

– Fachbeitrag C4-2018 –

08.06.2018

## **Zur Organisation sozialmedizinischer Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren<sup>1</sup>**

*Von Prof. Dr. Martin Brussig, IAQ, Universität Duisburg-Essen*

### **I. Einleitung**

Das sozialmedizinische Gutachten ist der Schlüssel für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Zwar sind auch versicherungsrechtliche Voraussetzungen zu erfüllen, doch diese lassen sich vorab in den meisten Fällen zuverlässig einschätzen. Ob hingegen die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind – eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 bzw. 6 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – hängt oft davon ab, ob dies durch ein individuelles sozialmedizinisches Gutachten bescheinigt wird, das der Rentenentscheidung zugrunde gelegt wird. Auch andere Sozialleistungen, insbesondere Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, hängen oft von sozialmedizinischen Gutachten ab<sup>2</sup>.

Aufgrund der hohen Bedeutung sozialmedizinischer Gutachten für sozialpolitische Leistungen werden hohe Anforderungen an sie gestellt. Sie sollen nicht nur objektiv, zuverlässig und für die juristische Entscheidung verständlich sein. Sie sollen außerdem aktuell sein. Und weil an verschiedenen Stellen im medizinischen Behandlungsprozess Patientenakten angelegt, Befundberichte übermittelt und eben auch sozialmedizinische Gutachten erstellt werden, sollen sich die Gutachten unterschiedlicher Träger an einheitlichen Kriterien ausrichten und zwischen verschiedenen Trägern nachvollziehbar sein. Auf diese Weise sollen zudem Doppelbegutachtungen vermieden werden, die vermeidbare Kosten verursachen, Versicherte unnötig belasten und Verfahrensdauern verlängern.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag C4-2018 in der Kategorie C: Sozialmedizin und Begutachtung veröffentlicht; Zitiervorschlag: Brussig; Zur Organisation sozialmedizinischer Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren; Beitrag C4-2018 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 08.06.2018.

<sup>2</sup> Leistungen zur Teilhabe sind angezeigt, wenn individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt wurden sowie eine positive Rehabilitationsprognose erstellt werden kann (§ 9 Abs. 3 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess). Der individuelle Teilhabebedarf ist vom zuständigen Rehabilitationsträger zu prüfen und festzustellen, ggf. unter Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme (§ 17 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess).

<sup>3</sup> Bahemann et al. 2012; Deutsche Rentenversicherung Bund 2011.

Studien zeigen immer wieder eine hohe Varianz gutachterlicher Befunde bei identischen Ausgangslagen.<sup>4</sup> In der daran anschließenden Diskussion um einheitliche Begutachtungsstandards<sup>5</sup> wird oft vernachlässigt, dass Gutachten aus einem Prozess heraus entstehen, der arbeitsteilig strukturiert und hochgradig organisiert ist. Dies ist die spezielle Perspektive des vorliegenden Beitrags. Der Begutachtungsprozess wird geprägt durch organisatorische Entscheidungen, die zum Teil auf gesetzliche Vorgaben, zum Teil aber auch auf organisatorische Entscheidungen von Leistungsträgern zurückgehen. Diese Prägung im Einzelfall nachzuweisen ist kaum möglich, aber mit Hilfe einer organisationssoziologischen Analyse lassen sich Bedingungen benennen, unter denen Gutachten entstehen und die Folgen, die dies für die Wirkung des Gutachtens auf den weiteren Entscheidungsprozess hat.

Dies soll im Folgenden für zwei markante Organisationsentscheidungen ausgeführt werden, nämlich Zeitvorgaben im Begutachtungsprozess sowie den Stellenwert von Begutachtungen ausschließlich auf Grundlage vorliegender Akten und ohne persönliche Untersuchung.

## **II. Das Forschungsprojekt als Datengrundlage**

Grundlage der folgenden Ausführungen ist das Forschungsprojekt „Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente“, das 2014 bis 2017 vom Verfasser gemeinsam mit Dr. Patrizia Aurich-Beerheide und Manuela Schwarzkopf durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde (Förderkennzeichen S-2013-644-4 B). Das Projekt hatte zum Ziel, die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten insbesondere durch die Rentenversicherung zu rekonstruieren, bezog aber auch vorgelagerte Akteure wie die öffentliche Arbeitsverwaltung ein. Hierfür wurden über 70 leitfadengestützte Interviews mit Fach- und Führungskräften in Rentenversicherungen, Arbeitsagenturen und Jobcentern, medizinischen Diensten sowie Beratungsstellen geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet<sup>6</sup>.

## **III. Unterschiede zwischen unterschiedlichen Sozialleistungsträgern: Bundesagentur für Arbeit und Deutsche Rentenversicherung**

Sinnvollerweise werden von den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungen für ihr Votum gegenüber den Entscheidern innerhalb der Rentenversicherung alle erforderlichen und bereits verfügbaren – und vom Antragsteller freigegebenen – medizinischen Befundberichte und sozialmedizinische Gutachten anderer Träger hinzugezogen. Der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherungen ist an die Gutachten an-

---

<sup>4</sup> Z. B. Dohrenbusch et al. 2011; Echterhoff und Heinecke 2010; Gehrke/Mai 2009; Voigt/Ciyakli 2014.

<sup>5</sup> Z. B. Legner/Cibis 2007, Schneider 2011.

<sup>6</sup> Siehe auch: Aurich-Beerheide et al. 2018.

derer Träger nicht gebunden, doch sie erleichtern und beschleunigen die alltägliche Arbeit enorm.<sup>7</sup> Allerdings entstehen diese Gutachten nicht unter denselben Bedingungen wie bei der Rentenversicherung.

Ein deutliches Beispiel hierfür sind Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (BA). Der Ärztliche Dienst kommt typischerweise bei der sog. „Nahtlosigkeitsregelung“ ins Spiel, also wenn eine Person wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung ihrer Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen unter den üblichen Bedingungen des für sie in Betracht kommenden Arbeitsmarktes nicht ausüben kann, der Krankengeldanspruch ausgelaufen und eine Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. In diesem Fall besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III, obwohl – im Unterschied zum „normalen“ Arbeitslosengeld – aufgrund der Arbeitsunfähigkeit diese Person der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht. Ca. 32.000 Personen bezogen im Jahr 2016 pro Monat Arbeitslosengeld unter dieser Voraussetzung.

Die Feststellung, ob die materiellen Voraussetzungen für die Anwendung der Nahtlosigkeitsregelung vorliegen, bedarf meist einer Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der BA.<sup>8</sup> Verneint der Ärztliche Dienst der BA eine mehr als sechsmonatige Minderung der Leistungsfähigkeit, dann muss sich die betroffene Person mit ihrem Restleistungsvermögen für die Vermittlungsbemühungen der BA zur Verfügung stellen, um weiterhin, ein ggf. gemäß § 151 Abs. 5 SGB III reduziertes, Arbeitslosengeld zu erhalten.<sup>9</sup> Wird im Ergebnis dieser Begutachtung jedoch eine geminderte Leistungsfähigkeit festgestellt, dann besteht der Arbeitslosengeldanspruch nach § 145 SGB III und es ist ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (§ 145 Abs. 2 S. 1 SGB III). Als zuständiger Rehabilitationsträger für diese Leistungen kommt die gesetzliche Rentenversicherung in Betracht, die einen solchen Antrag ggf. in einen Antrag auf Rente umzudeuten hat (§ 116 SGB VI) und (erneut) eine sozialmedizinische Begutachtung vornehmen kann. Bei einer Bestätigung des Votums des Ärztlichen Dienstes der BA (und dem Vorliegen versicherungsrechtlicher Voraussetzungen) wird eine Erwerbsminderungsrente bewilligt.

Bis zur Feststellung der geminderten Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger zahlt die BA weiterhin Arbeitslosengeld.<sup>10</sup> Allerdings besitzt die BA für den Zeitraum, in dem Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III gezahlt und gleichzeitig eine Erwerbsminderungsrente zuerkannt wurde, einen Kostenerstattungsanspruch (§ 145 Abs. 3 S. 1

---

<sup>7</sup> Zu den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren: Mälicke: Das ärztliche Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren – Teil 1, Forum C, Beitrag C4-2013 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 04.12.2013.

<sup>8</sup> Dazu BSG, Urteil vom 10. Mai 2007 – B 7a AL 30/06 R –, SozR 4-4300 § 125 Nr 2, Rn. 14 f.

<sup>9</sup> Geiger, info also 2015, 151 (152).

<sup>10</sup> BSG, Urteil vom 12. Dezember 2017 – B 11 AL 27/16 R –, juris, Rn. 12; wobei maßgebend der Zeitpunkt des Zugangs der entsprechenden Mitteilung des Rentenversicherungsträgers bei der Arbeitsverwaltung ist, BSG, Urteil vom 14. Dezember 1995 – 11 RA 19/95 –, juris.

SGB III i. V. m. § 103 SGB X)<sup>11</sup>. Um eine Zahlungslücke nach der Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug zu vermeiden, werden Fälle, die potenziell in den Anwendungsbereich des § 145 SGB III fallen, als Eilsachen behandelt. Durch interne Weisungen der BA ist festgelegt, dass das sog. „Nahtlosigkeitsgutachten“ innerhalb von 15 Werktagen zu erstellen ist.<sup>12</sup>

Man wertet die Arbeit der Mediziner und Medizinerinnen im Ärztlichen Dienst nicht ab, wenn man feststellt, dass die Chancen auf vollumfängliche und überzeugende Gutachten innerhalb von drei Arbeitswochen nicht hoch sind. In dieser Zeit sind mitunter keine Spezialuntersuchungen möglich. Vorliegende Befundberichte von behandelnden Ärzten können kaum aktiv eingefordert werden geschweige denn in Auftrag gegeben werden. Hinzu kommt, dass eine Vielzahl von vermuteten Erwerbsminderungsfällen aus dem SGB II kommt und die Zusammenarbeit zwischen dem Ärztlichen Dienst der BA bzw. dem kommunalen Gesundheitsamt und den Jobcentern auch mehr als 10 Jahre nach deren Einführung nicht so eingespielt ist, wie es innerhalb der Arbeitsagenturen der Fall ist. Auch aufgrund dieser fehlenden Abstimmung und Erfahrung zwischen dem Ärztlichen Dienst der BA und den Jobcentern – und nicht nur aufgrund den Zeitvorgaben bei der Nahtlosigkeitsregelung – entstehen Gutachten, die die medizinischen Dienste der Rentenversicherung nicht einfach übernehmen. Im Ergebnis schließen sich die Rentenversicherungen den Einschätzungen des Ärztlichen Dienstes oft nicht an und kommen auf Grundlage eigener, umfangreicherer und zeitaufwendiger Gutachten oft zu anderen Einschätzungen.

Es ist zu vermuten, dass die Divergenz zwischen den Einschätzungen von Ärztlichem Dienst einerseits und Sozialmedizinischem Dienst der Rentenversicherung andererseits den Versicherten als intransparent, verwirrend und interessengelenkt erscheint. Die Rentenversicherung verweist ihrerseits nicht zu Unrecht hingegen auf die Gutachtenqualität. Sie ist nicht an die engen Zeitvorgaben gebunden, denen der Ärztliche Dienst der BA unterliegt. In der Regel haben die Gutachterinnen und Gutachter des Sozialmedizinischen Dienstes der RV aber auch weniger Kenntnisse über potenzielle Arbeitsmöglichkeiten als der Ärztliche Dienst, sodass die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit oftmals eher theoretisch ist. Dies ist folgerichtig, da das Risiko der Arbeitslosenversicherung sich auf die konkrete Unfähigkeit bezieht, Arbeit zu finden und aufzunehmen, während die Erwerbsminderung auf die allgemeinen Bedingungen des Arbeitsmarkts bezogen ist.

---

<sup>11</sup> Unter „Zuerkennung“ ist die Bewilligung durch den Rentenversicherungsträger zu verstehen. Zu beachten ist, dass die Kostenerstattung nach § 103 SGB X nur in Betracht kommt, wenn sich Arbeitslosengeld und Rente zeitlich überschneiden. Eine Erstattung ist daher nicht möglich, wenn die Rente erst nach Zahlung des Arbeitslosengeldes beginnt; der Zeitpunkt des Versicherungsfalls spielt in diesem Fall keine Rolle (Winkler, in: Gagel, SGB II/ SGB III, 68. EL Dezember 2017, § 145 SGB III, Rn. 88 f.).

<sup>12</sup> Geschäftsanweisung zu § 145 vom 12/2016, Rz. 145.74.

#### **IV. Unterschiede innerhalb von Trägern: Die Deutsche Rentenversicherung**

Auch zwischen den insgesamt 16 Trägern der Deutschen Rentenversicherung gibt es erhebliche Unterschiede. Während die insgesamt 14 Regionalträger (die Nachfolgeeinrichtungen der Landesversicherungsanstalten) ihre Arbeit regional bündeln können, ist dies für die beiden überregionalen Träger, die Knappschaft Bahn-See und vor allem die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), nicht bzw. nur sehr schwer möglich. So nutzt die DRV Bund vielfach die Begutachtungsstellen der Regionalträger mit.

Die Träger der Rentenversicherung verfolgen innerhalb des gesetzlichen Rahmens und im Rahmen von Standardisierungsbemühungen innerhalb der Rentenversicherung<sup>13</sup> eigene Strategien, die sich beispielsweise aus Schwerpunktsetzungen von Geschäftsführungen, dem Personalbestand und der Arbeitsorganisation innerhalb des Trägers und der Verfügbarkeit externer Gutachterkapazität ergeben.

Ein deutliches Beispiel hierfür ist der Stellenwert, der Begutachtungen allein auf Grundlage vorliegender Akten zukommt („Aktenlagen“). Es ist unbestritten, dass nicht alle Begutachtungen eine persönliche Untersuchung des Antragstellers erfordern und die Befundlage so eindeutig sein kann, dass ein Votum möglich ist. Umstritten ist jedoch, in welchem Ausmaß dies erstrebenswert sein sollte. Aus Versichertenperspektive ist jedenfalls zu vermuten, dass ablehnende Gutachten ohne persönliche Untersuchung nur schwer zu akzeptieren sind und Widersprüche provozieren, in der Folge eventuell auch Klagen vor dem Sozialgericht.

#### **V. Fazit**

Angesichts der Kürze dieser Ausführungen ist es kaum möglich, Vorschläge zur Weiterentwicklung von Begutachtungsverfahren zu unterbreiten. Die Sinnhaftigkeit des Begutachtungsverfahrens im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung und die Grenzen einer rein aktenbasierten Begutachtung können sehr wohl thematisiert werden, doch wären dann weitere Gesichtspunkte einzubeziehen, auf die hier nicht eingegangen werden konnte. Man kann mit Sicherheit sagen, dass die Rentenversicherung ein hoch ausdifferenziertes System ist, das sich über einen langen Zeitraum entwickelt hat und entsprechende Pfadabhängigkeiten aufweist.

Die vorstehende Kurzanalyse sollte jedoch verdeutlicht haben, dass die Ergebnisse der Begutachtung nicht nur von den Standards der medizinischen Profession geprägt werden, sondern auch von der Organisation des Begutachtungsprozesses innerhalb und zwischen Trägern. Diese Organisation steht weniger im Zentrum des öffentlichen und politischen Interesses als es etwa Leistungsfragen sind (Höhe und rechtliche Bedingungen der Erwerbsminderungsrente), doch sie sind einflussreich für die faktische Bedeutung, die der Erwerbsminderungsrente im System der sozialen Sicherung zukommt.

---

<sup>13</sup> Deutsche Rentenversicherung 2011.

Ein einfacher Vorschlag ist jedoch relativ naheliegend und betrifft ein Recht des Antragstellers bzw. der Antragstellerin auf eine persönliche Begutachtung<sup>14</sup>. Dieses Recht könnte gestärkt werden, indem Zeitvorgaben und Fristen in dem Umfang verlängert werden, in dem es eine Inanspruchnahme dieses Rechts erfordert. Ein Recht auf eine persönliche Begutachtung würde vermutlich die Qualität der Begutachtung verbessern, aber vermutlich würde sie ebenso die Akzeptanz der Entscheidungen bei den Betroffenen verbessern.

## Literaturverzeichnis

- Aurich-Beerheide, P.; Brussig, M.; Schwarzkopf, M. (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. (HBS-study) Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf.
- Bahemann, A.; Becher, S.; Ludolph, E. (Hg.) (2012): Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. 1. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Schriften, 96).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Dohrenbusch, R.; Henningsen, P.; Merten, T. (2011): Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. In: Versicherungsmedizin 63 (2), S. 81.
- Echterhoff, W.; Heinecke, M. (2010): Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Begutachtung im Sozialrecht - aus Sicht eines Psychologen. In: Der medizinische Sachverständige: Zeitschrift für die gesamte medizinische Gutachtertätigkeit (3), S. 124–127.
- Gagel, SGB II/ SGB III, Grundsicherung und Arbeitsförderung, Kommentar, hrsg. v. Knickrehm, S./ Deinert, O., Band 1, 68. EL Dezember 2017, München: C.H. Beck.
- Gehrke, J.; Mai, H. (2009): Sozialmedizinische Begutachtung: Wie groß ist die Übereinstimmung von Ärzten bei der Beurteilung von Gutachten im Rentenverfahren. In: Buschmann-Steinhage, R.; Haaf, H.-G. und Koch, U. (Hg.), 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. (Internetausgabe), S. 250–251.
- Geiger, A. (2015): Zur Absicherung Arbeitsloser bei Arbeitsunfähigkeit, info also 33 (4), 151-155.
- Legner, R.; Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: Die Rehabilitation 46 (1), S. 57–61.
- Mälicke, J.: Das ärztliche Gutachten im Erwerbsminderungsrentenverfahren – Teil 1, Forum C, Beitrag C4-2013 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 04.12.2013.

---

<sup>14</sup> Ein Gutachten soll grds. auf Grundlage vorhandener Unterlagen/Informationen im Rahmen persönlicher Befragung und/oder Untersuchung erstellt werden. Die Gutachtenerstellung nach Aktenlage ist nur zulässig, wenn die für die Schlussfolgerungen notwendigen Angaben und Befunde vorliegen oder ermittelt werden können (§ 2 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlung Begutachtung der Rehabilitationsträger, Rechtsstand 1.12.2016). Ein subjektives Recht ergibt sich daraus nicht.

Schneider, W. (2010): Schwerpunktthema zum Thema Standards und Methoden der Begutachtung. Editorial. In: Psychotherapeut 55 (5), S. 370–447.

Voigt, P.; Ciynakli, U. (2014): Die oft problematische Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren. In: Soziale Sicherheit 63 (1), S. 16–21.

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.  
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---