29%
NP-Leiden	304	124	428	71%

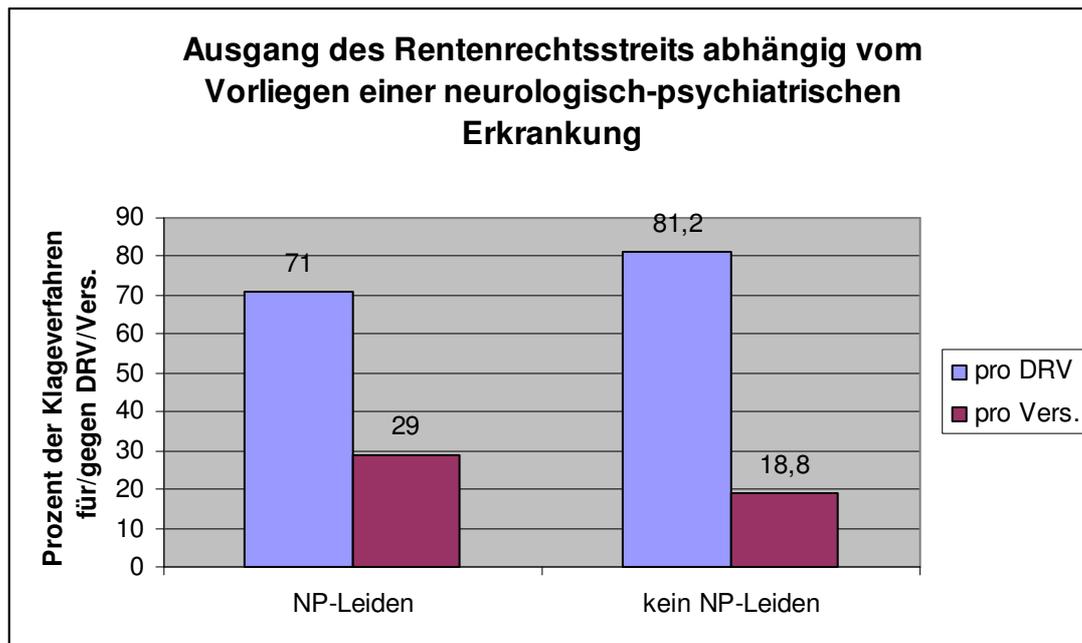


Abbildung 19: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit vom Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung (NP-Leiden), Angabe in Prozent, Fallzahl N=604

In der Korrelationsanalyse zeigte sich entsprechend ein positiver Zusammenhang zwischen geltend gemachter nervenärztlicher Erkrankung und Ausgang pro Versicherten im Sinne einer Berentung (Korrelationskoeffizient $r = 0,100$. Signifikanz $p = 0,014$).

- Zeitpunkt der erstmaligen Angabe einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung durch die Versicherten

Erfasst wurde der Zeitpunkt der erstmaligen Angabe einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung durch die Versicherten:

348 Versicherte bereits bei Rentenantragstellung (80,7 Prozent),
 19 Versicherte dann im Widerspruchsverfahren (4,4 Prozent) und
 64 im Klageverfahren (14,8 Prozent).

Es fanden sich keine Unterschiede in der Häufigkeit des Verfahrensausgangs zugunsten der Versicherten in Bezug auf den Zeitpunkt der erstmaligen Angabe der neurologisch-psychiatrischen Erkrankung - entweder bereits bei Rentenantragstellung, im Widerspruch oder erst im Klageverfahren

Chi- Quadrat $\chi^2= 0,567$, (df= 2, p= 0,753).

- Durchführung einer neurologisch-psychiatrischen Gerichtsbegutachtung
In über der Hälfte aller Klageverfahren erfolgte mindestens eine neurologisch-psychiatrische Gerichtsbegutachtung.

Tabelle 19: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Durchführung einer neurologisch-psychiatrischen Gerichtsbegutachtung, Angabe in Anzahl der Verfahren, Fallzahl N=604

Erklärung der Abkürzung: NP-SG-GA: neurologisch-psychiatrische Gerichtsbegutachtung)

	Ausgang pro DRV	Ausgang pro Vers.	Anzahl d. Verf. Gesamt	Prozent d. Verf.
Kein NP-SG-GA	226	49	275	45,5%
NP-SG-GA	221	108	329	54,5%

Klageverfahren mit einer nervenärztlichen Begutachtung durch das Sozialgericht endeten signifikant häufiger mit einer Berentung gegenüber Verfahren ohne nervenärztliche Begutachtung. Ein Drittel der Klageverfahren mit einer nervenärztlichen Gerichtsbegutachtung endete zu Gunsten des Versicherten, Klageverfahren ohne eine solche nervenärztliche Gerichtsbegutachtung führten hingegen nur in weniger als 20 Prozent zu einer Berentung des Klägers. In zwei Dritteln der für den Versicherten erfolgreichen Klageverfahren war eine nervenärztliche Gerichtsbegutachtung erfolgt

Chi- Quadrat $\chi^2 =17,540$, (df =1, p= 0,000).

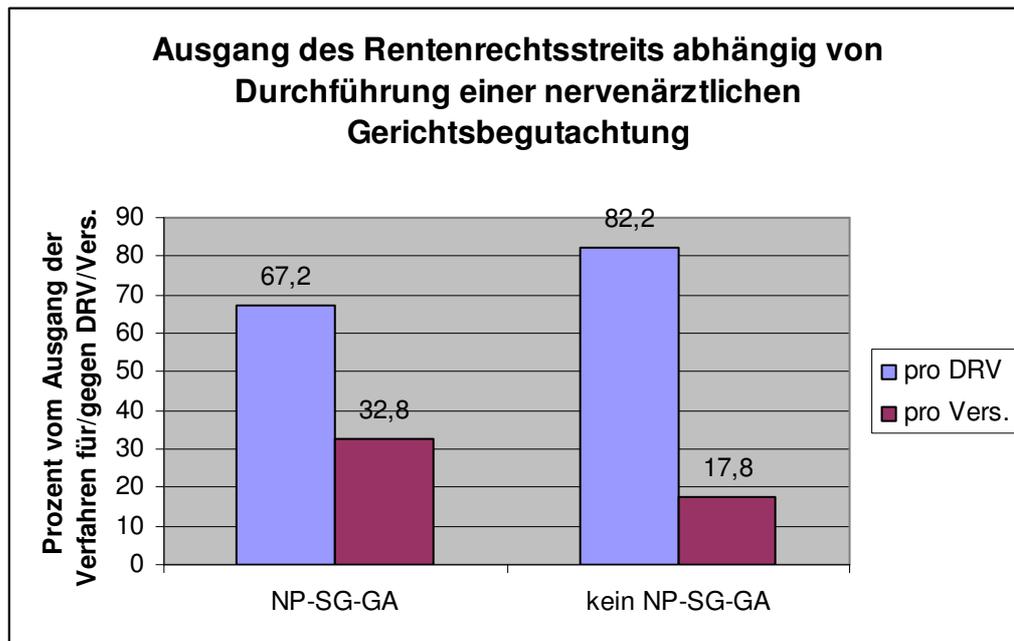


Abbildung 20: Ausgang der Klageverfahren für/gegen die DRV/die Vers. in Abhängigkeit von der Durchführung einer neurologisch-psychiatrischen Gerichtsbegutachtung(NP SG-GA), Angaben in Prozent von Verfahrensausgang für/gegen DRV bzw. Vers., Fallzahl N=604

In der Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Durchführung einer nervenärztlichen Gerichtsbegutachtung und Ausgang pro Versicherten im Sinne einer Berentung (Korrelationskoeffizient $r = 0,170$. Signifikanz $p=0,000$).

5.3. Prädiktoren für den Ausgang der Rentenklageverfahren

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, wovon der Ausgang der Rentenklageverfahren zu Gunsten des Versicherten abhängt bzw. ob es Faktoren gibt, die den Ausgang eines Klageverfahrens vorhersagen können. Zur Ermittlung prognostisch relevanter Einflussfaktoren für den Ausgang des Rentenklageverfahren zu Gunsten des Versicherten (=Berentung), so genannter Prädiktoren, wurde die logistische Regression genutzt. Die logistische Regression kommt als Auswertungsmethode in Frage, wenn man wie in der hier vorliegenden Arbeit den Einfluss erklärender

Variablen auf eine Zielvariable untersuchen möchte, und diese Zielvariable ein binäres Messniveau besitzt. Der Ausgang des Rentenklageverfahren zu Gunsten des Versicherten (= Berentung) als Zielvariable Y wird hierzu mit 1 kodiert. Das Gegenteil – also das Nichteintreten des Ereignisses, mithin der Ausgang des Rentenklageverfahren zu Ungunsten des Versicherten (= Rentenablehnung) wird mit 0 kodiert. Die gewählte Zielvariable hat somit nur zwei mögliche, sich gegenseitig ausschließende Ausprägungen, also ein binäres Messniveau. Das binär logistische Regressionsmodell wurde dann mit dem in der medizinischen Statistik üblichen Signifikanzniveau von 5% ($p=0,05$) getestet.

Zunächst wurde zunächst das Regressionsmodell mit allen Einflussvariablen berechnet und die Variablen, die eine Signifikanz von $p \leq 0,05$ erreichten, ermittelt. Bei dieser so genannten logistischen Regression nach der Einschlussmethode wurden folgende signifikante Prädiktoren für eine Berentung des Versicherten extrahiert:

- Der Versicherte nutzte einen Rechtsbeistand.
- Der Versicherte nutzte einen Rechtsanwalt als Art des Rechtsbeistands.
- Es erfolgte mindestens ein Sozialgerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz.
- Es erfolgte mindestens ein neurologisch/psychiatrisches Sozialgerichtsgutachten.

Die nachfolgende Tabelle zur binär logistischen Regression enthält den Regressionskoeffizienten B, den Standardfehler, die Wald-Statistik, die Signifikanz (Sig.) und den Effektkoeffizienten $\text{Exp}(B)$.

Der Regressionskoeffizient B zeigt die Richtungsweise des Einflusses (positiv oder negativ) und geht in die Regressionsgleichung ein, um pro Fall die Eintrittswahrscheinlichkeit des Ereignisses zu bestimmen. Der Effekt-Koeffizient $\text{Exp}(B)$ gibt den Faktor für die Vervielfachung des Wahrscheinlichkeitsverhältnisses (des odds) an, wenn die Ausprägung der zugehörigen unabhängigen Variablen um eine Einheit erhöht wird. Er wird oft auch als „odds-ratio“ bezeichnet. Der Effektkoeffizient kann nur Werte >0 annehmen, Werte zwischen 0 und <1 verringern das Wahrscheinlichkeitsverhältnis, Werte >1 vergrößern es. Die mit der Regressionsgleichung berechnete Wahrscheinlichkeit p bezieht sich in diesem Modell auf das Eintreffen des Ereignisses „Berentung des Versicherten im Klageverfahren“.

Die einzelnen Variablen können auf die Hypothese getestet werden, dass sie in der Grundgesamtheit keinen Einfluss auf die abhängige Variable ausüben und das dementsprechend die Ausprägung des Effekt-Koeffizienten in der Stichprobe nur zufällig von 1 bzw. die Ausprägung von b nur zufällig von 0 abweicht. Die entsprechenden Teststatistiken sind der t-Test oder der in der SPSS-Prozedur verwendete Wald-Test. Die Wald-Statistik zeigt an, ob sich die Koeffizienten signifikant von 0 unterscheiden, wobei diese der quadrierte Quotient aus dem Koeffizienten und seinem Standardfehler ist.

Tabelle 20: Binär logistische Regression für die Vorhersagekraft von Parametern für eine Berentung der Kläger

Parameter	Regress. Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Signifikanz	Effekt koeffizient
Geschlecht	,111	,214	,268	1	,604	1,117 98170029
Renten- Erstantrag	41,428	36025,791	,000	1	,999	53844290 000,000
Erneuter Rentenantrag	41,843	36095,791	,000	1	,999	14870761 96462800 000,000
Zeitrenten- Weiter- gewährung	21,224	28088,468	,000	1	,999	16497751 34,217
Alter der Vers.	,018	,016	1,329	1	,249	1,018
Migrantenstatus des Vers.	-,164	,243	,456	1	,499	,849
Berufstätigkeit des Vers.	-21,455	22558,328	,000	1	,999	,000
Arbeitslosigkeit des Vers.	-21,185	22558,328	,000	1	,999	,000
Arbeitsunfähigke	-20,696	22558,328	,000	1	,999	,000

it des Vers.						
Rechtsbeistands nutzung	2,085	,523	15,904	1	,000	8,045
Rechtsanwaltsn utzung	-,889	,434	4,204	1	,040	,411
Rechtsbeistand durch Sozialverbände	-,567	,477	1,414	1	,234	,567
NP-Leiden	-,369	,477	,681	1	,409	,691
NP-Leiden seit Antrag	-,079	,372	,045	1	,833	,924
NP-Leiden seit Widerspruch	-,272	,639	,182	1	,670	,762
DRV-GA- Anzahl	-,163	,146	1,236	1	,266	,850
SG-GA-Anzahl	-,297	,154	3,743	1	,053	,743
NP-GA durch DRV	-,274	,275	,991	1	,320	1,315
SG-GA nach §109 SGG	1,023	,345	8,805	1	,003	2,781
NP-SG-GA	1,161	,328	12,493	1	,000	3,192
Konstante	-23,649	28088,468	,000	1	,999	,000

*Erläuterung der Abkürzungen: NP=neurologisch-psychiatrisches Leiden,
GA=Gutachten, SG-GA=Sozialgerichtsgutachten*

Zur Untersuchung der Modellgüte wurden anschließend in der Regression mit vorwärts-schrittweiser Vorgehensweise nacheinander nur die Variablen aufgenommen, die signifikant zur Verbesserung der Modellgüte beitrugen. Der Prädiktor mit der höchsten Validität wurde zuerst aufgenommen. In jedem Schritt wurde geprüft, ob die Aufnahme einer weiteren Variablen das Modell verbessert, wie stark diese Verbesserung ist und schließlich, ob die einzelnen Regressionskoeffizienten der Variable signifikant sind.

Folgende vier Variablen erwiesen sich als signifikant:

Schritt 1: Der Versicherte nutzte einen Rechtsbeistand.

Schritt 2: Es erfolgte mindestens ein nervenärztliches Sozialgerichtsgutachten.

Schritt 3: Bei Antragstellung lag Arbeitslosigkeit vor.

Schritt 4: Der Versicherte nutzte einen Rentenberater.

Diese vier Variablen konnten somit als Prädiktoren bestätigt werden.

Tabelle 21: Regression mit vorwärts-schrittweiser Vorgehensweise für die Vorhersagekraft von Parametern für eine Berentung der Kläger

Schritt	Parameter	Regress. Koeff.	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Signifikanz	EffektKoeffizient
1	Rechtsbeistand	1,501	,319	22,175	1	,000	4,485
	Konstante	-2,311	,303	58,300	1	,000	,099
2	Rechtsbeistand	1,389	,321	18,669	1	,000	4,011
	NP-SG-GA	,691	,201	11,873	1	,001	1,997
	Konstante	-2,629	,322	66,571	1	,000	,072
3	Arbeitslosigkeit	-,461	,193	5,694	1	,017	,631
	Rechtsbeistand	1,343	,323	17,318	1	,000	3,831
	NP-SG-GA	,709	,202	12,353	1	,000	2,033
	Konstante	-2,353	,341	47,609	1	,000	,095
4	Arbeitslosigkeit	-,454	,194	5,474	1	,019	,635
	Rechtsbeistand	1,290	,324	15,866	1	,000	3,633
	Rentenberater	,912	,415	4,820	1	,028	2,490
	NP-SG-GA	,676	,203	11,098	1	,001	1,967
	Konstante	-2,339	,341	47,043	1	,000	,096

Erläuterung der Abkürzungen: NP= neurologisch-psychiatrisches Leiden, GA= Gutachten, SG-GA= Sozialgerichtsgutachten

Anhand der Korrelationen konnte die Polung des Zusammenhangs der so ermittelten Prädiktoren mit dem Ausgang des Rentenklageverfahren ermittelt werden. In der Korrelationsanalyse waren auf einem Signifikanzniveau von 0,05 (Irrtumswahrscheinlichkeit 5%) positive Zusammenhänge zwischen der Berentung des Versicherten und folgenden Variablen nachweisbar:

- Rechtsbeistand allgemein
- Rentenberater als Rechtsbeistand
- Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung allgemein
- Durchführung von mindestens einem Sozialgerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz:
- Durchführung von mindestens einer neurologisch- psychiatrischen Begutachtung für das Sozialgericht

Mit einem Signifikanzniveau von 0,10 (Irrtumswahrscheinlichkeit 10%) zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Berentung und

- bestehender Arbeitsunfähigkeit des Versicherten und
- Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung bereits bei Antragstellung

Eine negative Korrelation wurde zwischen bestehender Arbeitslosigkeit und Ausgang für den Versicherten/Berentung erfasst.

Tabelle 22: Korrelationen zwischen Ausgang des Klageverfahren zu Gunsten des Versicherten(Berentung) und Prädiktoren, Fallzahl N=604

	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Arbeitslosigkeit	-,114	,005
Arbeitsunfähigkeit	,101	,013
Rechtsbeistand	,206	,000
Rentenberater	,135	,001
NP-Leiden	,100	,014
NP-Leiden seit Antrag	,088	,030
SG-Gutachten nach § 109	,123	,002
NP- SG-Gutachten	,170	,000

Erläuterung der Abkürzungen: NP=neurologisch-psychiatrisch, SG-GA=Sozialgerichtsgutachten

5.4. Inhaltliche Analyse der Rentenklageverfahren mit divergenter Leistungsbeurteilung in Gutachten der DRV Berlin und der Sozialgerichte

In der vorliegenden Arbeit konnten alle vor den Sozialgerichten im Zeitraum Mai 2006 bis April 2007 abgeschlossenen Rentenklageverfahren gegen die DRV Berlin eingesehen werden. Außerhalb dieser Untersuchung legen die Rechtsbehelfsbereiche der DRV den Prüfärzten die Rentenstreitakten zur Stellungnahme vor bei entsprechender Aufforderung durch das Gericht, insbesondere bei Eingang neuer medizinischer Befunde/ Befundberichte sowie bei Eingang von Gerichtgutachten, die für den Versicherten votieren im Sinne *möglicher* Berentung. Bei Bestätigung der bisherigen, eine Berentung ablehnenden Einschätzung durch das Gerichtsgutachten/das Gericht wird die Akte üblicherweise nicht mehr den Prüfärzten vorgelegt, da eine sozialmedizinische Stellungnahme entbehrlich ist.

Unter allen 620 gesichteten Akten des einjährigen Untersuchungszeitraums enthielten 181 Akten ein oder mehrere Gerichtsgutachten mit einer gegenüber den DRV-Begutachtungen abweichenden Leistungseinschätzung im Sinne einer Berentungsempfehlung, dies entspricht 29 Prozent aller erfassten Klageverfahren. Bei divergenter Leistungseinschätzung im Gerichtsgutachten hat der Gutachter regelhaft die Divergenz zum Vorgutachten des Rentenversicherungsträgers zu begründen. Entsprechende Begründungen sind relevante Neuerkrankungen, gravierende Verschlechterungen bestehender Leiden, Fehler des Vorgutachters, Feststellung von bislang unberücksichtigten Erkrankungen oder eine andere gutachtliche Wertung der bestehenden krankheitsbedingten Leistungseinschränken. Sofern der Prüfarzt diese abweichende Beurteilung des Leistungsvermögens nicht akzeptiert, muss er dies ebenfalls nachvollziehbar begründen.

Bei der nachfolgenden Analyse der Gerichtsgutachten erfolgte keine Differenzierung zwischen Gutachten für das Sozialgericht oder das Landessozialgericht. Vor dem Bundessozialgericht verhandelte Fälle waren in dieser Untersuchung nicht vertreten.

Zur Übersicht über die Fachrichtung der Sozialgerichtsgutachten mit divergierender Leistungsbeurteilung gegenüber den DRV-Gutachten wird die folgende grafische

Darstellung vorangestellt. Es zeigt sich, dass divergierende gutachtliche Einschätzungen vor allem das Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie betreffen, seltener die somatischen Fachgebiete Innere Medizin/ Allgemeinmedizin und Orthopädie/Chirurgie.

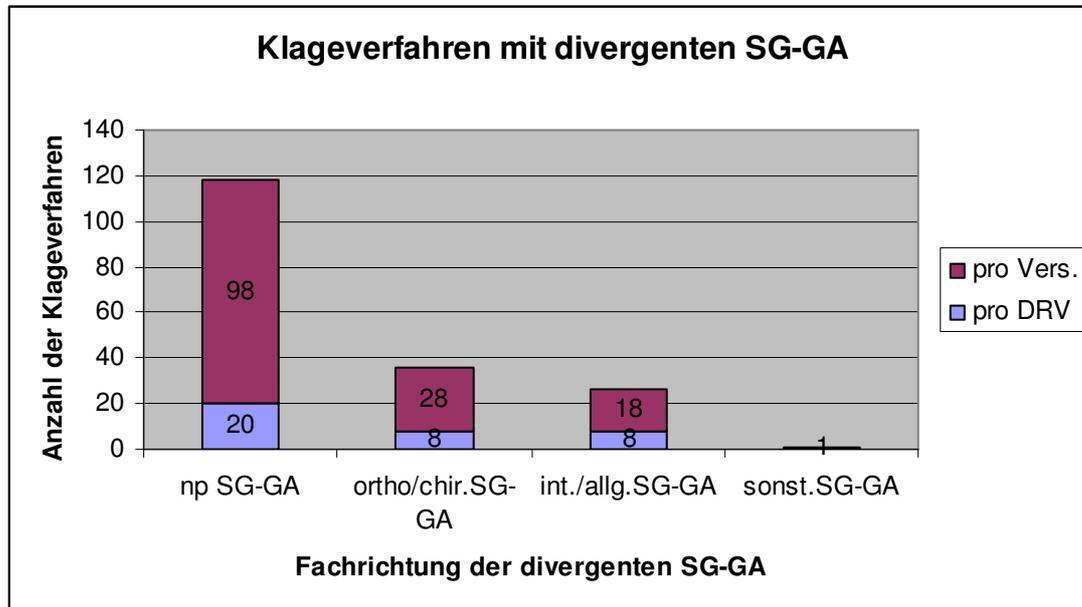


Abbildung 21: Klageverfahren mit divergierenden Gutachten der Sozialgerichte (SG-GA) und der DRV, Gutachtenanzahl N=181

Erläuterung der Abkürzungen:

np SG-GA: neurologisch-psychiatrische Sozialgerichtsgutachten

ortho/chir. SG-GA: orthopädisch-chirurgische Sozialgerichtsgutachten

int./allg. SG-GA: internistisch-allgemeinmedizinische Sozialgerichtsgutachten

Die folgende inhaltliche Analyse der Rentenklageverfahren mit divergierenden gutachtlichen Leistungsbeurteilungen wird nach dem Ausgang des Rentenrechtsstreits für oder gegen die DRV/die Versicherten unterteilt. Grundgedanke dieser Einteilung ist, dass bei einem Ausgang zu Gunsten des Versicherten (Berentung) das Sozialgerichtsgutachten gegenüber der Beurteilung durch die DRV neue Aspekte aufzeigte oder überzeugender in der Leistungseinschätzung war. Sofern das Gericht trotz Vorliegen eines Sozialgerichtsgutachtens mit Feststellung einer rentenrelevanten Leistungsminderung abschließend zu Gunsten der DRV und somit gegen eine Berentung des Versicherten entschied, dürfte die DRV-Argumentation schlüssiger gewesen sein als die Ausführungen des Gerichtsgutachters. Zusätzlich werden

Sonderfälle vorgestellt, in denen eine Berentung des Versicherten auch ohne Vorliegen eines divergenten Gerichtsgutachtens erfolgte.

A) Klageverfahren mit divergierenden Gutachten und Ausgang für den Versicherten-Berentung (145 Verfahren)

B) Klageverfahren mit divergierenden Gutachten und Ausgang für die DRV-Rentenablehnung (36 Verfahren).

C) Sonderfälle mit resultierender Berentung ohne Vorliegen divergierender Gutachten

A) Klageverfahren mit divergierenden Gutachten und Ausgang für den Versicherten – Berentung

Von den 181 Klageverfahren mit einem oder mehreren divergierenden Gerichtsgutachten wurden 145 abschließend zugunsten des Antragstellers im Sinne einer Berentung entschieden.

In über einem Drittel davon, in 50 dieser 145 Fälle mit Berentung des Versicherten wurde in dem ausschlaggebenden Sozialgerichtsgutachten nur ein quantitativ gemindertes, 3 bis unter 6-stündiges Leistungsvermögen, nicht jedoch Leistungsunfähigkeit beschrieben. Für diese quantitative Leistungsminderung votierten 26 nervenärztliche, 15 orthopädische und 9 internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten.

In 26 Fällen führte eine Gerichtsbegutachtung durch einen vom Versicherten gewünschten Arzt des Vertrauens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG abschließend zur Berentung des Klägers, davon 19 neurologisch-psychiatrische, 5 orthopädisch-chirurgische und 2 internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten. (20 Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG mit Feststellung einer Leistungsminderung wurden durch andere Gerichtsgutachten überstimmt, die abschließende Gerichtsentscheidung erfolgte zugunsten der DRV, siehe hierzu unter B.)

Folgende Gründe für die abweichende Leistungsbeurteilung wurden von den Sozialgerichtsgutachtern angegeben (Mehrfachnennung möglich):

- Fehler im Vorgutachten: 4x
- Im Vorgutachten unzureichend berücksichtigte Symptome/Leiden: 33x
- Andere Wertung als der Vorgutachter: 44x
- Verschlechterung vorbekannter Erkrankungen: 68x

- Feststellung einer Neuerkrankung: 24x

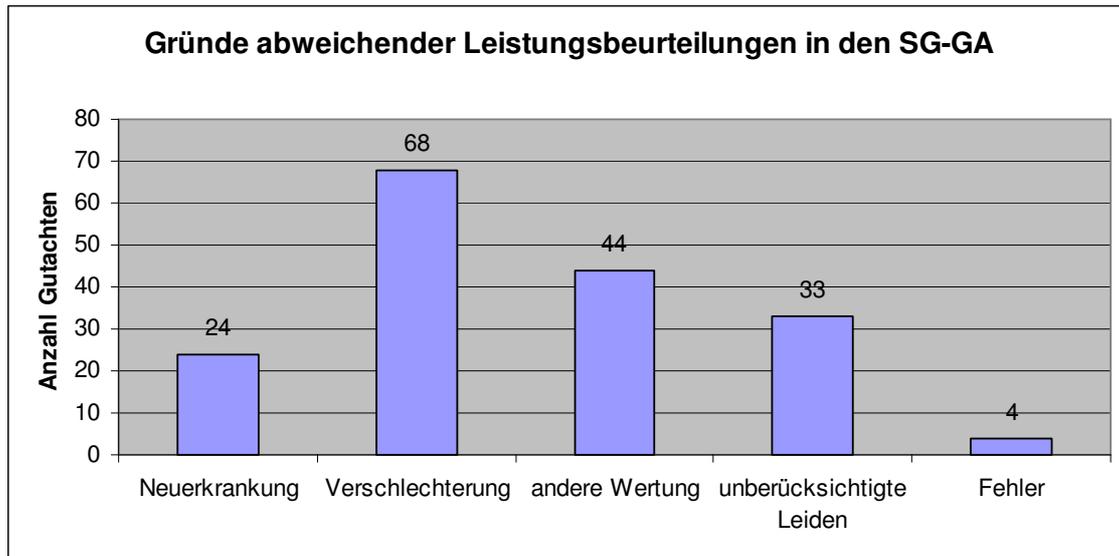


Abbildung 22: Gründe der abweichenden Leistungsbeurteilung in den Sozialgerichtsgutachten (SG-GA) mit Ausgang zu Gunsten der Versicherten gegenüber den Gutachten der DRV, Mehrfachnennung möglich, Gutachtenanzahl N=145

Die Abweichung der Leistungsbeurteilung wird also überwiegend mit Verschlechterungen und weniger häufig mit Neuerkrankungen begründet. In nicht wenigen Fällen wird die abweichende Leistungseinschätzung im Sozialgerichtsgutachten vom Gutachter auch mit einer anderen Wertung der bestehenden Funktionseinschränkungen begründet. Tatsächliche Fehler der DRV-Gutachten wurden nur sehr selten als Grund der abweichenden Leistungseinschätzung angeführt. Die Häufigkeit der Angabe eines unberücksichtigten Leiden als Grund für die Diskrepanz weist jedoch auf unzureichende sozialmedizinische Ermittlungen durch den Rentenversicherer hin. Zu denken ist an zu oberflächliche Begutachtung bzw. Unterlassung erforderlicher Zusatzbegutachtungen durch Gutachter anderer Fachrichtungen.

Die nachfolgende differenzierte Darstellung wird nach der Fachrichtung des zur Berentung führenden Gerichtsgutachtens unterteilt:

- nervenärztliches Gutachten: 98 Fälle
- chirurgisch-orthopädische Gutachten: 28 Fälle

- internistisch-allgemeinmedizinische/arbeitsmedizinische Gutachten: 18 Fälle
- augenärztliches Gutachten: 1 Fall

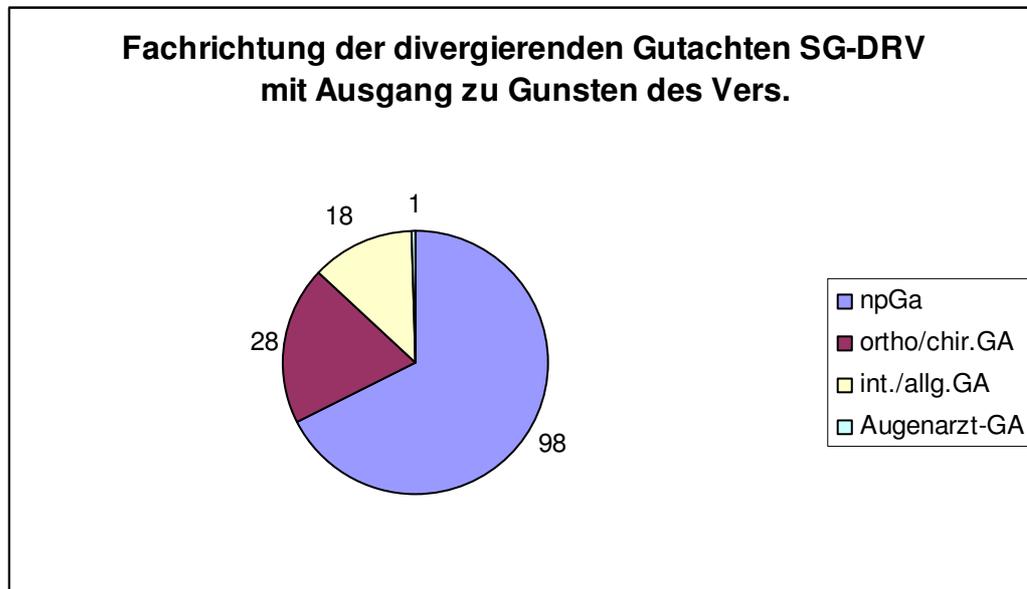


Abbildung 23: Fachrichtung der divergierenden Gutachten(GA) zwischen Sozialgericht und DRV mit Ausgang zu Gunsten der Versicherten, Gutachtenanzahl N=145
 np SG-GA: neurologisch-psychiatrisches Sozialgerichtsgutachten
 ortho/chir. SG-GA: orthopädisch-chirurgisches Sozialgerichtsgutachten
 int./allg.SG-GA: internistisch-allgemeinmedizinisches Sozialgerichtsgutachten

Neurologisch-psychiatrische Gutachten stellen also den größten Anteil der divergierenden Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten des Versicherten. Vergleichsweise eher selten sind abweichende Gerichtsgutachten bei vordergründigen orthopädisch-chirurgischen und internistisch-allgemeinmedizinischen Leiden. Als Sonderfall war in der Studie ein augenärztliches Gerichtsgutachten, das zur Berentung des Versicherten führte, enthalten.

Unterteilt man die angegebenen Gründe für die abweichende Leistungsbeurteilung nach Fachrichtung der Sozialgerichtsgutachten, ergibt sich nachfolgendes Bild:

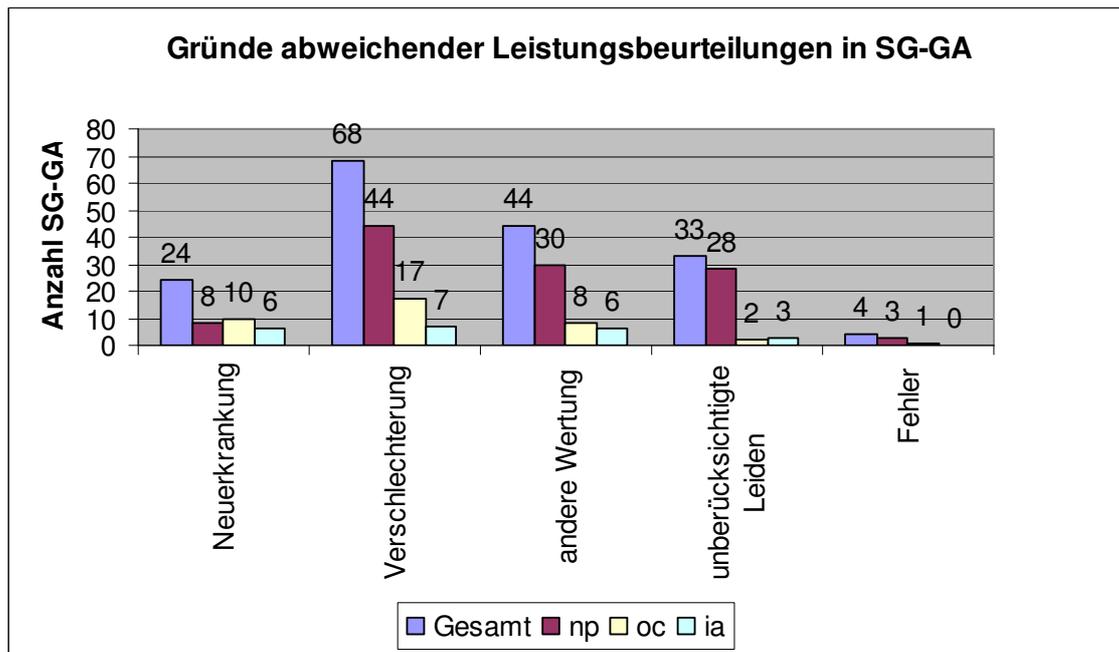


Abbildung 24: Gründe der abweichenden Leistungsbeurteilung in den Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten der Versicherten gegenüber den Gutachten der DRV, Mehrfachnennung möglich, Gutachtenanzahl N=145

Legende: np- neurologisch-psychiatrische Sozialgerichtsgutachten

oc- orthopädisch-chirurgische Sozialgerichtsgutachten

ia- internistisch-allgemeinmedizinische Sozialgerichtsgutachten

SG-GA: Sozialgerichtsgutachten

Dabei fällt auf, dass neben geltend gemachten Verschlechterungen und anderer Wertung der Einschränkungen insbesondere die Angabe eines bislang unberücksichtigten Leidens als Grund für die Divergenz hauptsächlich in nervenärztlichen Gerichtsgutachten gewählt wurde, jedoch nur selten in den somatischen Fachgebieten.

Im Folgenden soll die Einzelfallanalyse der divergierenden Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten des Versicherten, untergliedert nach Fachrichtung der Gerichtsgutachten, vorgestellt werden.

A1) 98 Klageverfahren mit divergierenden nervenärztlichen Sozialgerichtsgutachten und Ausgang zu Gunsten des Versicherten

Hier wurden 98 neurologische, nervenärztliche, psychiatrische, psychosomatisch-psychotherapeutische Gutachten für das Sozialgericht erfasst, die letztlich zur Berentung des Versicherten im Klageverfahren führten.

19 dieser 98 nervenärztlichen Sozialgerichtsgutachten wurden nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG erstellt. (In einem Fall war vor dem nervenärztlichen Gutachten nach § 109 SGG ein orthopädisches Gutachten ebenfalls nach § 109 SGG erfolgt und hatte vollschichtiges Leistungsvermögen angegeben.)

4 dieser 98 Gutachten (*keine* Gutachten nach § 109 SGG!) wurden vom Prüfarzt als unplausibel eingestuft. Das Gericht entschied dennoch zu Gunsten der Versicherten und gegen die DRV. Die Entscheidung erging per Gerichtsurteil, Berufung wurde von der DRV Berlin nicht eingelegt.

Die von den Gutachtern abgegebenen Leistungseinschätzungen verteilten sich folgendermaßen:

- volle Erwerbsminderung: 54 Fälle
- teilweise Erwerbsminderung auf 3 bis unter 6 Stunden: 26 Fälle
- schwere spezifische Leistungseinschränkung: 2 Fälle
(bei formal vollschichtigem Leistungsvermögen: Wegeunfähigkeit bzw. aufgehobene Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)

Folgende Gründe für die abweichende Leistungsbeurteilung wurden angegeben (Mehrfachnennung möglich):

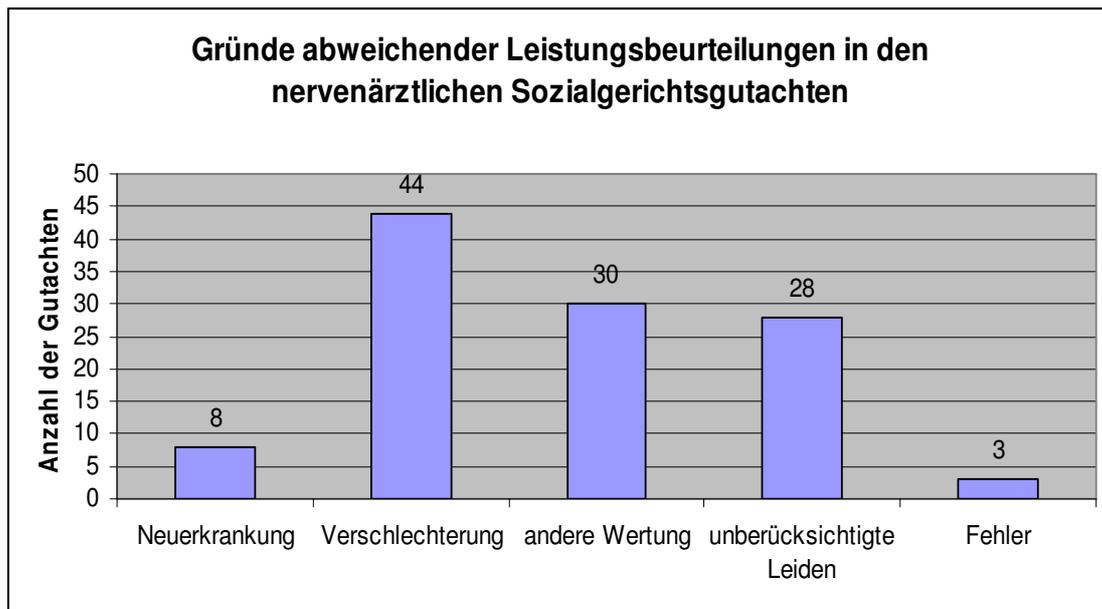


Abbildung 25: Gründe der abweichenden Leistungsbeurteilung in den nervenärztlichen Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten der Versicherten gegenüber den Gutachten der DRV, Mehrfachnennung möglich, Gutachtenanzahl N=98

Am häufigsten (44mal) wurden von den nervenärztlichen Gerichtsgutachtern rentenrelevante Verschlechterungen der neurologisch-psychiatrischen Leiden angegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Rentenbegehren des Patienten eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erschwert werden dürfte. Möglicherweise spielt auch die emotionale Belastung des Klägers durch den Rentenrechtsstreit eine Rolle. Immerhin 8mal wurden auch Neuerkrankungen festgestellt wie eine Depression, aber auch zum Beispiel eine Hypophyseninsuffizienz. Die häufige Angabe von bislang unberücksichtigten Leiden (28mal) – genannt wurden zum Beispiel ein frühkindlicher Hirnschaden und eine Persönlichkeitsstörung - weist auf eine nicht ausreichende Ermittlung durch den Rentenversicherungsträger hin. Die drei festgestellten Fehler der Vorgutachten waren das Fehlen eines Dolmetschers, die fehlende Darstellung des Tagesablaufs sowie eine negative Gegenübertragung. Der ebenfalls oft (30mal) genannte Grund der anderen Wertung der Funktionseinschränkung mag auch eine Besonderheit des Fachgebiets ausdrücken.

A2) 28 Klageverfahren mit divergierenden orthopädisch-chirurgischen und neurochirurgischen Sozialgerichtsgutachten und Ausgang zu Gunsten des Versicherten

28 chirurgische, orthopädische bzw. neurochirurgische Sozialgerichtsgutachten kamen zu abweichender quantitativer Leistungsbeurteilung mit resultierender Berentungsempfehlung.

5 dieser 28 Gutachten wurden durch einen so genannten Arzt des Vertrauens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG erstellt.

Alle 28 orthopädisch-chirurgischen und neurochirurgischen Sozialgerichtsgutachten einschließlich der Gutachten durch einen Arzt des Vertrauens mit Berentungsempfehlung wurden vom Prüfarzt der DRV akzeptiert.

Folgende Leistungseinschätzungen wurden abgegeben:

- volle Erwerbsminderung: 13 Fälle
- teilweise Erwerbsminderung auf 3 bis unter 6 Stunden: 15 Fälle.

In über der Hälfte dieser divergierenden Leistungseinschätzungen bei Versicherten mit vordergründigen Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates sah der Gerichtsgutachter demnach keine Leistungsunfähigkeit, sondern nur eine quantitative Leistungsminderung auf unter 6 Stunden täglich in Abweichung von den Vorgutachten der DRV mit Feststellung eines Leistungsvermögens von täglich 6 Stunden und mehr.

Angeführte Gründe für die abweichende Beurteilung (bei möglicher Mehrfachnennung) waren:

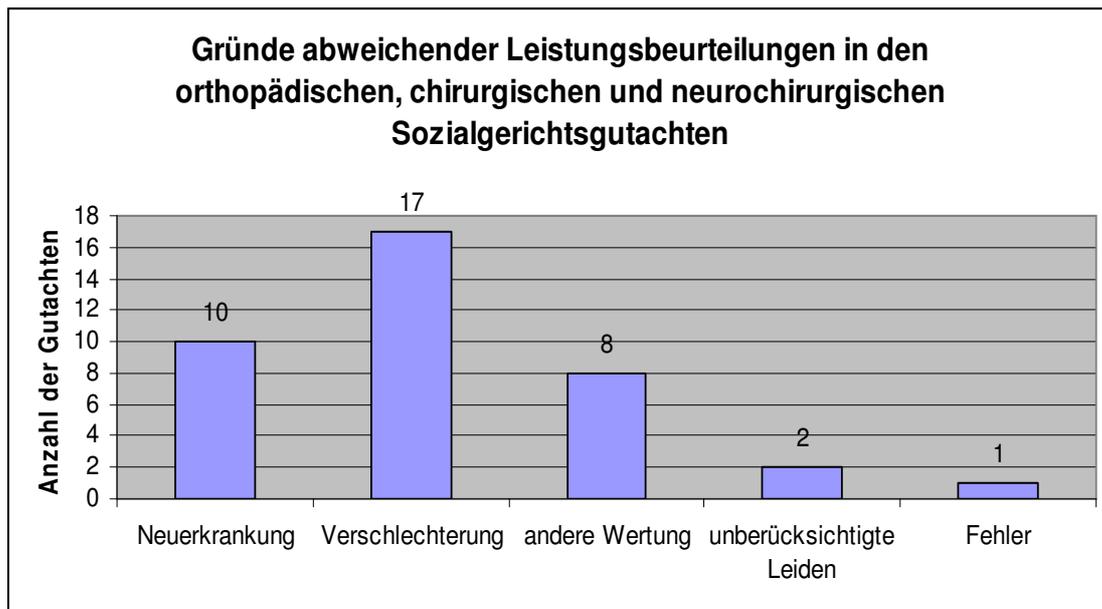


Abbildung 26: Gründe der abweichenden Leistungsbeurteilung in den orthopädischen, chirurgischen und neurochirurgischen Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten der Versicherten gegenüber den Gutachten der DRV, Mehrfachnennung möglich, Fallzahl N=28

Das Gros der diskrepanten Einschätzungen wird demnach mit Verschlechterungen (17mal) und Neuerkrankungen (10mal) begründet, wie sie bei zum Teil älteren Menschen mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und bei zum Teil jahrelangem Verlauf eines Rentenrechtsstreits nicht unerwartet sind. Genannt wurden Verletzungen, Neuauftreten eines Bandscheibenvorfalles, Frakturen bei Osteoporose und Wirbelsäuleninstabilität (vergleiche Fallbeispiel 9). Fehler und bislang unberücksichtigte Leiden wurden demgegenüber selten genannt (1 bzw. 2mal): bei Berentung auf Zeit fehlerhafte Annahme einer Besserung durch den Vorgutachter sowie Nichtberücksichtigung einer alten Wirbelfraktur und einer Somatisierungsstörung. Dies spricht für eine überwiegend gute Qualität der orthopädisch-chirurgischen Vorgutachten des Rentenversicherungsträgers.

A3) 18 Klageverfahren mit divergierenden internistischen, allgemein- und arbeitsmedizinischen Sozialgerichtsgutachten und Ausgang zu Gunsten des Versicherten

In 18 internistischen, allgemeinmedizinischen und arbeitsmedizinischen Sozialgerichtsgutachten wurde in Abweichung zu den Vor-Gutachten der DRV eine Leistungsminderung festgestellt mit resultierender Berentung der Versicherten.

2 dieser 18 Gutachten wurden nach § 109 SGG erstellt.

3 dieser 18 Gutachten wurden von den Prüfarzten nicht akzeptiert (es waren *keine* Gutachten nach § 109 SGG!), die Entscheidung erging per Urteil gegen die DRV, auf eine Berufung wurde von der DRV verzichtet.

Die angegebenen Leistungseinschätzungen verteilten sich folgendermaßen:

- volle Erwerbsminderung: 9 Fälle
- teilweise Erwerbsminderung auf 3 bis unter 6 Stunden täglich: 9 Fälle.

In der Hälfte dieser divergierenden Leistungseinschätzungen auf internistisch-allgemeinmedizinischem Gebiet stellte der Gerichtsgutachter demnach keine Leistungsunfähigkeit, sondern nur eine quantitative Leistungsminderung auf unter 6 Stunden täglich fest in Abweichung von den Vorgutachten der DRV mit Feststellung eines Leistungsvermögens von täglich 6 Stunden und mehr.

Bei möglicher Mehrfachnennung von Gründen wurde die Abweichung vom Gerichtsgutachter wie folgt begründet:

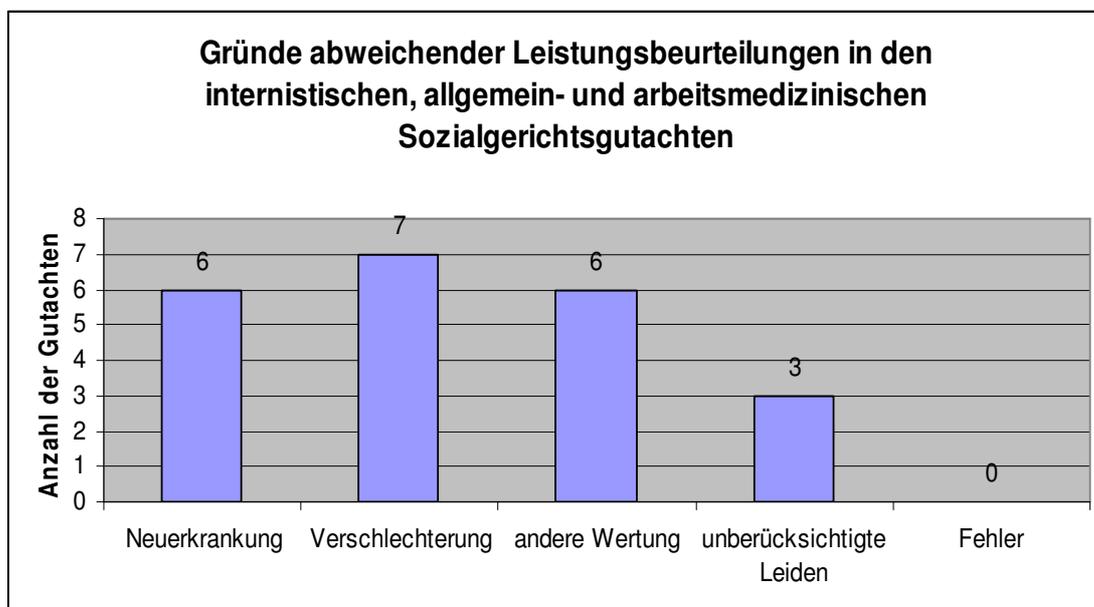


Abbildung 27: Gründe der abweichenden Leistungsbeurteilung in den internistischen, allgemein- und arbeitsmedizinischen Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten

der Versicherten gegenüber den Gutachten der DRV, Mehrfachnennung möglich, Gutachtenanzahl N=18

Neuerkrankungen, Verschlechterung und andere Wertung wurden nahezu gleich häufig als Grund der abweichenden Einschätzung genannt (6 bzw. 7mal). Das Fallbeispiel 5 mit im Klageverlauf auftretendem Reanimationsbedarf bei zuvor bereits vermuteter Autoimmunerkrankung mit Gefäßmanifestation ist hierfür ein prägnantes Beispiel. Fehler wurden nicht angemahnt, jedoch in immerhin 3 Fällen nicht berücksichtigte Leiden wie die gravierende Stuhlinkontinenz im Fallbeispiel 4, die zu mehr Sorgfalt mahnen. Gegebenfalls sollte auch verstärkt an die Veranlassung weiterer Begutachtungen durch andere Fachgebiete gedacht werden.

A4) 1 Klageverfahren mit einem divergierenden augenärztlichen Sozialgerichtsgutachten und Ausgang zu Gunsten des Versicherten

Eine Berentung im Klageverfahren erfolgte nach augenärztlichem Gerichtsgutachten bei im Verlauf des Klageverfahrens neu aufgetretener schwerer Sehbehinderung. Die Rentenablehnung durch die DRV war nach internistischer Begutachtung und Langzeit-Alkoholentwöhnungsbehandlung erfolgt. Das Gerichtsgutachten wurde vom Prüfarzt akzeptiert. Als Rentenbeginn wurde erst der Zeitpunkt des Einsetzens der Sehschwäche, nicht jedoch der Rentenantragszeitpunkt anerkannt.

B) Klageverfahren mit divergierenden Gutachten und Ausgang zu Gunsten der DRV- Rentenablehnung

In 36 der 181 Klageverfahren mit divergierenden, eine Berentung befürwortenden Gerichtsgutachten wurde abschließend dennoch gegen die Versicherten und für die DRV entschieden. 3 dieser Verfahren endeten trotz Vorliegens von sogar jeweils zwei die Rente befürwortenden Gerichtsgutachten zu Gunsten der DRV.

In diesen 36 Klageverfahren mit mindestens einem divergierenden Gerichtsgutachten wurden insgesamt 110(!) Gerichtsgutachten erstellt, im Durchschnitt 3 Gerichtsgutachten pro Verfahren.

Jedes dieser divergierenden Gutachten war von einem anderen Gutachter erstellt worden, somit fand sich kein Anhalt für ein tendenziöses Verhalten einzelner Gutachter.

20 dieser Gutachten waren durch einen vom Versicherten ausgewählten Gutachter nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG erstellt worden.

Nach Fachrichtung untergliedert, handelte es sich um:

- divergente neurologisch-psychiatrische, psychologische, schmerztherapeutische Gerichtsgutachten: 20 Fälle
- divergente orthopädisch-chirurgische Gerichtsgutachten: 8 Fälle
- divergente internistisch-allgemeinmedizinische Gerichtsgutachten: 8 Fälle

Nachfolgend wird die Einzelfallanalyse der divergierenden Sozialgerichtsgutachten mit Ausgang zu Gunsten der DRV, untergliedert nach Fachrichtung der Gerichtsgutachten, dargestellt.

B1) 20 Verfahren mit divergenten neurologisch-psychiatrischen Gutachten und Ausgang zu Gunsten der DRV

Die Unterteilung erfolgt hier nach Anzahl der Sozialgerichtsgutachten als Anhalt für die Komplexität des Klageverfahrens.

-5 Klageverfahren mit 1 Gerichtsgutachten

In diesen 5 Gerichtsverfahren wurden außer dem neurologisch-psychiatrischen Gerichtsgutachten mit abweichender Leistungsbeurteilung im Sinne einer Berentungsempfehlung keine weiteren Gerichtsgutachten erstellt.

In einem Fall bezog sich das Klageverfahren auf den vom Versicherten behaupteten Leistungsfall 1999. Bei von der DRV anerkannter Leistungsunfähigkeit auf Dauer erst ab Rentenantragstellung 2003 war der Rentenantrag abgelehnt worden. Vom nervenärztlichen Gerichtsgutachter wurde nun eine bereits 2001 eingetretene Leistungsunfähigkeit behauptet, die jedoch ebenfalls nicht zu einer Rentenzahlung führte bei weiterhin nicht erfülltem Versicherungsfall 1999.

In einem weiteren Fall wurde die vom nervenärztlichen Gerichtsgutachter angegebene Leistungsunfähigkeit zwar ab Gutachtentag akzeptiert, nicht jedoch ab einem Leistungsfall 1996, der Voraussetzung einer Rentenzahlung gewesen wäre.

In 2 Fällen mit nervenärztlicher Feststellung von Leistungsunfähigkeit nahm der Versicherte die Rentenklage zurück gegen Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

In einem Fall hatte der Gutachter ein maximal 6-stündiges Leistungsvermögen beschrieben, der Prüfarzt daraufhin sogar eine quantitative Leistungsminderung akzeptiert, das Gericht jedoch die Rentenklage per Urteil abgewiesen.

-7 Klageverfahren mit 2 Gerichtsgutachten

In 5 Fällen lag zunächst ein nervenärztliches Sozialgerichtsgutachten mit Bestätigung von vollschichtigem Leistungsvermögen in Übereinstimmung mit der Einschätzung der DRV vor. Auf Wunsch der Kläger erfolgte dann ein weiteres Gerichtsgutachten durch einen neurologisch-psychiatrischen Gutachter nach § 109 Sozialgerichtsgesetz, das jeweils eine Leistungsminderung beschrieb. Das Gericht folgte jedoch der Einschätzung der nervenärztlichen Gerichts- und DRV-Vorgutachten.

2 weitere Fälle mit nervenärztlichen Gerichtsgutachten mit beschriebener Leistungsunfähigkeit vermochten es ebenfalls nicht, die Einschätzung des nervenärztlichen bzw. orthopädischen Gerichts- Vorgutachten zu widerlegen.

-6 Klageverfahren mit 3 Gerichtsgutachten

3 Fälle mit postulierter Leistungsunfähigkeit im Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz vermochten nicht die jeweils anderen nervenärztlichen, orthopädischen und allgemeinmedizinischen Gutachten zu widerlegen.

Ein schmerztherapeutisches Gerichtsgutachten wurde durch die orthopädischen und nervenärztlichen Gerichtsgutachten überstimmt.

In einem Fall mit Feststellung von Leistungsunfähigkeit im nervenärztlichen Gerichtsgutachten wurde nach erfolgreicher psychosomatischer Rehabilitation die Rente letztlich abgelehnt.

In einem weiteren Fall war nach nervenärztlichem Sozialgerichtsgutachten mit Beschreibung von Leistungsminderung eine Rente wegen Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen anerkannt worden. Nach Berufung durch die DRV und nervenärztlicher Begutachtung durch das Landessozialgericht mit Feststellung eines vollschichtigen Leistungsvermögens wurde das erstinstanzliche Urteil aufgehoben.

-2 Klageverfahren mit 4 Gerichtsgutachten

In beiden Fällen beschrieben jeweils ein nervenärztliches Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz Leistungsunfähigkeit. In einem Fall standen 3 weitere neurologisch/psychiatrische Gerichtsgutachten dagegen, im anderen Fall jeweils ein internistisches, ein orthopädisches und ein nervenärztliches Gerichtsgutachten, die das Gericht letztlich zu überzeugen vermochten.

B2) 8 Verfahren mit divergenten orthopädisch-chirurgischen Gutachten

Auch hier erfolgt die Unterteilung nach Anzahl der Sozialgerichtsgutachten als Anhalt für die Komplexität des Klageverfahrens.

-1 Klageverfahren mit 1 Gerichtsgutachten

In diesem Fall bezog sich das Klageverfahren auf den vom Versicherten behaupteten Leistungsfall 1994. Die von der DRV bereits anerkannte Leistungsunfähigkeit auf Dauer ab Rentenantragstellung 2001 wurde vom orthopädischen Gerichtsgutachten nach Aktenlage mit einem früheren Leistungsfall bestätigt, jedoch der für eine Rentenzahlung erforderliche Beginn der Leistungsminderung 1994 weiterhin verneint. Vom Gericht wurden keine weiteren Gutachten angefordert.

-3 Klageverfahren mit je 2 Gerichtsgutachten

In einem Fall begründete der orthopädische Gerichtsgutachter die Leistungsminderung fachfremd mit psychischen Symptomen. Das nervenärztliche Gerichtsgutachten hingegen beschrieb fachspezifisch vollschichtige Belastbarkeit; dieser Einschätzung folgte das Gericht.

In 2 Fällen hatte das zweite Gerichtsgutachten, jeweils nach § 109 Sozialgerichtsgesetz durch einen Orthopäden erstellt, Leistungsunfähigkeit beschrieben. Das Gericht folgte jedoch der überzeugenderen Einschätzung des ersten allgemeinmedizinischen bzw. arbeitsmedizinischen Gutachtens.

-1 Klageverfahren mit je 3 Gerichtsgutachten

Das orthopädische Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz widersprach dem orthopädischen Gerichts- Vorgutachten ohne plausible Begründung, so dass das Gericht

der Einschätzung nicht folgte, zumal das abschließende internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten ebenfalls vollschichtiges Leistungsvermögen feststellte.

- 3 Klageverfahren mit 4 Gerichtsgutachten

In einem Fall hatten das chirurgische und das nervenärztliche Gerichtsgutachten jeweils vollschichtiges Leistungsvermögen festgestellt. Das auf Wunsch des Versicherten veranlasste zusätzliche orthopädische Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz hingegen stellte ebenso wie ein weiteres orthopädisches Privatgutachten Leistungsunfähigkeit fest. Das Gericht folgte der Argumentation des Prüfarztes und der beiden ersten Gerichtsgutachten.

Auch in einem weiteren Fall hatten das nervenärztliche und das orthopädische Gerichtsgutachten jeweils vollschichtiges Leistungsvermögen festgestellt. Das auf Wunsch des Versicherten veranlasste zusätzliche orthopädische Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz hingegen stellte Leistungsunfähigkeit vorrangig wegen seelischer Leiden fest. Auch das vierte, nervenärztliche Gerichtsgutachten bestätigte hingegen nachvollziehbar ein vollschichtiges Leistungsvermögen.

In einem Fall postulierte ein neurochirurgisches Gerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz Leistungsunfähigkeit, nachdem zuvor 2 nervenärztliche Gerichtsgutachten- davon ein Gutachten ebenfalls nach § 109 SGG vollschichtiges Leistungsvermögen bestätigt hatten. Das daraufhin veranlasste nochmalige nervenärztliche Gutachten durch den ersten Gerichtsgutachter bestätigte erneut Leistungsfähigkeit, das Gericht folgt diesem Gutachter und lehnte eine Berentung des Klägers ab.

B3) 8 Verfahren mit je einem divergenten internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten

-2 Klageverfahren mit je 1 Gerichtsgutachten

In diesen beiden Verfahren lag lediglich das divergierende internistisch-allgemeinmedizinische Gerichtsgutachten vor. In einem Fall zog der Versicherte seine

Klage trotz des die Dauerberentung befürwortenden Gerichtsgutachtens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz zurück und akzeptierte die Zeitrente. Im anderen Fall folgte das Gericht der Argumentation des Prüfarztes bezüglich der Nicht-Nachvollziehbarkeit der Leistungseinschätzung des Gerichtsgutachtens.

-2 Klageverfahren mit je 2 Gerichtsgutachten

In einem Fall begründete der allgemeinmedizinische Gerichtsgutachter Leistungsunfähigkeit mit psychischen und Verhaltensstörungen (depressives Syndrom und, Sozialphobie, Minderbegabung). Nach Empfehlung des DRV-Prüfarztes veranlasste das Gericht eine ergänzende fachspezifische nervenärztliche Begutachtung, die das psychopathologische Bild des allgemeinmedizinischen Gerichtsgutachters nicht nachvollziehen konnte und vollschichtiges Leistungsvermögen bestätigte.

Im anderen Fall begründete der internistische Gerichtsgutachter Leistungsunfähigkeit mit Verschlechterung der vorbeschriebenen Herzerkrankung. Bei noch nicht eingeleiteter Therapie widersprach der DRV-Prüfarzt dieser Einschätzung. Das Gericht veranlasste 15 Monate später eine nochmalige Begutachtung durch denselben Gerichtsgutachter, der bei Besserung nunmehr vollschichtiges Leistungsvermögen bestätigte.

-3 Klageverfahren mit je 3 Gerichtsgutachten

In zwei Fällen folgten dem internistischen Gerichtsgutachten mit Annahme von Leistungsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung ein nervenärztliches und ein orthopädisches Gerichtsgutachten, die jeweils vollschichtiges Leistungsvermögen feststellten.

In einem weiteren Fall begründete das erste internistische Sozialgericht Leistungsunfähigkeit mit einem hohen Krankheitsrisiko bei Übergewicht. Dieser Argumentation folgten weder der Prüfarzt noch die beiden nachfolgenden internistischen und nervenärztlichen Gutachten und auch nicht das Gericht.

-1 Klageverfahren mit je 4 Gerichtsgutachten

In diesem Fall begründete ein orthopädisch-rheumatologischer Gerichtsgutachter eine quantitative Leistungsminderung vorrangig mit psychischen Symptomen bei Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung. Die zuvor bereits erstatteten orthopädischen und

nervenärztlichen Gerichtsgutachten hatten jedoch vollschichtiges Leistungsvermögen festgestellt. Eine auf Prüfarzttempfehlung erfolgte nochmalige nervenärztliche Gerichtsbegutachtung durch den vorbegutachtenden nervenärztlichen Gerichtsgutachter erwartete weiterhin vollschichtiges Leistungsvermögen. Das Gericht lehnte daraufhin die Rentenklage des Versicherten ab.

C) Sonderfälle mit resultierender Berentung ohne Vorliegen divergierender Gutachten

Auch ohne Vorliegen divergenter Gerichtsgutachten kam es in den nachfolgend beschriebenen Sonderfällen dennoch zu einer Berentung des Versicherten im Klageverfahren.

Ausgang pro DRV und Vers.

In 14 Fällen waren nicht-medizinische, sondern berufskundliche Gründe für die Gewährung einer *Rente wegen Berufsunfähigkeit* ausschlaggebend, da das Sozialgericht den verwaltungsseitigen Vorschlägen zu möglichen Verweisungstätigkeiten nicht folgte bzw. die Umschulungsfähigkeit des Antragstellers verneinte; die Gerichtsgutachten hatten übereinstimmend mit den DRV-Gutachten vollschichtige Leistungsfähigkeit bestätigt; eine volle Erwerbsminderungsrente abgelehnt.

In einem Fall wurde wegen vorbekannter und im Gerichtsgutachten bestätigter Wegeunfähigkeit trotz vollschichtigem Leistungsvermögen bei zwischenzeitlich ergangenen Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts BSG mit veränderter Rechtssprechung das Rentenbegehren nunmehr anerkannt. Eine medizinische Divergenz bestand nicht.

Ausgang pro Vers.

11 Fälle wurden letztlich per Aktenlage – ohne ein die Berentung empfehlendes Gerichtsgutachten (zum Teil nach vorausgegangener früherer Gerichtsbegutachtung ohne Rentenempfehlung) mit Rentengewährung beendet nach Vorlage von Klinikberichten mit dokumentierter aktueller Neuerkrankung und/oder Verschlechterung.

In einem anderen Fall war die Antragstellerin inzwischen an ihrer Krebserkrankung verstorben, die Klage wurde vom Witwer bis zu rückwirkenden Rentengewährung weitergeführt.

Ausgang pro DRV

In zwei Fällen war trotz Feststellung von Erwerbsunfähigkeit im Gutachten der DRV die Rente aus versicherungsrechtlichen Gründen abgelehnt worden. Im Vergleich vor Gericht wurde ohne erneute Begutachtung verwaltungsseitig die versicherungsrechtliche Rentengewährung anerkannt. Bei übereinstimmender Leistungsbeurteilung Wertung pro DRV: Ein Vers. zog seine Klage gegen die Gewährung einer nur befristeten Rente zurück und akzeptierte die Zeitrente.

In einem weiteren Fall erfolgte die Zuerkennung einer Zeitrente für einen 3 Jahre zurückliegenden Zeitraum bei aktuell bestätigter Erwerbsfähigkeit in Übereinstimmung mit den Vorgutachten der DRV.

5.5. Fallbeispiele

5.5.1. Fallbeispiele mit Ausgang für die DRV Berlin

Fall 1:

Der 49-jährige deutschstämmige männliche Versicherte, seit über einem Jahr arbeitslos, zuletzt als Automatenaufsteller tätig, stellt einen erneuten Rentenanspruch gemäß eines Vergleichs im Klageverfahren zum früheren Rentenanspruch, der aus versicherungsrechtlichen Gründen abgelehnt worden war. Durch die Versicherungsanstalt erfolgten 2003 eine internistische und eine orthopädische Begutachtung, die bei Wirbelsäulen-Syndrom, Schulterverschleiß, Übergewicht und koronarer Herzkrankheit jeweils noch ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten feststellten. Im Klageverfahren wurde zunächst eine internistische Begutachtung 2005 angeordnet. Der internistische Gerichtsgutachter beschrieb eine posttraumatische Belastungsstörung sowie verdeckte Angsterkrankung mit deutlicher Konversionssymptomatik und postulierte Leistungsunfähigkeit wegen des bislang unberücksichtigten Leidens. Der neurologisch-psychiatrische Prüfarzt der

Rentenversicherung hielt die fachfremde Leistungsbeurteilung für nicht nachvollziehbar und empfahl eine nervenärztliche Zusatzbegutachtung. Der neurologisch-psychiatrische Gerichtsgutachter schloss in seinem Gutachten 2006 das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus und bestätigte vollschichtiges Leistungsvermögen. Auch ein weiteres Gerichtsgutachten auf orthopädischem Fachgebiet bestätigte vollschichtige Leistungsfähigkeit. Das Sozialgericht wies daher die Klage auf Erwerbsminderungsrente ab.

Fall 6:

Der 42-jährige deutschstämmige männliche Versicherte, zuletzt als Monteur tätig gewesene Versicherte beantragt die Weitergewährung seiner seit 2/2002 gewährten und bis 7/2003 befristeten Zeitrente. Die Zeitrente war auf Grundlage eines chirurgischen Gutachtens von 2/2002 wegen eines erlittenen Polytraumas gewährt worden. Vor Ablauf der Zeitrente erfolgte 5/2003 eine chirurgisch-orthopädische Begutachtung durch die Versicherungsanstalt, die bei Lumbago, Ellenbogenarthralgie und Gonalgie wieder ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeiten angab. Auch ein zusätzliches internistisches Gutachten des Rentenversicherers 6/2003 bestätigte vollschichtiges Leistungsvermögen bei Trikuspidalklappeninsuffizienz und Zustand nach Herzschrittmacherimplantation wegen eines av-Blocks III.Grades. Im Klageverfahren bestätigte der chirurgisch-orthopädische Gerichtsgutachter ein wieder erreichtes vollschichtiges Leistungsvermögen nach erlittenem Polytrauma mit Ellenbogen- und Humerusverletzung. Auf Wunsch des Versicherten fand eine weitere orthopädisch-chirurgische Begutachtung- nach § 109 SGG- statt. Dieser Gutachter schätzte das Leistungsvermögen quantitativ gemindert auf 3 bis unter 6 Stunden täglich ein aufgrund der komplexen Instabilität des rechten Kniegelenks und einer Sprunggelenksarthrose und empfahl eine Testung unter objektiven Bedingungen („Evaluation funktioneller Leistungen“), wie sie in der Einrichtung, der der Gutachter als Leiter vorstand, möglich wäre. Der chirurgische Prüfarzt empfahl stattdessen eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne von Eingliederungshilfen für eine neuen Arbeitsplatz und ggf. PKW-Umbauten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit des noch jungen Versicherten. Da auch eine zusätzliche internistische Gerichtsbegutachtung vollschichtige Leistungsfähigkeit bestätigte, wies das Sozialgericht in seinem Urteil die Klage ab.

Fall 7:

Die 52-jährige deutschstämmige weibliche, zuletzt als Produktionshelferin tätig gewesene und seit über einem Jahr arbeitslose Versicherte wurde zu ihrem ersten Rentenantrag zunächst 1/2004 internistisch begutachtet. Bei kombinierter Schwerhörigkeit, Wirbelsäulen-Syndrom und chronisch-entzündlicher Darmerkrankung Colitis ulcerosa wurde ein vollschichtiges Leistungsvermögen beschrieben. Eine nervenärztliche Zusatzbegutachtung 2/2004 bestätigte bei leicht- bis mittelgradigem depressiven Syndrom, leichter sozialer Phobie und Minderbegabung ein über 6-stündiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeiten. Im Rentenklageverfahren gab der allgemeinmedizinische Gerichtsgutachter 6/2005 Leistungsunfähigkeit wegen Dekompensation der seelischen Leiden- depressives Syndrom, soziale Phobie - an. Auf prüfärztliche Empfehlung erfolgte 1/2006 eine zusätzliche fachspezifische nervenärztliche Gerichtsbegutachtung, die das im allgemeinmedizinischen Vorgutachten beschriebene psychopathologische Bild als nicht nachvollziehbar einstufte und vollschichtiges Leistungsvermögen feststellte. Das Gericht wies die Rentenklage ab.

Fall 8:

Die 54-jährige deutschstämmige weibliche ehemalige Küchenhilfe und inzwischen langjährig arbeitslose Versicherte wurde zu ihrem 3. Rentenantrag durch die Versicherungsanstalt zunächst 6/2003 allgemeinmedizinisch begutachtet; bei Wirbelsäulensyndrom, Schulter-Arm-Syndrom links und Gonarthrose rechts wurde ein vollschichtiges Leistungsbild beschrieben. Die orthopädisch-chirurgische Begutachtung im Widerspruchsverfahren bestätigte diese Leistungseinschätzung. Im Sozialgerichtsverfahren kam der allgemeinmedizinische Gutachter 2004 zur selben Ansicht. Das auf Wunsch der Versicherten erstellte orthopädische Gutachten nach § 109 SGG 2006 führte die vorbeschriebenen Erkrankungen ohne gravierende Veränderungen auf, gab jedoch das Leistungsvermögen mit „ 6, besser 4 Stunden täglicher Arbeitszeit als realistisch...bei humaner Einschätzung“ an; die Abweichung zu den Vorgutachten wurde mit dem individuellen Ermessensspielraum von Gutachtern erklärt. Auf Rückfrage des Gerichts bestätigte der Gutachter fachspezifisch orthopädisch dann vollschichtiges Leistungsvermögen. Der Rentenantrag wurde abschließend abgelehnt.

5.5.2. Fallbeispiele mit Ausgang für den Versicherten

Fall 2:

Der 56-jährige deutschstämmige männliche Versicherte, zuletzt als Helikoptermechaniker tätig und seit über einem Jahr arbeitslose Versicherte stellte erstmals einen Rentenantrag. 2002 erfolgte durch die Versicherungsanstalt eine internistisch-allgemeinmedizinische Begutachtung, in der bei Gonarthrose, Varizen und Alkoholkrankheit ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten festgestellt wurde. 2003 wurde nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wegen koronarer Zweigefäßerkrankung nach Vorderwandherzinfarkt und Bluthochdruck vollschichtiges Leistungsvermögen für nur noch leichte Tätigkeiten beschrieben. Im Klageverfahren erfolgte zunächst 2004 eine nervenärztliche Begutachtung; bei Dysthymie und Alkoholmissbrauch wurde erneut vollschichtiges Leistungsvermögen angegeben. Die internistische Gerichtsbegutachtung 2005 hingegen beschrieb ein quantitativ gemindertes Leistungsvermögen von nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich, bei Verschlechterungstendenz der Herzerkrankung, dokumentierten der aktuellen Echokardiografie mit verminderter linksventrikulärer Auswurffraktion von 45% gegenüber 55% noch 3/2003 sowie Neufeststellung einer beginnenden Nierenfunktionseinschränkung. Prüfarztlicherseits wurde diese Leistungsbeurteilung unter Verweis auf vorhandene Leitlinien nicht akzeptiert bei dokumentierter guter körperlicher Belastbarkeit in Stressechokardiografie, Ergometrie und Ergospirometrie. In der daraufhin vom Gericht veranlassten arbeitsmedizinisch-kardiologisch-angiologischen Begutachtung 9/2005 wurde wiederum trotz inzwischen koronarangiografisch nachgewiesener koronarer Dreigefäßerkrankung mit allerdings normalisierter Herzleistung ein vollschichtiges Leistungsvermögen angegeben. Dieser Einschätzung konnte sich der nervenärztliche Vorgutachter nicht anschließen, er empfahl vielmehr unter Berücksichtigung sämtlicher Funktionseinschränkungen auch auf internistischem und orthopädischen Fachgebiet (Dysthymie, Alkoholmissbrauch, Gonarthrose beidseits, Tinnitus mit Hypakusis beidseits, Ellenbogenschaden rechts) die Anerkennung einer dauerhaften quantitativen Leistungsminderung. Diese Argumentation folgte der Prüfarzt schließlich. Das Klageverfahren endete nach 3 Jahren

und 9 Monaten per Vergleich überwiegend zugunsten des Versicherten mit Feststellung von Erwerbsminderung, jedoch erst ab dem Verschlechterungszeitpunkt 2005, nicht bereits ab Rentenantrag.

Fall 3:

Der 58-jährige, aus Jugoslawien stammende ehemalige Starkstromelektriker und jetzt arbeitslose Versicherte wurde aus der Anschlussheilbehandlung nach Lendenwirbelsäulen-Operation wegen Lumboischialgie 2005 mit einem vollschichtigen Leistungsbild entlassen. Im Klageverfahren schätzte der orthopädische Gutachter 2006 das Leistungsvermögen aufgrund massiver degenerativer Lendenwirbelsäulenveränderungen auf täglich 4 bis 6 Stunden gemindert ein. Eine Auseinandersetzung mit der Einschätzung der Rehabilitationsklinik unterblieb, dennoch folgte der Prüfarzt der Einschätzung des Sozialgerichtsgutachters. Der Rechtsstreit wurde per Vergleich überwiegend zugunsten des Versicherten beendet mit Anerkennung von Berufsunfähigkeit ab Antrag und teilweiser Erwerbsminderung, die jedoch erst ab dem Zeitpunkt des Gerichtsgutachtens.

Fall 4:

Die 60-jährige deutschstämmige weibliche Versicherte wird zu ihrem ersten Rentenantrag 2004 internistisch und 2005 orthopädisch begutachtet. Bei Wirbelsäulensyndrom, Herzrhythmusstörung, Bronchitis, Gonarthrose beschrieben beide Gutachter des Versicherers ein vollschichtiges Leistungsvermögen. Im internistischen Gerichtsgutachten 2006 wurde dann neu eine gravierende Defäkationsstörung mit Stuhlinkontinenz ohne Besserung nach operativem Eingriff 2006 sowie eine Harninkontinenz beschrieben und das Leistungsvermögen quantitativ gemindert beurteilt. Kritisiert wurde die fehlende Würdigung der Inkontinenzproblematik durch die Vorgutachter, zudem sei weitere Verschlechterung eingetreten. Nach prüfärztlicher Akzeptanz wurde der Rechtsstreit per Vergleich zugunsten der Versicherten mit Rentengewährung beendet.

Fall 5:

Die 49-jährige deutschstämmige weibliche, seit über einem Jahr arbeitslose und zuletzt als Schlosserhelferin tätige Versicherte wurde bei Rentenerstantrag 9/2005 internistisch

begutachtet. Bei Aortenklappenfehler, Lungenemphysem, Bluthochdruck wurde vollschichtige Leistungsfähigkeit festgestellt. Zum Zeitpunkt der vom Gericht veranlassten internistischen Begutachtung 12/2006 befand sich die Versicherte bei Verdacht auf eine Autoimmunerkrankung mit Gefäßmanifestation bereits in deutlich reduziertem Allgemeinzustand. Unmittelbar nach der Begutachtung kam es zu weiterer dramatischer Verschlechterung mit erforderlicher Reanimation bei weiterhin ungeklärter Krankheitsursache. Der gutachtlichen Feststellung von Leistungsunfähigkeit ab Verschlechterungszeitpunkt wurde gefolgt.

Fall 9:

Die 61-jährige, deutschstämmige, derzeit arbeitsunfähige und zuletzt als Kraftfahrer tätige Versicherte wurde von der DRV 4/2005 internistisch-allgemeinmedizinisch begutachtet. Bei Lendenwirbelsäulensyndrom, arteriellem Hypertonus und Gonarthrose wurde vollschichtige Leistungsfähigkeit angegeben. Im Klageverfahren beschrieb der orthopädische Gerichtsgutachter 6/2006 eine Verschlechterung des Lendenwirbelsäulensyndroms mit dokumentierter dynamisierter Skoliose und erheblicher, bislang unberücksichtigter, progredienter Instabilität und schätzte das Leistungsvermögen auf unter 4 Stunden täglich ein. Nach prüfärztlicher Akzeptanz wurde der Rechtsstreit per Vergleich zugunsten des Versicherten mit Anerkennung einer Erwerbsminderungsrente ab Verschlechterung 5/2005 beendet.

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer Untersuchung zu den divergierenden Leistungseinschätzungen in sozialmedizinischen Begutachtungen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten zwischen Gutachten für den Rentenversicherungsträger und für die Sozialgerichte vor. Bei Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach einem Sozialgerichtsverfahren liegt im Allgemeinen eine abweichende, negative Beurteilung der Leistungsvermögens des Klägers durch das Gericht vor gegenüber der vorherigen Feststellung eines positiven Leistungsbildes durch den Rentenversicherungsträger, die zur Ablehnung des Rentenanspruchs führte.

Ausgehend von der individuellen und gesamtgesellschaftlichen Bedeutung einer Berentung wegen Erwerbsminderung einerseits und bislang weitgehend fehlender wissenschaftlicher Studien zu Qualität und Reliabilität sozialmedizinischer Gutachten als Grundlage einer Berentung wegen Erwerbsminderung andererseits ist die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen zur Gutachtenqualität und - reliabilität unumstritten. Ziel dieser Studie war die Suche nach den Ursachen einer unterschiedlichen Einschätzung des sozialmedizinischen Leistungsvermögens eines Versicherten in Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung Berlin (DRV) und Gutachten für die Sozialgerichte. Welche Faktoren erklären abweichende Leistungsbeurteilungen zwischen Gutachten der DRV und Gutachten der Sozialgerichte? Ist die Qualität der Gutachten ausschlaggebend? Sind personengebundene Variablen medizinischer oder nichtmedizinischer Art vorrangig entscheidend? Gibt es Hinweise für tendenziöses, voreingenommenes Entscheidungsverhalten einzelner Sozialrichtergutachter? Bestätigt sich die aus den Statistiken der Renten- und Krankenversicherung bekannte besondere und wachsende Bedeutung neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen? Gibt es Parameter mit prognostischer Aussagekraft für den Ausgang des Rentenrechtsstreits zu Gunsten des Versicherten im Sinne einer Berentung?

Hierzu wurden 620 Akten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Berlin mit allen vor den Sozialgerichten abgeschlossenen Rentenklageverfahren eines Jahres (Mai 2006 bis April 2007) gesichtet und analysiert. 181 dieser 620 Akten (29 Prozent) enthielten ein oder mehrere Gerichtsgutachten mit einer gegenüber den DRV-Begutachtungen abweichenden Leistungseinschätzung im Sinne einer Berentungsempfehlung. In 71 Prozent der Rentenklageverfahren fand sich somit eine übereinstimmende Leistungsbeurteilung zwischen DRV- und Gerichtsgutachtern. Die Datenauswertung erfolgte mittels statistischer Methoden und - bei divergierender Leistungseinschätzung im Sozialgerichtsverfahren – auch inhaltlich.

Die Ergebnisse der Studie und die Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen werden im Folgenden dargestellt.

Das Alter der Versicherten bei Rentenantragstellung lag zwischen 24 und 62 Jahren, betrug im Mittel 49,3 Jahre. Zwischen dem Alter der Kläger und dem

Verfahrensausgang ließ sich in dieser Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang nachweisen. Zu erwähnen ist ein geringer Unterschied des in dieser Studie ermittelten durchschnittlichen Alters gegenüber dem bundesweiten Durchschnittsalter bei Rentenbeginn wegen Erwerbsminderung von 50,0 Jahren. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2006). Diese geringe Abweichung könnte dadurch bedingt sein, dass das in dieser Untersuchung ermittelte Alter zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung bestimmt wurde, in der DRV-Statistik jedoch der Zeitpunkt des tatsächlichen Rentenbeginns zu Grunde gelegt wird. Der im nachfolgenden Klageverfahren bei Rentenzuerkennung festgelegte Beginn der Rente muss nicht dem Rentenantragsdatum entsprechen. Insbesondere bei Auftreten von gravierenden Neuerkrankungen oder Verschlechterungen während des zum zumeist mehrjährigen Rentenrechtsstreits (die durchschnittliche Verfahrensdauer in dieser Untersuchung betrug 2 Jahre, 9 Monate) wird erst ein späterer Rentenbeginn anerkannt. Grundsätzlich ist jedoch das Einsetzen der Erwerbsminderungsrente durchschnittlich 15 Jahre bzw. 17 Jahre vor dem Regelaltersrentenbeginn von 65 bzw. 67 Jahren von gravierender ökonomischer und sozialer Bedeutung für den Einzelnen und die Gesellschaft.

Zwischen Geschlecht des Rentenklägers und dem Ausgang des Verfahrens war kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar. Auffällig war jedoch der Anteil von 58,5 Prozent Männern unter den Rentenklägern, die damit in Relation zum Anteil männlicher Versicherter in der DRV Berlin (50,4 Prozent der aktiv Versicherten bzw. 50,26 Prozent der versicherungspflichtig Beschäftigten der DRV Berlin sind männlich) überproportional vertreten waren (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2005/2006). Der Anteil der Männer bei den Neuzugängen zur Erwerbsminderung 2006 in der gesamten Deutschen Rentenversicherung lag bei 55,46 Prozent (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2006). Das leichte Übergewicht der Männer bei den Erwerbsminderungsrentnern mag mit der Versichertenstruktur der DRV Berlin in Zusammenhang stehen. In der ehemaligen „Arbeiterrentenversicherung“ LVA Berlin /jetzt DRV Berlin (- Brandenburg) sind – im Gegensatz zu Angestellten der früheren Bundesversicherungsanstalt BfA - viele körperlich schwer arbeitende Männer versichert, die oft auch frühzeitig ins Erwerbsleben eintraten. Zu vermuten sind vorzeitige Altersverschleißerscheinungen und möglicherweise auch eingeschränkte Anpassungsfähigkeiten an die sich verändernde moderne Arbeitswelt mit einer

Verschiebung des Anteils körperlicher zugunsten geistig-intellektueller Arbeit. Zur angemessenen Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gehört auch die Beachtung des biologischen, sozialen bzw. funktionalen Alters des Versicherten einschließlich der Einschätzung der psychomentalen Leistungsfähigkeit.

Über ein Viertel der in dieser Studie erfassten Berliner Versicherten hatte einen Migrationshintergrund. Zwischen ausländischer Herkunft und Ausgang der Rentenklageverfahren war kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisbar. Der Anteil von 26 Prozent Migranten unter den Klägern erscheint leicht überproportional bei allerdings problematischer statistischer Erfassung bzw. Abgrenzung von Migranten in offiziellen Statistiken. Gemäß Statistik der DRV 2005/2006 waren von insgesamt 11,6 Prozent der aktiv Versicherten in der DRV Berlin-Brandenburg Ausländer. Allerdings wurden Zuwanderer mit deutschem Pass (Eingebürgerte und Aussiedler) in dieser Statistik als Deutsche und nicht als Migranten gezählt. Der Begriff „Migrationshintergrund“ fand erst mit dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes von 2005 Eingang in den offiziellen Sprachgebrauch. Bis dahin galt als alleiniges Kriterium die Staatsbürgerschaft, wonach die Zahl der Migranten in Deutschland mit 9 Prozent der Bevölkerung angegeben wurde. Mit der Einbeziehung von in Deutschland geborenen, eingebürgerten und eingewanderten Deutschen und Besitzern mehrerer Staatsbürgerschaften, Kindern aus binationalen Ehen und Staatenlosen wurde die Zahl der Migranten in Deutschland im Jahr 2006 dann mit 19 Prozent, in Berlin mit 23 Prozent angegeben, davon 40 Prozent mit deutscher Staatsangehörigkeit. (vgl. Mikrozensus der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2006)

Eine Ursache für die Klagebereitschaft der Versicherten mit Migrationshintergrund mag neben der Sprachbarriere ein Unverständnis für die Rechtsprechung des Einwandererlandes sein, zumal in den Herkunftsländern die Altersrente oft früher als in Deutschland beginnt. So liegt beispielsweise das Mindestrenteneintrittsalter in der Türkei für Männer bereits bei 60 Jahren, für Frauen bei 58 Jahren (Grütjen 2008). Die Vermutung eines gewissen Misstrauens in das deutsche Rentenrecht und insbesondere die Rentenbescheiderteilung erhärtet sich durch die überproportional häufige Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes durch Migranten. Die Häufigkeit von Versicherten mit Migrationshintergrund unter den Rentenklägern könnte Anregung zu

weiteren Untersuchungen sein. Auch die Rentenversicherungsträger sollten sich in der Struktur ihrer sozialmedizinischen Sachaufklärung auf den zukünftig eher wachsenden Anteil an Versicherten mit Migrationshintergrund einstellen.

Fast 80 Prozent aller Kläger nutzten einen Rechtsbeistand. Die Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes allgemein und eines Rechtsanwaltes bzw. Rentenberaters als Formen des Rechtsbeistandes durch die Versicherten erwies sich als signifikanter Prädiktor für eine Berentung des Versicherten im Klageverfahren. Bei vorhandenem Rechtsbeistand erfolgte eine Entscheidung zugunsten der Versicherten in 27 Prozent dieser Fälle, ohne Rechtsbeistand nur in 8 Prozent. Die Erklärung hierfür fällt nicht leicht. Möglicherweise wird generell in komplizierten, wenig eindeutigen Fällen eher Anwaltshilfe gesucht. Positiv für den Kläger könnte die bessere Beratung bezüglich vorzulegender Atteste, die Anregung einer Begutachtung durch einen Arzt des Vertrauens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz und auch „geschicktes“ Verhalten in der Begutachtungssituation sein - einige auf Rentenrecht spezialisierte Anwälte haben auf ihrer Internetseite entsprechende Empfehlungen. Die häufigere Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes durch Migranten wurde bereits im vorigen Abschnitt diskutiert. Es zeigte sich dennoch kein signifikanter Unterschied im Ausgang des Klageverfahren zwischen Klägern mit und ohne Migrationshintergrund.

Auch der bei Rentenantragstellung bestehende Erwerbsstatus hatte signifikanten Einfluss auf den Ausgang des Rentenrechtsstreits. Die Mehrheit der Versicherten war bei Antragstellung arbeitslos, fast ein Drittel war arbeitsunfähig, und nur wenige Rentenantragsteller waren noch erwerbstätig. Zu einer Berentung kam es bei nur 17 Prozent der bei Antragstellung Berufstätigen und bei 21 Prozent der Arbeitslosen, aber bei fast einem Drittel der arbeitsunfähig Erkrankten. Eine zum Zeitpunkt der Rentenantragsstellung bestehende Arbeitsunfähigkeit dürfte auf eine eher akute gesundheitliche Beeinträchtigung hinweisen. Wenn die Begutachtung durch den Rentenversicherungsträger bereits zu einem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossener Behandlung und Rekonvaleszenz stattfindet, wird der Gutachter bei noch ausstehenden Therapieoptionen gegebenenfalls von einer positiven Prognose ausgehen und im überschaubaren Zeitraum von 6 Monaten den Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit erwarten. Es handelt sich dann um einen so genannten Behandlungsfall im Sinne einer

Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit, bei dem eine Rente (zunächst) nicht gewährt wird. Ein ungünstiger Krankheitsverlauf, Krankheitskomplikationen, fehlendes therapeutisches Ansprechen oder Verzögerungen in der Rekonvaleszenz führen dann bei der späteren Gerichtsbegutachtung zu einer anderen Einschätzung. Insbesondere bei ausschließlicher Leistungseinschätzung nach Aktenlage auf Grundlage von Krankenhausberichten und Entlassungsberichten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar nach akuter Erkrankung oder Operation besteht die Gefahr der zu optimistischen Einschätzung des weiteren Heilungsverlaufs (vergleiche Fallbeispiel 3).

Eine noch ausgeübte berufliche Tätigkeit hingegen (in dieser Studie knapp 5 Prozent der Versicherten) belegt ein vorhandenes Leistungsvermögen und führt erwartungsgemäß seltener zur Berentung.

Der hohe Anteil von Arbeitslosen unter den Rentenklägern ist sicher auch mit dem Wunsch nach finanzieller und sozialer Absicherung insbesondere angesichts der seit 2005 geltenden Hartz IV-Gesetzgebung erklärbar. Allerdings dürften sich hinter den bei den Arbeitsagenturen arbeitslos gemeldeten Personen auch eigentlich arbeitsunfähige Personen „verbergen“, die inzwischen von der Krankenklasse „ausgesteuert“ wurden. Nach Auslaufen die Krankengeldzahlung durch die gesetzliche Krankenkasse (nach maximal 78 Wochen für die gleiche Erkrankung innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren) kann der Betroffene dann die Zahlung von Arbeitslosengeld I oder II beantragen und/oder bei fehlendem Krankengeldanspruch auf eine formale Attestierung der Arbeitsunfähigkeit verzichten. Zu bedenken ist auch eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach dem Verlust des Arbeitsplatzes. In der Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit von 1999 gaben 14,3 Prozent der 40- bis 65-jährigen Erwerbslosen an, derzeit krank oder unfallverletzt zu sein, gegenüber 8,4 Prozent der gleichaltrigen Erwerbstätigen. Aus den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 ist bekannt, dass Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Erwerbstätige. Fast 60 Prozent der der langzeitarbeitslosen 20- bis 59jährigen Männer bejahte das gegenwärtige Bestehen einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung, aber nur 28 Prozent der Erwerbstätigen. Zudem gab jeder vierte aktuell arbeitslose Mann und bei langzeitarbeitslosen Männern sogar jeder dritte Mann an, dass gesundheitliche Einschränkungen ein Grund für die Arbeitslosigkeit sind. Arbeitslose nehmen auch verstärkt medizinische Versorgung in

Anspruch. Dies gilt insbesondere bei psychischen und Verhaltensstörungen. Die Gmünder Ersatzkasse registrierte im Jahr 2000 bei arbeitslosen Männern nahezu siebenmal mehr Krankenhaustage mit diesen Diagnosen gegenüber erwerbstätigen Männern, bei Frauen betrug das Verhältnis 3:1. (vgl. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005) „Ob Arbeitslosigkeit kausal zu Erkrankungen führt oder eher selektive Aspekte bestimmend sind, also kranke Menschen häufiger ihre Arbeit verlieren, ist nicht eindeutig geklärt.“ (Gold 2008)

Die soziodemografischen Studienergebnisse zusammenfassend fanden sich keine Unterschiede in der Berentungshäufigkeit zwischen Älteren und Jüngeren, Frauen und Männern sowie zwischen Antragstellern mit und ohne Migrationshintergrund. Somit ergab sich kein Anhalt für eine diesbezügliche Diskriminierung durch Gutachter, Rentenversicherer und Sozialgerichte. Als Prädiktoren mit positiver Korrelation für eine Berentung erwiesen sich hingegen die Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes allgemein und eines Rechtsanwalts bzw. Rentenberaters als Formen des Rechtsbeistandes. Auch der Erwerbsstatus der Versicherten zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung hatte einen signifikanten Einfluss auf den Verfahrensausgang. Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Ausgang zu Gunsten des Versicherten, hingegen ein positiver Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeit und Berentung des Versicherten.

Die 5. Hypothese, wonach personengebundene, nicht-medizinische Variablen den Verfahrensausgang nicht beeinflussen, wurde demnach zum Teil bestätigt, zum Teil widerlegt.

Formal nicht bestätigt werden konnte die 1. Hypothese. Art und Umfang der Ermittlungen durch den Rentenversicherungsträger hatte keinen statistisch messbaren Einfluss auf den Verfahrensausgang. Es fanden sich keine Unterschiede in der Berentungshäufigkeit im Klageverfahren in Abhängigkeit von der Anzahl der von der DRV erstellten Gutachten oder der Begutachtungsstruktur mit Mehrfachbegutachtungen durch verschiedene Fachrichtungen. Leistungseinschätzungen der Rentenversicherungsanstalt auf Grundlage von Fremdunterlagen ohne Begutachtung - somit „nach Aktenlage“ - wurden nicht häufiger als Leistungsbeurteilungen auf Grundlage einer oder mehrerer Begutachtungen durch Gutachter verschiedener

Fachgebiete vom Sozialgericht verworfen. Dies spricht einerseits für einen angemessenen Einsatz der kostengünstigen Beurteilung nach Aktenlage durch die zuständigen Prüfärzte und legt andererseits eine sorgfältige Prüfung von Mehrfachbegutachtungen eines Rentenantragstellers nahe. Auch die Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens durch die DRV bei diesbezüglich geltend gemachten Beschwerden konnte den vergleichsweise hohen Anteil neurologisch-psychiatrisch bedingter Berentungen nach Klageverfahren nicht beeinflussen.

War nun die Qualität der Gutachten ausschlaggebend? In dieser Arbeit wurden auch Qualitätsmängel in den Gutachten des Rentenversicherungsträgers erfasst. Aus den inhaltlichen Analysen der Sozialgerichtsgutachten mit abweichender Leistungseinschätzung ergab sich allerdings, dass tatsächliche Fehler in den Vorgutachten der DRV nur in Einzelfällen Grund für die divergente, eine Rente befürwortende Leistungseinschätzung im Gerichtsgutachten waren. Nur drei nervenärztliche und ein orthopädisch-chirurgisches Gerichtsgutachten begründeten ihre nun abweichende, die Berentung empfehlende Leistungseinschätzung mit dem Verweis auf Fehler im DRV- Vorgutachten. Genannt wurden das Fehlen eines erforderlichen Dolmetschers, negative Gegenübertragung, fehlende Darstellung des Tagesablaufs in den nervenärztlichen Fällen und die fehlerhafte Annahme einer Besserung des orthopädischen Leidens bei der Ablehnung einer Zeitrenten-Weitergewährung. Häufiger, in immerhin 33 Fällen, davon in 28 neurologisch-psychiatrischen Gerichtsgutachten, wurden jedoch bislang nicht berücksichtigte Symptome/ Erkrankungen als ein Grund für die divergierende Leistungsbeurteilung angeführt. Beispielhaft seien hier Persönlichkeitsstörungen, ein frühkindlicher Hirnschaden, eine alte Wirbelsäulenfraktur oder Stuhl- und Harninkontinenz (siehe Fallbeispiel 4) genannt. In diesen Fällen wären weitere Ermittlungen durch den Rentenversicherungsträger, gegebenenfalls auch in Form zusätzlicher Begutachtungen auf anderem Fachgebiet angezeigt gewesen. Bei Beachtung der existierenden DRV-Begutachtungsrichtlinien durch die DRV-Gutachter hätten diese berechtigt kritisierten gutachtlichen Fehler und Versäumnisse vermieden werden können.

Im Gegenzug traten auch Mängel in Sozialgerichtsgutachten zu Tage. Von Bedeutung waren fehlende Plausibilität insbesondere in psychiatrischen Gerichtsgutachten und

fachfremde Leistungseinschätzungen, hier vor allem die Annahme einer Leistungsminderung wegen einer psychischen Symptomatik durch Internisten/ Allgemeinmediziner oder Orthopäden/ Chirurgen. So wurden in immerhin 36 Klageverfahren die eine Berentung befürwortenden Gerichtsgutachten vom Sozialgericht unter Berücksichtigung anderer Gutachten als nicht nachvollziehbar eingeschätzt und die Berentung des Versicherten weiterhin abgelehnt. Im Übrigen blieb auch der Umfang der Ermittlungen des Sozialgerichts, gemessen an der Anzahl der vom Gericht angeforderten Gerichtsgutachten und der Dauer des gesamten Verfahrens, ohne Einfluss auf den Ausgang des Rentenrechtsstreits.

Der aus einer hausinternen Statistik herauslesbare Anschein eines tendenziösen Entscheidungsverhaltens einzelner Sozialgerichtsgutachter konnte im Rahmen der durchgeführten statistischen Auswertungen so nicht bestätigt werden. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Berentungsempfehlung von oft oder selten eingesetzten Gerichtsgutachtern, allerdings war eine Tendenz zu strengerer (eher eine Berentung ablehnender) Beurteilung bei den erfahrenen Gutachtern ablesbar. Hingegen votierten vom Rentenkläger selbst gewählte Ärzte des Vertrauens in Gerichtsgutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG signifikant häufiger für eine Berentung: 46 der erfassten 65 Gutachten nach § 109 SGG sprachen sich für eine Berentung aus, mithin mehr als zwei Drittel dieser Gutachten(71 Prozent)! Im Vergleich dazu fanden sich in allen untersuchten 620 Klageverfahren insgesamt nur in 29 Prozent divergierende, eine Berentung empfehlende Gutachten. Auch wenn die Sozialgerichte nur 26 dieser 46 Gutachten folgten, erwies sich die Durchführung eines Gutachtens durch einen vom Versicherten gewählten Arzt nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes SGG letztlich als Prädiktor für eine Berentung des Versicherten im Klageverfahren. Nach einer solchen Begutachtung kam es signifikant häufiger zu einer Berentung des Versicherten: 41,5 Prozent der 65 Klageverfahren mit mindestens einem Gutachten nach §109 Sozialgerichtsgesetz SGG endeten mit einer Berentung des Versicherten gegenüber 25,6 Prozent der Klageverfahren ohne eine solche Begutachtung. Immerhin 20 dieser 46 Gutachten nach § 109 SGG mit Berentungsempfehlung wurden durch andere Gerichtsgutachten überstimmt, die abschließende Gerichtsentscheidung erfolgte zugunsten der DRV. In 26 Fällen führten Gerichtsgutachten durch den vom Versicherten gewählten Arzt jedoch unmittelbar zum Gerichtsentscheidung für den

Versicherten, allerdings wurden diese Gutachten jeweils von verschiedenen Gutachtern erstellt. Wie ist diese häufige Berentungsempfehlung in den Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz zu erklären? Der vom Rentenkläger selbst gewählte Gutachter ist oft ein vertrauter behandelnder Arzt, der möglicherweise aus der Beobachtung des Krankheitsverlaufs und in Kenntnis der sozialen Verhältnisse seines Patienten die Leistungsfähigkeit anders beurteilt als ein Gutachter nach zumeist einmaligem Patientenkontakt. Zudem erscheinen bei engem Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis Skrupel bzw. eine gewisse Befangenheit des Arztes, seinem Patienten quasi die Rente zu verwehren, verständlich. Dennoch müssen sich auch Gutachter in einer Begutachtung nach §109 Sozialgerichtsgesetz SGG auf sachliche, nachvollziehbare Angaben und Wertungen beschränken.

Aus den in dieser Untersuchung erfassten gutachtlichen Mängeln kann die grundsätzliche Empfehlung zur Beschränkung des Gutachters auf die eigene Fachkompetenz abgeleitet werden. Mutmaßlich besteht eine Neigung von Gutachtern, die Auswirkungen fachfremder Erkrankungen nicht immer angemessen einzuschätzen. Der Gutachter sollte sich einerseits fachfremd begründeter Leistungseinschätzungen enthalten und andererseits beim Verdacht auf das Vorliegen gravierender fachfremder Erkrankungen eine fachspezifische Zusatzbegutachtung anregen. Insbesondere die Wertung möglicher psychischer Störungen sollte erfahrenen psychiatrischen Gutachtern obliegen. Weiterhin ist eine sorgfältige Anamneseerhebung gerade auch bei potentiell schambesetzten Themen bei jeder Begutachtung zu fordern. Zu beachten ist dabei jedoch der unterschiedliche Zeitrahmen von Gerichtsbegutachtungen gegenüber DRV-Gutachten, bedingt durch die unterschiedliche Vergütung (bis zu 85 Euro / Stunde Aufwandsvergütung bei Gerichtsgutachten gegenüber 75 bzw. 130 Euro ärztliches Gesamthonorar eines externen Gutachtens für den Rentenversicherungsträger). Eine längere Untersuchungszeit ermöglicht genaueres, bedarfsweise wiederholtes Befragen und Beobachten, auch werden Ermüdbarkeit und gegebenenfalls bestehende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen oft erst nach längerer Beanspruchung im Rahmen der Begutachtung deutlich.

Zusammenfassend blieb der formale Umfang der sozialmedizinischen Beweiserhebung der Rentenversicherung und der Sozialgerichte ohne messbaren Einfluss auf den

Ausgang der Rentenklageverfahren. Hingegen führen die eher seltenen Qualitätsmängel in den Gutachten der DRV oder der Sozialgerichte durchaus zu abweichenden Leistungsbeurteilungen, wobei neben unberücksichtigten Erkrankungen auch die fehlende Nachvollziehbarkeit von Gutachten von Bedeutung war. Die 2. Hypothese konnte somit bestätigt werden.

Bestätigt werden konnte auch die 3. Hypothese, wonach gravierende Neuerkrankungen oder Verschlechterungen des Versicherten im Verlauf des Klageverfahren zu diskrepanten Bewertungen zwischen Gutachten der DRV und der Sozialgerichte führen. Der überwiegende Anteil der Beratungen im Klageverfahren nach divergenten Sozialgerichtsgutachten (145 der insgesamt 620 Klageverfahren) wurde mit gutachtlich festgestellten Verschlechterungen und seltener Neuerkrankungen (68 bzw. 24mal bei möglicher Mehrfachnennung von Gründen) begründet, wie sie bei älteren, oft auch polymorbiden Antragstellern und teilweise langer Klagedauer nicht unerwartet sind. Insbesondere bei schwerwiegender Neuerkrankung und/oder Verschlechterung während des Klageverfahren wäre ein regelhaftes, unverzügliches Informieren des Gerichts wünschenswert, zum Beispiel durch den Kläger selbst oder seinen Rechtsbeistand oder auch durch die behandelnden Ärzte bei Vorliegen einer entsprechenden Entbindung von der Schweigepflicht. Dann könnte die Möglichkeit einer Entscheidung nach Aktenlage ohne weitere, den Patienten belastende und Kosten verursachende Begutachtungen geprüft werden.

Recht häufig, nämlich 44mal bei möglicher Mehrfachnennung von Gründen, wurde die schlechtere Leistungsbeurteilung vom Gerichtsgutachter auch mit einer anderen Wertung der Krankheitsauswirkungen begründet, darunter 30mal in nervenärztlichen Gutachten. Dies wirft die Frage auf, ob es eine Art Gutachterspielraum, oder eine humane (versus inhumane?) Einschätzung gibt, wie es ein Gutachter formulierte, vergleiche Fallbeispiel 8. In der Justiz kennt man den Ermessensspielraum aus der individuellen Bewertung zum Beispiel eines Strafmaßes in Bezug auf Höhe der Geld- oder Haftstrafe. In der Sozialmedizin wird vom Gesetzgeber eine präzise, quasi minutengenaue Angabe des zeitlichen Leistungsvermögens verlangt. Bei Feststellung eines täglichen Leistungsvermögens von 6 Stunden und mehr durch den Gutachter wird der Rentenanspruch des Versicherten abgelehnt. Bei einem Leistungsvermögen von unter 6 Stunden, im Extremfall also 5 Stunden 59 Minuten- somit ein nur um eine Minute

kürzeres tägliches Leistungsvermögen - wird bei Arbeitslosigkeit und verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine Rente gewährt. Diese erforderliche enge Differenzierung des quantitativen Leistungsvermögens mag auch ein Grund für die unterschiedliche Wertung des Leistungsvermögens zwischen Gutachtern der Gerichte und der DRV sein. In immerhin über einem Drittel der abschließend gegen die DRV entschiedenen Klageverfahren (50 von 145 Fällen!) wurde letztlich wegen der Annahme einer quantitativen Leistungsminderung auf unter 6 Stunden täglich eine Berentung ausgesprochen, Leistungsunfähigkeit wurde nicht festgestellt. Der Unterschied in den Einschätzungen der Gutachter war somit im Einzelfall nicht gravierend. Insbesondere bei fachübergreifender Beurteilung älterer und polymorbider Versicherter dürfte die Abgrenzung der zumutbaren täglichen Arbeitszeit von mehr oder weniger als 6 Stunden schwer fallen, zumal der Versicherte im Laufe des Klageverfahren weiter gealtert ist und möglicherweise unter das Rentenklageverfahren auch als erhebliche Belastung empfindet. Hilfreich könnte sein, neben dem aktuellen Befund auch den Krankheitsverlauf verstärkt zur Einschätzung heranzuziehen (siehe Fallbeispiel 2). Zur Einschätzung des zumutbaren zeitlichen Leistungsvermögens sind jedoch auch subjektive Angaben wie Erschöpfbarkeit/Ermüdbarkeit zu berücksichtigen, die im Rahmen einer vergleichsweise kurzen Begutachtungssituation nicht regelhaft hinreichend objektiviert werden können

Erwogen werden könnte der verstärkte Einsatz von – allerdings nicht unumstrittenen- Assessmentinstrumenten zur Evaluierung der Funktionellen Leistungsfähigkeit wie zum Beispiel ergos und EFL-System nach Isernhagen, die bislang in Deutschland vorrangig für berufliche Integrationsprognosen, seltener für die sozialmedizinische Begutachtung genutzt werden. (Büschel 2008 und Glatz 2008) Insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen könnte eine aktivitäts- und fähigkeitsorientierte Befunderhebung unter standardisierten Bedingungen die herkömmliche Diagnostik ergänzen. (Wallrabenstein 2008)

Ein weiterer Faktor für die recht häufige Diskrepanz in der Einschätzung des zeitlichen Leistungsvermögens könnte sein, dass nicht jeder für das Sozialgericht tätige Gutachter die aus den gesetzlichen Grundlagen resultierenden Konsequenzen der angegebenen quantitativen Leistungseinschätzung kennt. Verwiesen werden muss hier auf die Definitionen von Erwerbsfähigkeit für Arbeitssuchende nach § 8 des 2. Sozialgesetzbuch SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende - einerseits und

teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung - andererseits. Nach § 8 des 2. Sozialgesetzbuch SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende - ist erwerbsfähig, „wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein“. (ebenda) Bei Begutachtungen von Arbeitssuchenden mit Anspruch auf Arbeitslosengeld II im Auftrag der Arbeitsagenturen/ Jobcenter führt somit die Feststellung eines 3- bis unter 6-stündigen Leistungsvermögens nicht zu finanziellen Konsequenzen, das Arbeitslosengeld II (nach Hartz IV) wird als Bedarfsleistung in voller Höhe weiter gezahlt. Würde dieser Arbeitslose jedoch einen Rentenanspruch stellen und der Rentenversicherungsträger das auf 3 bis unter 6 Stunden quantitativ geminderte Leistungsvermögen bestätigen, erhielte der Versicherte (bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen) bei derzeit verschlossenen Teilzeit-Arbeitsmarktes eine volle Erwerbsminderungsrente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Nach § 43 des 6. Sozialgesetzbuches SGB VI gilt nämlich: „Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (ebenda)

Aufgrund der Komplexität der Sozialmedizin mit wechselnden gesetzlichen Vorgaben erscheinen der verbindliche Nachweis einer sozialmedizinischen Fachkompetenz und die verpflichtende Teilnahme aller sozialmedizinisch tätigen Gutachter an Institutionen übergreifenden Fortbildungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen wünschenswert.

In der 4. Hypothese war angenommen worden, dass das Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung im Gegensatz zu internistischen und orthopädischen Erkrankungen eine prognostische Bedeutung für eine Berentung im Klageverfahren besitzt. Ausgelöst wurde diese Hypothese durch die aus der Rentenzugangstatistik bekannte zunehmende Bedeutung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen (Diagnosegruppen G und F nach der ICD-Klassifikation) für das Eintreten von Erwerbsunfähigkeit. Die psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen sind die inzwischen häufigste Ursache der Frühberentung. Im Jahr 1983 lag der Anteil psychischer/psychiatrischer Erkrankungen an den Frühberentungen noch unter 10

Prozent. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006). Bereits in 2006 wurden bundesweit 39 Prozent aller Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente wegen psychiatrischer und neurologischer Hauptleiden berentet, allein 32 Prozent wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Bei Frauen wurden sogar 45 Prozent aller neuen Erwerbsminderungsrenten 2006 wegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung gewährt, bei Männern 34 Prozent. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2006)

Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) sind seit 1995 die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen um 80 Prozent gestiegen, und auch die Ausfallzeiten sind meist höher. In 2008 waren 8,3 Prozent der Ausfallzeiten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. (Flintrop 2009) Dabei nimmt Berlin eine Sonderrolle ein: Berliner führen die bundesweite Krankenstatistik an, der Krankenstand ist um ein Drittel höher als in anderen Bundesländern, Berliner sind auch häufiger psychisch krank, die häufigste Diagnose „Depression“ verursacht in Berlin 50 Prozent mehr Krankheitstage als im übrigen Bundesgebiet (Hempel 2007) Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys erkranken 40 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung. (Bühning 2007) Am häufigsten sind affektive und Angststörungen, gefolgt von den somatoformen Störungen und Suchterkrankungen. (Bühren et al. 2008) Nachvollziehbar wurde bereits die rhetorische Frage „Psychische und Verhaltensstörungen - die Epidemie des 21. Jahrhunderts?“ aufgeworfen (Weber 2006) Doch eine Auswertung von Längsschnittstudien aus mehreren Ländern ergab keinen Beleg für eine Zunahme psychischer Störungen, sondern vielmehr eine verstärkte Inanspruchnahme fachspezifischer Hilfe. (Richter et al. 2008)

Leider gibt es bislang keine Statistik über die Hauptdiagnosen bei abgelehnten Anträgen auf Erwerbsminderungsrente, so dass nicht bekannt ist, bei wie vielen Ablehnungen psychische und Verhaltensstörungen eine Rolle spielen. (Legner 2006), eine entsprechende Erfassung ist jedoch für die Zukunft geplant.

In der hier vorliegenden Untersuchung bestätigte sich eine besondere Bedeutung des Vorliegens nervenärztlicher Erkrankungen für den Ausgang des Rentenrechtsstreits. In über zwei Dritteln (70 Prozent) der untersuchten 620 Rentenklageverfahren wurde vom Versicherten eine neurologisch-psychiatrische Erkrankung geltend gemacht. In über 50 Prozent aller 620 Klageverfahren erfolgte mindestens eine nervenärztliche

Begutachtung durch das Sozialgericht. Die Durchführung eines neurologisch-psychiatrischen Sozialgerichtsgutachtens erwies sich als Prädiktor für eine Berentung des Versicherten: In jedem dritten Klageverfahren, in dem eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung stattfand, wurde eine Rente gewährt, bei Klageverfahren mit somatischem Hauptleiden nur in jedem fünften Verfahren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Versicherte mit gravierenden neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen ja bereits bei Rentenantragstellung durch Gutachter bzw. Prüfarzte des Rentenversicherungsträgers als leistungsunfähig eingeschätzt wurden mit resultierender Berentung. Aus der hausinternen Statistik der DRV Berlin aus dem 1.Halbjahr 2006 über das Entscheidungsverhalten aller DRV-Gutachter ergab sich, dass bereits 65 Prozent(!) aller neurologisch-psychiatrischen DRV-Gutachten zu einer Berentungsempfehlung kommen, hingegen nur 17 Prozent aller orthopädisch-chirurgischen DRV-Gutachten und 23 Prozent der internistisch-allgemeinmedizinischen DRV-Gutachten. Für die geringere Berentungshäufigkeit bei orthopädischen und Herz-Kreislauf- und Atemwegsleiden im Klageverfahren sind mehrere Faktoren zu diskutieren. Diese Erkrankungsbilder sind zumeist gut in ihren resultierenden Funktionseinschränkungen und ihrer Prognose unter Berücksichtigung vorhandener Therapieoptionen fassbar. Für diese Erkrankungen existieren bereits seit längerem bekannte Leitlinien der DRV Bund zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung unter Anwendung objektivierbarer Parameter (z.B. Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf- und Atmungssystems mittels der Spiroergometrie), die zu einheitlichem Bewertungsverhalten zwischen Gutachtern des Rentenversicherers und Gutachtern für das Sozialgericht führen dürften. Es ist davon auszugehen, dass Versicherte mit schwer leistungsbeeinträchtigten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen bereits bei Rentenantragstellung – gegebenenfalls auch ohne Begutachtung ausschließlich nach Aktenlage - durch die DRV als leistungsunfähig eingestuft wurden. Berentungen im Klageverfahren somatischer Fachgebiete sollten somit vorrangig durch gravierende Neuerkrankungen oder Verschlechterungen bewirkt werden, wie es sich auch in dieser Untersuchung bestätigte. In dieser Studie wurden in 620 Klageverfahren insgesamt nur 64 Verfahren mit abweichenden, eine Rente befürwortenden orthopädisch-chirurgischen und internistisch-allgemeinmedizinischen Gerichtsgutachten erfasst, wobei die Divergenz mehrheitlich mit Neuerkrankungen und

Verschlechterungen begründet wurde. Von diesen 64 Verfahren endeten nur 46 mit einer Berentung des Klägers, 20 dieser Gutachten wurden vom Gericht nicht akzeptiert. Fast doppelt so häufig – in 118 Verfahren- fanden sich in dieser Untersuchung jedoch divergierende Leistungsbeurteilungen in nervenärztlichen Gerichtsgutachten. Begründet wurden diese abweichenden Beurteilungen oft mit Verschlechterungen, Feststellung bislang unberücksichtigter Symptome/ Krankheiten sowie auch anderer Wertung der resultierenden Funktionseinschränkungen, seltener mit Neuerkrankungen. In 98 Verfahren kam es letztlich zu einer Berentung der Kläger auf Grund der neurologisch-psychiatrischen Erkrankung. In 64 Fällen wurden erst im Verlauf des Klageverfahrens relevante neurologisch-psychiatrische Beschwerden geltend gemacht. Da nur recht wenige der diskrepanten nervenärztlichen Gutachten eine Neuerkrankung als Grund der abweichenden Beurteilung angaben, ist bei Auftreten eines seelischen Leidens erst im Verlauf des Klageverfahrens auch an eine Verschlimmerung möglicherweise latent vorbestehender psychischer Erkrankungen der Rentenkläger durch den gegebenenfalls emotional belastenden Rechtsstreit mit ungewissem Ausgang zu denken. Am häufigsten begründeten die nervenärztlichen Gerichtsgutachter nämlich die Divergenz mit rentenrelevanten Verschlechterungen der neurologisch-psychiatrischen Leiden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Rentenbegehren des Patienten eine erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erschwert werden dürfte. Die häufige Angabe von bislang unberücksichtigten Leiden weist auf eine nicht ausreichende Ermittlung bezüglich des Vorliegens relevanter neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen durch den Rentenversicherungsträger hin. Wie aus der hausinternen Statistik bekannt, wurden nur 30 Prozent aller Rentengutachten der DRV Berlin von Nervenärzten erstellt, im Klageverfahren wurde dann in der Hälfte aller Verfahren ein nervenärztliches Gutachten angefordert. Auch das Auftreten relevanter seelischer Beeinträchtigungen im Rahmen einer chronifizierten körperlichen Grunderkrankung, insbesondere vor dem Hintergrund sozialer und finanzieller Probleme infolge Krankheit und Arbeitsplatzverlust ist zu erwägen. Nicht auszuschließen sind auch laienhafte Vorurteile bzw. Hoffnungen, man werde am ehesten bei Vortragen psychischer Beschwerden berentet. Die vergleichsweise häufige Diskrepanz in der Leistungsbeurteilung psychisch Kranker durch Gutachter der Sozialgerichte und des Rentenversicherungsträgers sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, zumal psychische Erkrankungen auch durch ihren vergleichsweise frühen Erkrankungsbeginn

von besonderer Bedeutung für den Rentenversicherungsträger sind. Bei einem durchschnittlichen Eintrittsalter in die Erwerbsminderungsrente von bundesweit 50 Jahren führen psychische Erkrankungen durchschnittlich bereits mit 47,77 Jahren, somit über 2 Jahre früher zur Berentung. (Statistik der Deutschen Rentenversicherung, 2006)

7. Ausblick und Empfehlungen

Die aus der Rentenzugangsstatisik bekannte hohe und zunehmende Bedeutung neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente bestätigte sich in dieser Untersuchung zu sozialmedizinischen Begutachtungen. Neben dem hohen Prozentsatz geltend gemachter psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter den Rentenklägern mit weiterer Zunahme während des Rentenrechtsstreits zeigte sich eine gegenüber den somatischen Fachrichtungen vergleichsweise häufige Diskrepanz in der Leistungsbeurteilung eines Versicherten durch Gutachter der DRV und der Sozialgerichte bei nervenärztlichen Begutachtungen. Weitere systematische Untersuchungen zur Reliabilität sozialmedizinischer Gutachten mit dem Schwerpunkt neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen sind anzuregen. Zudem sollten sich die Sozialleistungsträger in der ärztlichen Personalplanung/ Gutachtergewinnung auf den steigenden Bedarf an sozialmedizinisch ausgebildeten Neurologen/ Psychiatern einstellen.

In der vorliegenden Untersuchung erschien der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter den Rentenklägern etwas überproportional erhöht. Allerdings ist die Abgrenzung von Versicherten ausländischer Herkunft in der offiziellen Rentenstatistik problematisch. Es ist zu erwarten, dass zukünftig verstärkt Migranten auch der 2. und 3. Generation Erwerbsminderungsrenten beantragen werden. Eine Sensibilisierung für migrantenspezifische Begutachtung im Sinne einer sprach- und kulturverstehenden Befragung und Untersuchung unter den Gutachtern, gegebenenfalls auch die verstärkte Gewinnung von Gutachtern mit Migrationshintergrund und Beachtung des wachsenden Bedarfs an geschulten Dolmetschern ist anzuregen.

Diskussionswürdig erscheint die vom Gesetzgeber vorgegebene Forderung der quasi minutengenauen Einschätzung des Leistungsvermögens eines Versicherten. Diese Einschätzung ist vom Gutachter offenkundig nicht immer leicht zu treffen, wie die immerhin 50 Klageverfahren zeigen, in denen eine Berentung aufgrund der Feststellung eines nur 3- bis unter 6-stündigen Leistungsvermögens erfolgte. Überdacht werden sollte die mögliche Einsetzbarkeit von Assessmentinstrumenten zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit.

Auf Basis der berichteten Ergebnisse erscheint die Diskussion zur möglichen Abschaffung der eigenständigen Sozialgerichtsbarkeit problematisch. Neben dem Grundsatz der Gerichtskostenfreiheit stünden dann wohl auch die Vertretungsbefugnis von Verbandsvertretern und die Möglichkeit der Einholung eines Gerichtsgutachtens durch einen vom Kläger selbst gewählten Arzt des Vertrauens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG zur Disposition. Fast 80 Prozent aller Kläger hielten nach der vorgelegten Untersuchung die Inanspruchnahme eines Rechtsbeistands für nötig, wohl aufgrund der Komplexität der Klageverfahren, und nutzten dabei oft auch die Vertretung über Sozialverbände. Bei Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes fand sich ein hochsignifikant häufigerer Ausgang zugunsten des Rentenklägers. Und in 26 der 65 Verfahren mit einem Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz SGG führte die Begutachtung durch den vom Rentenkläger gewählten Arzt des Vertrauens letztlich zu einem positiven Ausgang für die Versicherten im Sinne einer Berentung.

Die in dieser Arbeit erfassten gutachtlichen Qualitätsmängel, insbesondere Nichtberücksichtigung wesentlicher Krankheiten, fehlende Nachvollziehbarkeit der Leistungseinschätzung und fachfremde Beurteilung unterstreichen die Notwendigkeit einer systematischen, Qualitätssicherung bei Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit. Im Bereich der Rentenversicherung wurde für eine einheitliche Form der Qualitätssicherung bereits ein neues Qualitätssicherungskonzept in Form eines Peer-Review- Verfahrens erarbeitet, das nach Testung bundesweit eingeführt werden soll. Wünschenswert wäre die zukünftige Einbeziehung der Gutachten aller Sozialleistungsträger, auch der Gutachten für die Sozialgerichte.

Anzumerken ist, dass trotz der Komplexität und der erheblichen und weiter wachsenden individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung der gutachtlichen Einschätzung des Leistungsvermögens bislang keine verbindlichen Anforderungen an die fachliche Qualifikation von Gutachtern existieren. Denkbar wäre, von allen Gutachtern den Erwerb der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und die Teilnahme an entsprechend anerkannten Fortbildungen verpflichtend zu fordern. Beispielhaft zu nennen sind die von der Ärztekammer angebotene strukturierte curriculäre Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ oder das Fortbildungsseminar „Medizinischer Sachverständiger cpu“ der Gen RE Business School in Kooperation mit der Universität Köln. Für die angestellten Sozialmediziner in Behörden gibt es im Gegensatz zu niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten bislang auch keine Verpflichtung zum Fortbildungsnachweis. All dies wird der hohen und wachsenden Bedeutung der Sozialmedizin nicht gerecht. Die stiefmütterliche Behandlung der Sozialmedizin insgesamt korreliert auch mit dem schlechten Ansehen der Sozialmediziner in der Öffentlichkeit, bei kurativ tätigen ärztlichen Kollegen und Arbeitgebern, abzulesen an der Gehaltshöhe mit resultierender Nachwuchsproblematik.

8. Zusammenfassung

Bei Anträgen auf eine Erwerbsminderungsrente sind sozialmedizinische Gutachten oft die Grundlage der Rentenbefürwortung oder -ablehnung, auch wenn der ärztliche Gutachter als Sachverständiger formal keine eigentliche Entscheidung trifft. Trotz der Bedeutung vorzeitiger Berentungen wegen Erwerbsminderung für den Einzelnen und die Gesamtgesellschaft gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zur Qualität und Reliabilität sozialmedizinischer Gutachten. Ausgehend von den geltenden Begutachtungsrichtlinien und Qualitätsanforderungen sucht die vorliegende Arbeit nach Gründen bzw. erklärenden Faktoren für abweichende, eine Erwerbsminderungsrente befürwortende Leistungsbeurteilungen des selben Versicherten in Gutachten für die Sozialgerichte gegenüber den Vorgutachten des Rentenversicherungsträgers, die zu einer Rentenablehnung geführt hatten. Hierzu wurden 620 abgeschlossene Rentenklageverfahren inhaltsanalytisch mittels Kategorienbildung und Checkliste ausgewertet; die statistische Datenanalyse erfolgte mit dem SPSS-Programm. Die

Ergebnisse zusammenfassend fanden sich in fast 30 Prozent dieser Klageverfahren rentenrelevant abweichende gutachtliche Leistungsbeurteilungen in den Gerichtsgutachten, die mehrheitlich das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet betrafen, seltener orthopädisch-chirurgische und internistisch-allgemeinmedizinische Gutachten. Die eine Rente befürwortende Divergenz wurde von den internistisch-allgemeinmedizinischen und orthopädisch-chirurgischen Gerichtsgutachtern vor allem mit Verschlechterungen, Neuerkrankungen und anderer Wertung der Krankheitsauswirkungen begründet. Von den nervenärztlichen Gerichtsgutachtern wurden daneben auch häufig auch bislang unberücksichtigter Symptome/ Krankheiten genannt. Fehler der Vorgutachten der DRV wurden nur in Einzelfällen angemahnt. Jedes fünfte dieser divergenten Gerichtsgutachten wurde vom Gericht jedoch als nicht überzeugend eingestuft, insbesondere wegen fehlender Nachvollziehbarkeit und fachfremder Beurteilung. Als Prädiktoren für einen Ausgang des Klageverfahren zu Gunsten des Versicherten im Sinne einer Berentung erwiesen sich neben dem Vorliegen einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung bzw. der Durchführung einer nervenärztlichen Gerichtsbegutachtung auch das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit bei Rentenantragstellung und die Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes sowie die Erstellung eines Gerichtsgutachtens durch einen vom Kläger gewählten Arzt des Vertrauens. Soziodemografische Parameter wie Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund der Kläger blieben ebenso wie der formale Umfang der Befunderhebung durch Rentenversicherungsträger und Sozialgericht ohne nachweisbaren Einfluss auf den Ausgang des Rentenrechtsstreits. Als Schlussfolgerungen ergeben sich die Empfehlung zu weiteren systematischen Untersuchungen der Reliabilität insbesondere neurologisch-psychiatrischer Begutachtungen, die Anregung zur Einführung verbindlicher Anforderungen an die fachliche Qualifikation von Gutachtern und zur Förderung einer Institutionen übergreifenden Qualitätssicherung.

9. Literaturverzeichnis

Arnold, M. Die Versorgung chronisch Kranker- Begründung einer Neuorientierung in der Medizin. In Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am 28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. <http://leitlinien.net/> (Stand 07.04.2010, 15:57)

Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R. Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung; Springer- Verlag, 10.Auflage; Berlin 2003

Becker, P. Das professionelle Gutachten- Anforderungen aus rechtlicher Sicht. Med Sach (2008),105 (3): 85-92

Bender, R., Ziegler, A., Lange, St. Logistische Regression. Dtsch med Wochenschr (2002);127(Suppl.Statistik): T11-T13

BKK Bundesverband (Hrsg.) Kosten arbeitsbedingter Erkrankung und Frühberentung in Deutschland. Juli 2008

Blindow, D. Möglichkeiten und Risiken einer Begutachtung nach Aktenlage- aus Sicht der Rentenversicherung. Med Sach (2004); 100 (3): 85-7

Bühren, A., Voderholzer, U., Schulte-Markwort, M., Loew, T.H., Neitscher, F. Hohagen, F., Berger, M. Alle Fachgebiete sind gefordert. Bidirektionale Zusammenhänge zwischen psychischen und den häufigsten körperlichen Erkrankungen sind vielfach belegt. Dtsch Arztebl (2008);. 105: A 880-884

Bühning, P. Die Schwelle ist niedriger geworden. Dtsch Arztebl (2007); 104 (49): 2866

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Referat 220, Migrations- und Integrationsforschung. Dr. Sonja Haug. Die Datenlage im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung. Working Papers 1/2005. www.bamf.de (Stand 07.04.2010, 10:19)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sozialbericht 2005 und 2009
<http://www.bmas.de/portal/16194/filter=Rubrik:Publikationen/ergebnisse.html?Schlagwort=sozialbericht&submitSearch=OK> (Stand 07.04.2010, 14:00)

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte- BfA (Hrsg.) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. 2. Auflage 2001

Burbach, M. Evidenz, Objektivität, Plausibilität. Über den 6. Kongress zur „Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung“ in München. Versicherungswirtschaft 15.6.2009

Bürgerliches Gesetzbuch BGB
www.buergerliches-gesetzbuch.info/ (Stand 07.04.2010, 14:04)

Büschel, C., Greitmann, B., Schaidhammer, M. Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 1: Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Med Sach (2008), 104 (5): 195-200

Buschmann-Steinhage, R. Forschungsförderung durch die Sozialversicherungsträger: Möglichkeiten und Grenzen. Public Health Forum 14.Jg. Heft 53 (2006):13-14

Cibis, W. Das professionelle Gutachten-Besonderheiten in der Rentenversicherung. Med Sach (2008), 105 (3): 100-103

Cibis, W. Qualitätssicherung in der Begutachtung- Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter- aus Sicht eines Arztes der Rentenversicherung. Med Sach (2005), 101 (2):52-53

Cibis, W., Reck, S. Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung- die Bedeutung der SOMEKO für den sozialmedizinischen Gutachter . Med Sach (2004), 100 (5):168-170

Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Hg: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (äzq). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ) 95. Jahrgang 2001, Supplement I, Urban&Fischer Verlag

Deutsche Rentenversicherung. Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung. DRV Schriften Band 21. Juni 2000 und 1. überarbeitete Fassung September 2001

Deutsche Rentenversicherung. Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. DRV Schriften Band 18. Januar 2000

Deutsche Rentenversicherung. Die Erwerbsminderungsrente. Grundsätze der gesetzlichen Rentenversicherung. Heft 2-3. Februar/ März 2002

Deutsche Rentenversicherung. Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV-Schrift Band 68.2006

Deutsche Rentenversicherung Berlin. Geschäftsbericht 5/2006-12/2007

Deutsche Rentenversicherung Berlin: Interne Statistik zur Ermittlung der gutachterbezogenen Rentenablehnungsquote der Sozialgerichtsgutachter in Klageverfahren gegen die DRV, unveröffentlichte Auswertung, 2005

Deutsche Rentenversicherung Berlin: Interne Statistik zur Ermittlung der gutachterbezogenen Rentenablehnungsquote aller internen und externen Gutachter , unveröffentlichte Auswertung, 2006

Deutsche Rentenversicherung Bund. Geschäftsbericht 2005

Dickmann, J.R.M., Brooks, A.: Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren- wie reliabel? Fortschr Neurol Psychiatr (2007);75: 397-401

Feddern, K., Widder, B. Die Pflicht des Gutachters zur persönlichen Untersuchung. Med Sach (2009)105 (3):, 93-95

Feldmann, M. Die (Un) Sicherheit der Prognose in der ärztlichen Begutachtung- aus juristischer Sicht. Med Sach (2005) 101 (2): 68-70

Flintrop, J. Krankenstand. Psychische Erkrankungen weiter auf dem Vormarsch. Dtsch Ärztebl (2009); 106 (13): 99

Forschung in der Rehabilitation. Hrsg. Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) und DRV Bund, 2009

Fritze, J., Mehrhoff, F. Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen Funktionsprüfungen Beurteilungen. 7., vollständig überarbeitete Auflage 2008. Steinkopff Verlag.

Gardemann, J., Salman, R. Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik- Bericht über eine interdisziplinäre Fachtagung. Gesundheitswesen (2002);64, 645-650

Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000. EM-ReformG, BGBl I, S.2998

Glatz, A. Assessment in der medizinischen Begutachtung- Vorstellung der Verfahren. Med Sach (2008); 105 (4): 130-134

Gold, C. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Strategien für sozialogenorientierte Gesundheitsförderung auf Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung diskutiert. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, Zeitschrift von Gesundheit Berlin (2008); 8 (2): 9

Grütjen, D.: Die türkische Sozialpolitik im Wandel. Herausforderungen und Reformen. Friedrich-Ebert-Stiftung. Fokus Türkei (2008) Nr.11

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)

<http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/index.html>

(Stand 20.6.2010 7:10)

Hagen,T. Das professionelle Gutachten- Anforderungen aus sozialmedizinischer Sicht. Med Sach (2008), 105 (3), 115-117

Hansis, M.L. Begutachtung vorgeworfener ärztlicher Behandlungsfehler- „das gute Gutachten“ . Med Sach (2006), 102 (1):10-15

Hausotter, W. Aufgaben und Stellung des ärztlichen Gutachters. Gesundheitswesen 2000; 62 468-472

Hempel, U. Zwischen Standortvorteil und Lebenslage der Berliner in: Berliner Ärzte (2007); 44 (2):15-20

ICD-10-Diagnosethesaurus. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Alphabetisches Verzeichnis für die stationäre Versorgung. Version 4.0- Stand Januar 2001. Deutscher Ärzteverlag.

Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz

<http://bundesrecht.juris.de/jveg/index.html>

(Stand: 07.04.2010, 13:43)

Kaiser, H., Kersting, M., Schian, HM: Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. Rehabilitation (2000); 39:175-184

Kaiser, H., Kersting, M., Schian H.-M, Jacobs, A., Kasprowski, D. Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation : Rehabilitation(2000); 39: 297-306)

Kaiser, V. Formal-methodische Kriterien der Begutachtung psychischer Störungen. Med Sach (2006); 102 (6): 200-205

Kaiser, V. Zur Bedeutung (höchst)richterlicher Urteile für die medizinische Begutachtung. Med Sach (2009); 105 (3): 89-92

Kaiser, V. Sicherheit und Unterstützung des ärztlichen Gutachters gegenüber kritischen Reaktionen. Med Sach.(2009);105 (5): 192-94

Kater, H. Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern. Erich Schmidt Verlag. Berlin 2008

Keller, F. Die Begutachtung von Schmerzen aus sozialrichterlicher Sicht. Med Sach (2009);105 (3): 96-99

Knipper, M., Bilgin, Y. Migration und andere Hintergründe. Dtsch Ärztebl 2010; 107 (3): A76-9

Knipping, A. Der Streit um die Rente wegen Erwerbsminderung – eine statistische Betrachtung. Zeitschrift SGB- Die Sozialgerichtsbarkeit (11/2006): 653-656

Koch, U., Lehmann, C., Morfeld, M. Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. Rehabilitation 2007; 46: 127-144

Koch, U. Zur Qualität der Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch-
Gesundheitsschutz 2004; 47:101-102

Koch, W., Czogalla, C., Ehret, M. Grundlagen der Wirtschaftspolitik. 3. Auflage.
Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft GmbH Stuttgart 2008

Kopp, I., Encke, A., Lorenz, W. Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der
Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher
Medizinischer Fachgesellschaften AWMF in Bundesgesundheitsblatt-
Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. Springer Verlag Berlin/ Heidelberg.45,3 ,
März 2002

Kopp., I. Bedeutung von Begutachtungsempfehlungen, antizipierten
Sachverständigengutachten und Leitlinien – Leitlinien in der Medizin – Grundlagen und
Fortentwicklung. Med Sach (2010); 106 (2):49-52

Korsukewitz, C. Rehabilitationsleitlinien und Qualitätssicherung aus der Sicht der
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In Leitlinien als medizinische und
ökonomische Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der
Tagung am 28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte

Korzilius, H. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung: Kompetenzstreit - und es
bewegt sich nichts. Dtsch Ärztebl (1998); 95(23): A -1439

Krasney, O.E. Zur Bedeutung höchstrichterlicher Urteile für die medizinische
Begutachtung. Med Sach (2009); 105 (3): 85-88

Legner, R. Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer
Störungen als Leistungsgrund- aus Sicht der Gutachter in der gesetzlichen
Rentenversicherung. Med Sach (2006); 102(2): 70-73

Legner, R., Cibis, W. Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. Die Rehabilitation (2007); 46: 57-61

Linden, M. Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren- wie reliabel?
Fortschr Neurol Psychiat (2007); 75: 379-381

Lindenberg, A., Wagner, I. Statistik macchiato. 2007. Pearson Studium

Manual des Sozialärztlichen Dienstes der LVA Hamburg vom 23.8.2004:
Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung

Mayring, P. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu
qualitativem Denken. 5.Auflage 2002. Beltz Verlag. Weinheim und Basel

Mayring, P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9.Auflage.2007.
Beltz Verlag. Weinheim und Basel

Merten, T. Fallstricke bei der Begutachtung kognitiver Störungen. Med Sach (2007);
103 (6): 188-193

Müller-Fahrnow, W. Der Beitrag der Rehabilitationsforschung zur aktuellen
Leitliniendiskussion. In Leitlinien als medizinische und ökonomische
Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am
28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BfA

Mutz,M. und Stoew,J.: Ein Plädoyer für die Sozialgerichtsbarkeit. Die Angestellten
Versicherung DAngVers (2004); 51 (3): 89-99

Neubauer, G. Vergütung und Leitlinien-zwei komplementäre Steuerungsinstrumente in
der Rehabilitation. In Leitlinien als medizinische und ökonomische
Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am

28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA

Neumeyer, M. Die sozialmedizinische psychiatrisch-psychologische Begutachtung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens. Schriften zur medizinischen Psychologie Bd.21 Verlag Dr. Kovac Hamburg 2009

Ollenschläger, G. Implementierung von Leitlinien. In Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am 28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA

Pfäfflin, F. Mängel in Prognosegutachten. In: St. Barton 2006: 259-268.

Pottins, I., Korsukewitz; C., Ihrje, H. Kommission zur Weiterentwicklung in der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung. Auftrag- Ziele- Ergebnisse. Die Angestellten Versicherung DAngVers (2004); (3): 142-147

Prel, J.-B. du, Röhrig, B., Hommel, G., Blettner, M. Auswahl statistischer Testverfahren. Dtsch Arztebl (2010); 107(19): 343-8

Ratzel, R., Lippert, H-D. Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). 4.Auflage,März 2006, Springer, Berlin

Rauschelbach, H-H., Widder,B. Begutachtung in der Neurologie. 2007. Georg Thieme Verlag

Razum,O. ,Geiger, I., Zeeb, H., Ronellenfitsch, U. Gesundheitsversorgung von Migranten. Dtsch Arztebl. (2004); 101 (43): A 2882-2887

Ressing, M., Blettner, M., Klug, S.J. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Dtsch Arztebl (2009); 106 (27): 456-462

Ressing, M., Blettner, M., Klug, S.J. Auswertung epidemiologischer Studien. Dtsch Arztebl (2010); 107(11): 187-92

Richter, D., Berger, K., Reker, T. Nehmen psychiatrische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis (2008); 35 (7): S. 321-330

Robert Koch Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005

Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin Mai 2006

Röhrig, B., du Prel, J.-B., Wachtlin, D., Blettner, M. Studientypen in der medizinischen Forschung. Dtsch Arztebl (2009); 106. (15): 262-268

Rompe, G. Die (Un) Sicherheit der Prognose in der ärztlichen Begutachtung- aus Sicht des medizinischen Sachverständigen. Med Sach (2005); 101 (2): 65-67

Sanofi-aventis: Die Rolle des Arztes im sozialgerichtlichen Verfahren

<http://www.sanofi-aventis.de/live/de/de/layout.jsp?cnt=0D691880-4EC1-4974-A8B6-23F1231F297B> (Stand 07.04.2010, 14:13)

Sauerbrei, W., Blettner, M. Interpretation der Ergebnisse von 2x2-Tafeln. Dtsch Arztebl (2009); 106(48): 795-800

Schmid, G. Qualitätssicherung in der Begutachtung- Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter- aus Sicht eines Sozialrichters. Med Sach (2005); 101 (2): 62-64

Schneider, S. Effiziente medizinische Recherche. Dtsch Arzteblatt (2004); 101 (43): A-2870-2872

Schulte-Sasse, H. Leitlinien als Steuerungsinstrumente aus der Sicht der Gesundheitspolitik. In Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am 28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA

Schwartz, F. Leitlinien als mögliche Steuerungsinstrumente. In Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente. Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am 28.und 29.2.2000 in Berlin. Hrsg. von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA

Sozialgesetzbuch SGB. Textausgabe. Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch. Hrsg. DRV Bund. 33.Auflage 7/2007

Sozialgesetzbuch SGB I

Sozialgesetzbuch SGB II

Sozialgesetzbuch SGB III

Sozialgesetzbuch SGB IV

Sozialgesetzbuch SGB V

Sozialgesetzbuch SGB VI

Sozialgesetzbuch SGB X

Sozialgesetzbuch SGB XII

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>

(Stand 07.04.2010, 13:34)

Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 81-Juli 2008. Hrsg. DRV Bund

Spießl, H., Jacobi, F. Nehmen psychiatrische Krankheiten zu? Debatte pro& contra. Psychiatrische Praxis (2008); 35 (07): 318-320

Spriestersbach, A., Röhrig, B., du Prel, J.-B., Gerhold-Ay, A., Blettner, M. Deskriptive Statistik. Dtsch Artzebl (2009); 106(36): 578–83.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/Migration_regional_2006.pdf

(Stand 07.04.2010, 13:28)

Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenbestand am 31.12.2006. Band 162

Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang 2006. Band 163

Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Versicherte 2005/2006. Band 165

Stelzer, E., Sieber, G., Ärztliche Abteilung der LVA Württemberg. Indikatoren, Standards, Kriterien und Orientierungsdaten, Schriftenreihe zur Sozialversicherung 8/1994 Band 14

Stevens, A., Fabra, M., Merten, Th. Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten. Med Sach (2009). 105 (3): 100-106

Tägert, J. Zur psychiatrischen Begutachtung bei plausiblen, aber organmedizinisch und psychiatrisch nicht ausreichend begründeten Rentenanträgen. Med Sach (2010); 106 (1): 34-35

Überschär, I. Der ältere Arbeitnehmer- sozialmedizinische Begutachtungsaspekte. Med Sach (2006); 102 (6): 218-221.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6., völlig neu bearbeitete Auflage. Springer-Verlag 2003 Berlin Heidelberg New York

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Leitfaden für das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung- Hinweise zur Begutachtung (2001)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung - SOMEKO. DRV-Schriften Band 53. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004

Victor,A., Elsässer, A., Hommel, G., Blettner, M. Wie bewertet man die p-Wert-Flut? Dtsch Arztebl (2010); 107 (4): 50-56

Volkenandt, M. Medizinische Fachvorträge. Glanz und Elend der Vortragskunst. Dtsch Arztebl (1998); 95 (36): A-2081-2083

Wallrabenstein, H. Was spricht für den Einsatz von Assessments (FCE) in der sozialmedizinischen Begutachtung. Med Sach (2008); 105 (4): 135-137

Weber, A. Qualitätssicherung in der Begutachtung – Herausforderung an Leistungsträger und Gutachter - aus allgemein-sozialmedizinischer Sicht. Med Sach (2005); 101 (2): 42-46

Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V. Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhundert? Der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Dtsch Ärztebl (2006); 103 (13) A -834-841

Weiß, J. Psychische Erkrankungen bei Migranten verlangen großes Fingerspitzengefühl. Dtsch Med Wochenschr (2008);133,(44): 2254-2255

Weiß, J. Wie steht es um die Gesundheit von Migranten? Dtsch Med Wochenschr 2008; 133(43): 2196-2197

Wiesing, U. Verantwortung und Ethik in der Begutachtung. Med Sach (2008); (105 4): 125-129

Windeler, J.; Antes, G.; Edler, L. Statistik für klinische Studien. Vom Irrtum mit den Wahrscheinlichkeiten. Dtsch Arztebl (2004); 101. (34-35): A 2310-2311

Wisemann, M. SPSS Special Topics: Lineare Regression

<http://www.lrz-muenchen.de/services/schulung/unterlagen/spss/spss-regression/index.html>

(Stand: 07.04.2010, 13:21)

http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/37_Gutachter-Verzeichnis/index.html

(Stand 07.04.2010, 14:16)

www.deutsche-rentenversicherung.de > [Zielgruppen](#) > [Sozialmedizin und Forschung](#) > [Sozialmedizin](#) > [Sozialmedizinische Begutachtung](#) (Stand 07.04.2010, 13:57)

- [Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei koronarer Herzkrankheit \(KHK\)](#)
- [Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen](#)
- [Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen - Kurzfassung](#)
- [Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten \(COPD\) und Asthma bronchiale](#)
- [Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten \(CED\)](#)
- [Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Mamma Karzinom](#)
- [Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen, Dezember 2006](#)
- [Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen - Langfassung -](#)

- Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegskrankheiten - Kurzfassung

Zeit, T., Kartal, R. Die Bedeutung einer sprach- und kulturverstehenden Anamnese bei ausländischen Rentenbewerbern. Med Sach (1992); 88 (4): 102-105

Zivilprozessordnung

<http://www.gesetze-im-internet.de/zpo/index.html>

(Stand 07.04.2010, 13:30)

10. Anhang

Prüfärztliche Stellungnahme zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung:

Schlussblatt 1 und Schlussblatt 2

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

A. Letzte berufliche Tätigkeit

Bezeichnung der letzten Tätigkeit:			
Beurteilung des zeitlichen Umfanges, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann:			
<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden	
Die getroffenen Feststellungen gelten seit (Tag, Monat, Jahr)			
Besserung unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> ja	(Begründung zu den Angaben in der Epikrise)	<input type="checkbox"/> nein
Dauer der Leistungsminderung voraussichtlich weniger als drei Jahre			
	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich bis	(Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> nein

B. Positives und negatives Leistungsbild (allgemeiner Arbeitsmarkt) Zutreffendes ankreuzen (X), Mehrfachnennungen möglich

1. Positives Leistungsbild Folgende Arbeiten können verrichtet werden / Körperliche Arbeitsschwere:			
<input type="checkbox"/> schwere	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte Arbeiten
Arbeitshaltung im Stehen		im Gehen	
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeit- weise	<input type="checkbox"/> ständig
			<input type="checkbox"/> über- wiegend
		<input type="checkbox"/> zeit- weise	<input type="checkbox"/> zeit- weise
im Sitzen			
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeit- weise	<input type="checkbox"/> zeit- weise
Arbeitsorganisation			
<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Keine wesentlichen Einschränkungen
2. Negatives Leistungsbild Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziff. 3 beschrieben werden):			
<input type="checkbox"/> geistig/psychische Belastbarkeit (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge).			
<input type="checkbox"/> Sinnesorgane (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen).			
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Haltungsapparat (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen).			
<input type="checkbox"/> Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)			

3. Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2 genannten Einschränkungen)
4. Beurteilung des zeitlichen Umfanges , in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann:
<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

☞ Bitte alle Blätter ausfüllen und jeweils mit Seitenzahl und Versicherungsnummer kennzeichnen! ☞

Ärztliches Gutachten - Schlussblatt Teil 2 -

Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seiten- lokalisation	Diagnose- sicherheit
1.			
2.			
3.			

5. Die getroffenen Feststellungen gelten **seit** (Tag, Monat, Jahr)

Besserung unwahrscheinlich ja (Begründung zu den Angaben in der Epikrise) nein

Dauer der Leistungsminderung voraussichtlich weniger als drei Jahre ja, voraussichtlich bis (Tag, Monat, Jahr) nein

6. **Gesundheitsschäden/Leistungsminderung** (vermutlich) verursacht **durch**

Arbeitsunfall Wehrdienstbeschädigung

Berufskrankheit Fremdverschulden (z.B. Unfall, gem. Opferentschädigungsgesetz)

7. Werden **Leistungen zur Teilhabe** zur Besserung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Leistungsfähigkeit oder zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes vorgeschlagen?

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Nein Ja

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Nein Ja

(Begründung in der Epikrise)

8. Kann bei Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Versicherte/der Versicherte ihre/seine Angelegenheiten selbst besorgen?

Nein Ja

9. Wurden wesentliche, bisher unbekannte Erkrankungen oder Krankheitskomplikationen festgestellt?

Nein Ja

Am (Datum) wurde (Versicherte(r)) davon unterrichtet.

Am (Datum) wurde (behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt) davon unterrichtet.

10. Für die Fahrt zur Untersuchung war(en) erforderlich:

a) öffentliche Verkehrsmittel Nein Ja

b) PKW Nein Ja

c) eine Begleitperson Nein Ja

Gutachtenabschlusses)

(Datum des

.....
(Stempel der Gutachterin/des Gutachters)
Gutachterin/des Gutachters)

.....
(Unterschrift der

☞ Bitte alle Blätter ausfüllen und jeweils mit Seitenzahl und Versicherungsnummer kennzeichnen! ☞

Checkliste Sozialgerichtsgutachten

Datum der Auswertung: Vers.-Nr. Name: Vorname:	Rentenanspruch: - Erstantrag <input type="checkbox"/> - Erneuter Rentenanspruch <input type="checkbox"/> - Zeitrentenweitergewährungsanspruch <input type="checkbox"/>	Rentenanspruchsmonat: Verfahrensdauer : Alter bei Antrag : Geschlecht : m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/> Migrationshintergr.: nein <input type="checkbox"/> - ja <input type="checkbox"/> - Land:
Erwerbsstand bei Antragstellung: Arbeitslos: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig: <input type="checkbox"/> > 1 a : <input type="checkbox"/> > 6 Monate : <input type="checkbox"/> Letzte Tätigkeit:	Rechtsbeistand: Nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> Art: - Anwalt <input type="checkbox"/> - VDK/SOVD/DGB <input type="checkbox"/> - Rechtsberater <input type="checkbox"/> Seit: - Antrag <input type="checkbox"/> - Widerspruch <input type="checkbox"/> - Klage <input type="checkbox"/>	N/P Leiden: nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> Seit: - Antrag <input type="checkbox"/> - Widerspruch <input type="checkbox"/> - Klage <input type="checkbox"/>
Verfahren der DRV Berlin:		
1. GA – Datum:	2. GA – Datum:	3. GA – Datum:
Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Inn./Allg. <input type="checkbox"/> Chir./Orthop. <input type="checkbox"/> N/P <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leistungsvermögen: <input type="checkbox"/> > 6 h / <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> 3 - < 6 h / <input type="checkbox"/> mittelschw. <input type="checkbox"/> < 3 h / <input type="checkbox"/> schwer Letzte Tätigkeit zumutbar: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hauptdiagnose/ICD: 1. □□.□□.□□ 2. □□.□□.□□ 3. □□.□□.□□	1. □□.□□.□□ 2. □□.□□.□□ 3. □□.□□.□□	1. □□.□□.□□ 2. □□.□□.□□ 3. □□.□□.□□
Sonstiges: Art: Fachrichtung: <input type="checkbox"/> LAA-GA / <input type="checkbox"/> Inn./Allg. <input type="checkbox"/> MDK-GA / <input type="checkbox"/> Chir./Orthop. <input type="checkbox"/> LMR-EB / <input type="checkbox"/> N/P	1. □□.□□.□□ 2. □□.□□.□□ 3. □□.□□.□□	Letzte Tätigkeit zumutbar: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Anzahl GA: <input type="checkbox"/>

Sozialgerichtsverfahren:		
1. GA	2. GA	3. GA
<input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> LSG <input type="checkbox"/> BSG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Veranlassg./Empf.:</u> <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/> Gericht <input type="checkbox"/> Vers./ § 109	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Gutachter/Name:</u> <u>Fachrichtung:</u> <input type="checkbox"/> Inn. Allg. <input type="checkbox"/> Chir./Orthop. <input type="checkbox"/> N/P <input type="checkbox"/> ? <u>Sonstige:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Leistungsvermögen:</u> <input type="checkbox"/> > 6 h / <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> 3 - < 6 h / <input type="checkbox"/> mittelschw. <input type="checkbox"/> < 3 h / <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<u>Hauptdiagnose/ICD:</u> 1. □□.□□.□.□ 2. □□.□□.□.□ 3. □□.□□.□.□	1. □□.□□.□.□ 2. □□.□□.□.□ 3. □□.□□.□.□	1. □□.□□.□.□ 2. □□.□□.□.□ 3. □□.□□.□.□ Anzahl GA: <input type="checkbox"/>
<u>Begründung bei Abweichung:</u> <input type="checkbox"/> Neues Leiden <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> andere Wertung <input type="checkbox"/> Fehler der Vor-GA <input type="checkbox"/> nicht berücksicht. Leiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Prüfarzt akzeptiert:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – Begründung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Ausgang Rechtsstreit:</u> Zugunsten DRV : <input type="checkbox"/> Klagerücknahme durch Vers./Urteil/Gerichtsbescheid Zugunsten Vers.: <input type="checkbox"/> Anerkenntnis durch DRV/Urteil/Gerichtsbescheid Vergleich : <input type="checkbox"/> Datum: □□.□□.□□		

FRAGEBOGEN ZUR QUALITÄTSBEWERTUNG VON RENTEN-GUTACHTEN

Gutachtenabschluss am:

1. Deckblatt/Aktenlage:

Keine Mängel : 5 Punkte Leichte

Mängel : 2,5 Punkte Gravierende

Mängel: 0 Punkte

2. Eigenanamnese:

Keine Mängel : 5 Punkte Leichte

Mängel : 2,5 Punkte Gravierende

Mängel: 0 Punkte

3. Jetzige Beschwerden:

Keine Mängel : 10 Punkte

Leichte Mängel : 5 Punkte

Gravierende Mängel: 0 Punkte

4. Arbeits- und Sozialanamnese:

Keine Mängel : 10 Punkte

Leichte Mängel : 5 Punkte

Gravierende Mängel: 0 Punkte

5. Klinische Untersuchungsbefunde/ Hauptbefunde:

Keine Mängel : 10 Punkte Leichte

Mängel : 5 Punkte Gravierende

Mängel: 0 Punkte

6. Technische Untersuchungen:

Keine Mängel : 5 Punkte Leichte

Mängel : 2,5 Punkte Gravierende

Mängel: 0 Punkte

7. Funktionsdiagnosen:

Keine Mängel : 10 Punkte

Leichte Mängel: : 5 Punkte

Gravierende Mängel: 0 Punkte

8. Epikrise:

Keine Mängel : 20 Punkte

Leichte Mängel : 10 Punkte

Gravierende Mängel: 0 Punkte

9. Sozialmedizinische Beurteilung:

Keine Mängel ; 20 Punkte Leichte

Mängel : 10 Punkte Gravierende

Mängel: 0 Punkte

10. Schlussblätter I und II, prüfärztliche Stellungnahme:

Keine Mängel : 5 Punkte

Leichte Mängel : 2,5 Punkte

Gravierende Mängel: 0 Punkte

Gesamtpunktzahl:

Bewertung des Gutachtens:

D über 90 Punkte: gut.

D 71 - 90 Punkte: ordentlich.

D 50 - 70 Punkte: noch brauchbar.

D unter 50 Punkte: unbrauchbar.

**Auswertung der Qualitätssicherung in der Abt. Sozialmedizinischer Dienst
der
Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
(Fachrichtung Innere Medizin / Allgemeinmedizin / Augen-, Haut- und
HNO-Heilkunde)**

laufende Nummer der QS	Zeitraum	Beurteilte Gutachten Gesamt-Anzahl	davon gut (> 90 Punkte)		ordentlich (71 - 90 Punkte)		noch brauchbar (50 - 70 Punkte)		unbrauchbar (< 50 Punkte)		Bemerkungen
			absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	
1	1 -3/03	42	14	33,5	17	40,5	5	12	6	14	3 GA jedes internen Gutachters Innere/ Allgemeinmedizin
2	6 - 7/03	41	17	41	16	39	4	10	4	10	Gleicher Teilnehmerkreis , differenzierter Bewertungsmaßstab
3	11-12/03	58	19	33	22	38	13	22	4	7	erstmal zusätzlich Einbezug der 5 externen Gutachter
4	2-5/04	79	28	33,5	45	57	4	5	2	2,5	wiederum Einbeziehung der 5 ext. Gutachter
5	10/04-1/05	63	27	43	21	33	12	19	3	5	erstmal zusätzlich Einbeziehung der ext. Augen/HNO-, Hautärzte
6	3-4/05	46	20	43,5	18	39	8	17,5	0		wiederum Einbeziehung aller der o.g. ext. Gutachter

laufende Nummer der QS	Zeitraum	Beurteilte Gutachten Gesamt-Anzahl	davon gut (> 90 Punkte)		ordentlich (71 - 90 Punkte)		noch brauchbar (50 - 70 Punkte)		unbrauchbar (< 50 Punkte)		Bemerkungen
			absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	
7	6-9/05	46	32	69,6	10	21,7	4	8,7	0		regelmäßiger Einbezug eigener Gutachten in die Prüfgruppen
8	10-12/05	31	14	45,2	15	48,4	1	3,2	1	3,2	
9	3-6/06	28	14	50	13	46	1	4	0		
10	9-12/06	31	20	64	7	23	4	13	0		
11	3-5/07	30	19	63,3	7	23,3	3	10	1	3,3	(erstmalige) beratende Teilnahme der Nervenärzte
12	11/07	28	21	75	5	18	1	3,5	1	3,5	

laufende Nummer der QS	Zeitraum	Beurteilte Gutachten Gesamt-Anzahl	davon gut (> 90 Punkte)		ordentlich (71 - 90 Punkte)		noch brauchbar (50 - 70 Punkte)		unbrauchbar (< 50 Punkte)		Bemerkungen
			absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	
13	2008	29	20	69	6	20,5	2	7	1	3,5	erstmalige Einbeziehung der Ärzte der Brandenburger Dienststellen

**Auswertung der Qualitätssicherung in der Abt. Sozialmedizinischer Dienst
der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Fachrichtung Orthopädie/Chirurgie/Neurochirurgie**

laufende Nummer der QS	Jahr	Beurteilte Gutachten Gesamt- Anzahl	davon gut (> 90 Punkte)		ordentlich (71 - 90 Punkte)		noch brauchbar (50 - 70 Punkte)		unbrauchbar < 50 Punkte		Bemerkungen
			absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	
1	2004	10	3	30	4	40	3	30	0		
2	2005	8	2	25	6	75	0		0		
3	2006	9	1	11	8	89	0		0		
4	2007	8	5	62,5	1	12,5	2	25	0		
5	2008	8	2	25	4	50	1	12,5	0		1 GA aus technischen Gründen nicht beurteilbar

laufende Nummer der QS	Jahr	Beurteilte Gutachten Gesamt-Anzahl	davon gut (> 90 Punkte)		ordentlich (71 - 90 Punkte)		noch brauchbar (50 - 70 Punkte)		unbrauchbar < 50 Punkte		Bemerkungen
			absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual	
6	2009	10	6	60	4	40	0		0		

11. Danksagung

Herrn Prof. Dr. Dr. Koch möchte ich dafür danken, dass er diese Arbeit ermöglicht hat.

Ein ganz herzlicher Dank gilt Frau Dr. Corinna Bergelt für ihre engagierte Betreuung, ihre strengen und hilfreichen Kritiken und Anregungen.

Ein besonderer Dank geht auch an Dr. Karstädt, dem ehemaligen Leiter der Ärztlichen Abteilung der DRV Berlin-Brandenburg, der diese Arbeit „angestoßen“ hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Mitarbeitern der Rechtsbehelfsbereiche und der Abteilung Datenverarbeitung der DRV Berlin für ihre Unterstützung.

Der liebste Dank an Robin für seine Hilfe bei PC-Problemen und ganz besonders für seine moralische Unterstützung.

12. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Ebert
Vorname	Heike
Geburtsdatum	9.12.1965
Geburtsort	Berlin
Nationalität	deutsch
Familienstand	geschieden
Adresse	Hönower Wiesenweg 48, 10318 Berlin
Telefon	0172 4755548 (mobil)
email	heike-ebert@arcor.de

Schulbildung

1972-1973	30. Polytechnische Oberschule Berlin-Lichtenberg
1973-1980	25. Polytechnische Oberschule Berlin- Köpenick
1980-1982	Erweiterte Oberschule "Gerhart Hauptmann" in Berlin- Köpenick
1982-1984	Erweiterte Oberschule "Alexander von Humboldt" in Berlin- Köpenick
1984	Abitur, Prädikat "mit Auszeichnung"

Vorpraktikum

1984-1985	Frauenklinik des Krankenhauses Berlin- Köpenick
-----------	---

Studium

1985-1992	Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin/Charité
1992	Ärztliche Prüfung mit Gesamtpredikat "sehr gut" Erwerb des akademischen Grades Diplom-Mediziner Teilapprobation als Arzt im Praktikum

Berufstätigkeit

1992-1994	Ärztin im Praktikum in der Inneren Klinik des Oskar-Ziethen-Krankenhauses Berlin-Lichtenberg
1994	Ärztliche Vollapprobation
1994-1995	Assistenzärztin in der Radiologischen Praxis Dr. Bredenbeck/ Dr .Boewer in Berlin-Köpenick
1995	Assistenzärztin in der II.Inneren Klinik des DRK-Krankenhauses Mark Brandenburg in Berlin-Wedding
1996-2001	Assistenzärztin in der Inneren Klinik der Kreiskrankenhäuser Oberhavel
2001	Facharztanerkennung Innere Medizin
2001-	Ärztliche Gutachterin und Prüffärztin bei der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

13. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich benutzten Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.