

Ralf Dohrenbusch

Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen

Konzepte – Methoden – Beispiele

Kohlhammer

Ralf Dohrenbusch
unter Mitarbeit von Maria Meise und Tim Tonhauser

Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen

Konzepte – Methoden – Beispiele

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1. Auflage 2007

Alle Rechte vorbehalten

© 2007 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN-10: 3-17-019042-3

ISBN-13: 978-3-17-019042-9

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-029545-2

Inhalt

Teil 1 Begutachtung im interdisziplinären Kontext

1	Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen – eine Einführung	13
1.1	Somatoforme Störungen und chronifizierte Schmerzen als Verhaltensstörungen	13
1.2	Bedarf an Begutachtung	15
1.2.1	Allgemeiner Begutachtungsbedarf	15
1.2.2	Begutachtungsbedarf für somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	16
1.3	Die Beteiligten: Probanden und Sachverständige im Dialog	18
1.3.1	Probanden in sozialrechtlicher Begutachtung	18
1.3.2	Die Gutachter/Sachverständigen	23
1.3.3	Probleme der Interaktion zwischen Proband und Sachverständigem	28
1.4	Zielsetzung des Buches	29
2	Bedingungen einer evidenzbasierten Begutachtung von Personen mit psychischen Störungen	31
2.1	Evidenzbasierte Begutachtung psychischer Störungen im Sozialrecht?	32
2.2	Welche Komponenten könnten, welche sollten stärker evidenzbasiert sein?	33
2.3	Das Forschungsvolumen als eine Bedingung der Evidenzbasierung von Begutachtungsentscheidungen	35
2.4	MEDLINE-Recherche zu den Bedingungen evidenzbasierter Begutachtung	36
2.4.1	Auswahl begutachtungsrelevanter Suchbegriffe	36
2.4.2	Procedere	38
2.4.3	Ergebnisse	39
2.5	Diskussion	44

3	Leitlinien und Standards zur Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen	46
3.1	Bestehende Leitlinien und Standards zur klinischen Begutachtung	47
3.1.1	Die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit . .	47
3.1.2	Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	52
3.1.3	Leitlinien zur Schmerzbegutachtung medizinischer Fachgesellschaften	57
3.1.4	Empfehlungen des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)	60
3.1.5	Kommentar zu den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften	62
3.1.6	Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung von Berufskrankheiten	64
3.1.7	Empfehlungen und Standards für die psychologische Begutachtung	64
3.2	Empfehlungen zur Begutachtung chronischer Schmerzpatienten des Arbeitskreises Psychologie in der interdisziplinären Schmerz- begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)	68
4	Sozialrechtliche Rahmenbedingungen medizinischer und psychologischer Begutachtung in Grundbegriffen	73
4.1	Versicherungsrechtliche Grundlagen	74
4.2	Rechtliche Grundlagen der sozialrechtlichen Begutachtung	80
Teil 2 Praxis der Begutachtung		
5	Planung, Durchführung und Erstellung eines psychologischen Gutachtens	85
	<i>M. Meise</i>	
5.1	Organisatorisches	85
5.1.1	Annahme eines Begutachtungsauftrags	85
5.1.2	Zeitliche Rahmenbedingungen und Vergütung	87
5.2	Konzeption und Vorbereitung der Untersuchung	88
5.2.1	Inhaltliche Vorbereitung: Aktenanalyse	88
5.2.2	Inhaltliche Vorbereitung: Formulierung psychologischer Fragestellungen	90
5.2.3	Organisatorische Vorbereitung	93
5.2.4	Komplikationen im Vorfeld der Untersuchung	96
5.3	Durchführung der Untersuchung	97
5.3.1	Zum Untersuchungsverhalten des Sachverständigen bzw. Untersuchers	97

5.3.2	Probleme der Verhaltensbeobachtung	101
5.3.3	Einbezug von Begleitpersonen	103
5.3.4	Umgang mit Komplikationen	103
5.4	Abfassung des Gutachtens	108
5.4.1	Übersicht und Vorinformation	110
5.4.2	Abfassung des Untersuchungsberichtes	111
5.4.3	Abfassung von Befund und Stellungnahme	113
5.4.4	Gestaltung des Anhangs	114
6	Diagnostik somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen in der Begutachtung	115
6.1	Die gesicherte Diagnose als Voraussetzung für krankheitsbedingte Entlastung	115
6.2	Zum Krankheitswert chronischen Krankheitsverhaltens: konzeptionelle Probleme	117
6.3	Die wichtigsten Krankheits- und Störungsgruppen	118
	Somatoforme Störungen	
6.3.1	Somatisierungsstörung	119
6.3.2	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	121
6.3.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	122
6.3.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	124
6.3.5	Körperdysmorphie Störung	128
6.3.6	Hypochondrische Störung	129
6.3.7	Konversionsstörung und dissoziative Störungen	131
	Psychische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10: F54)	
6.3.8	Psychophysiologische Erkrankungen	133
6.3.9	Schmerzsyndrome, nicht primär als psychische Störungen klassifiziert	135
	Angrenzende klinische Syndrome	
6.3.10	Neurasthenie und chronisches Müdigkeitssyndrom	136
6.3.11	Fibromyalgie, generalisiertes Schmerzsyndrom, Allodynie	137
6.3.12	Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit (MCS = Multiple Chemical Sensitivity)	139
	Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
6.3.13	Artifizielle/Vorgetäuschte Störungen (F68.1)	140
6.3.14	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0)	141
6.4	Integration diagnostischer Information in der Begutachtung	142
7	Einschätzung der Leistungsfähigkeit anhand der ICF-Kriterien	146
	<i>T. Tonhauser</i>	
7.1	Bedeutung der Leistungsfähigkeit in der Begutachtung	146

7.2	International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) im Überblick	148
7.2.1	Geschichte	148
7.2.2	Zielsetzung der ICF	150
7.2.3	Aufbau der ICF	150
7.2.4	Klassifikation in der ICF	153
7.3	ICF in der Begutachtung	155
7.4	Kritische Würdigung	158
8	Die Untersuchung als Arbeitsprobe – ein psychodiagnostischer Ansatz zur Beurteilung der Einsatzfähigkeit für leichte Erwerbstätigkeiten	160
8.1	Die psychologische Untersuchung als Arbeitsprobe für leichte Tätigkeiten	161
8.2	Analyse des Arbeitsverhaltens und der Motivation zur Mitarbeit	165
8.3	Analyse der konzentrativen Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf	169
8.3.1	Gestörte Aufmerksamkeitsfunktionen im Untersuchungs- und Arbeitsverhalten	169
8.3.2	Gestörte Aufmerksamkeitsfunktionen in Selbstberichten	171
8.3.3	Gestörte Aufmerksamkeitsfunktionen in Leistungstests	174
8.3.4	Integration der Angaben zu Aufmerksamkeitsfunktionen	176
8.4	Analyse der psychischen und körperlichen Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf	177
8.4.1	Beschwerden und Beschwerdeverhalten im Untersuchungsverlauf	177
8.4.2	Psychische Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf	181
8.4.3	Körperliche Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf	183
8.4.4	Beispielprofile	186
8.5	Bewertung der „Untersuchung als Arbeitsprobe“	190
9	Zur Beurteilung krankheitsbedingt geminderter Erwerbsfähigkeit – Analysen und Bewertungsvorschläge	192
9.1	An welchen Krankheiten, Gebrechen oder Schwächen der körperlichen oder geistigen Kräfte leidet der Kläger?	192
9.2	Bestehen Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit?	194
9.3	Können Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit durchgeführt werden?	201
9.4	Sind Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung zu meiden?	203
9.5	Sind Tätigkeiten mit Publikumsverkehr zu meiden?	205
9.6	Sind Tätigkeiten in Nacht- oder Wechselschicht zu meiden?	206

9.7	Können die an sich möglichen Tätigkeiten ggf. nicht unter den in Betrieben in der Regel üblichen Arbeitsbedingungen verrichtet werden?	208
9.8	Ist bei einer Berufstätigkeit mit häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten zu rechnen?	210
Teil 3 Spezielle Probleme klinischer Begutachtung: Analyse motivationaler Bedingungen		
10	Aggravations- und Simulationsdiagnostik in der klinisch-psychologischen Begutachtung: Konzepte und Methoden	217
10.1	Verdeutlichungstendenz, Aggravation und Simulation körperlicher Beschwerden: Merkmale und Definitionen	218
10.2	Häufigkeit von Aggravation und Simulation	222
10.3	Kriteriologien zur Kennzeichnung von Aggravations- und Simulationstendenzen	224
10.4	Exkurs: Aggravation und Simulation aus psychoanalytischer Sicht	230
10.5	Aggravationsforschung bei chronischen Schmerzen: Methodologische Probleme und ausgewählte Befunde	232
10.6	Psychologische Aggravationsdiagnostik bei somatoformen Störungen und chronifizierten Schmerzen: eine Beurteilungsheuristik	235
10.6.1	Interindividuell auffällige Antworttendenzen bei Beschwerden	236
10.6.2	Inkonsistente (widersprüchliche) Angaben	241
10.6.3	Simulation und Aggravation kognitiver Defizite	247
10.6.4	Verfälschende Selbstdarstellung nach inhaltlichen Mustern	249
10.6.5	Persönlichkeitsauffälligkeiten	252
10.6.6	Transparente Verstärkerbedingungen	254
10.6.7	Leugnung nachgewiesener Verzerrungen oder objektiver Bedingungen	255
10.7	Integration der Einzelbefunde	257
11	Die „zumutbare Willensanspannung“: Motive und Motivationsdiagnostik in der sozialrechtlichen Begutachtung	262
11.1	Die „zumutbare Willensanspannung“ im Sozialrecht	263
11.2	Zur aktuellen Praxis der Beurteilung einer „zumutbaren Willensanspannung“	265
11.2.1	Kritik der aktuellen Beurteilungspraxis	266
11.2.2	Ergebnis- vs. prozessorientierte Bewertung: ein Beispiel	268
11.3	Zur „Überwindbarkeit“ somatoformer Störungen und ihrer Auswirkungen mittels „zumutbarer Willensanspannung“ – eine Beurteilungsheuristik	271
11.3.1	Angaben zur Schwere der Störung	271

11.3.2	Angaben zur Genese der Störung	273
11.3.3	Therapie- und Rehabilitierbarkeit somatoform gestörter Patienten	274
11.3.4	Angemessenheit der bisherigen Behandlung	280
11.3.5	Analyse der Therapie- und Rehabilitationsmotivation	284
11.3.6	Krankheitswertige Störungen des Antriebs und der Motivation	292
11.3.7	Berücksichtigung motivational verzerrter Angaben	294
11.4	Integration der Einzelergebnisse	295
11.5	Zusammenfassung	298
Teil 4 Fallbeispiele		
<i>M. Meise und R. Dohrenbusch</i>		
Fallbeispiel 1:		
Begutachtung einer 47-jährigen Probandin mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (Colitis ulcerosa), somatoformen Beschwerden und Zwangssymptomen		
	Aktenlage	302
	Psychologische Untersuchung	305
	Stellungnahme	322
Fallbeispiel 2:		
Begutachtung einer 38-jährigen Probandin mit multiplen somatoformen Beschwerden und chronischen generalisierten Schmerzen		
	Aktenlage	329
	Psychologische Untersuchung	331
	Stellungnahme	347
Fallbeispiel 3:		
Begutachtung eines 56-jährigen Probanden mit chronischen Rückenschmerzen, Arthrose, koronarer Herzerkrankung und Adipositas		
	Aktenlage	354
	Psychologische Untersuchung	356
	Stellungnahme	372
Literatur		381
Stichwortverzeichnis		397

Teil 1 Begutachtung im interdisziplinären Kontext

1 Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen – eine Einführung

1.1 Somatoforme Störungen und chronifizierte Schmerzen als Verhaltensstörungen

Als „somatoforme Störungen“ werden Beschwerdebilder bezeichnet, deren gemeinsames Merkmal „die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome ist, die in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen auftritt trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“ (Weltgesundheitsorganisation, 1993). Somatoforme Störungen sind demnach primär durch ein Verhalten bestimmt, genauer: durch die fortgesetzte Suche nach medizinischer Hilfe und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das Verhalten wird über Monate oder Jahre aufrechterhalten, auch wenn es offensichtlich nicht zur Lösung der gesundheitlichen Probleme führt. Körperlich krank oder körperlich behandlungsbedürftig sind die Betroffenen in der Regel nicht, und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einer somatoformen Störung eine zusätzliche körperliche Erkrankung entwickelt, ist genauso groß wie bei jeder anderen Person der entsprechenden Altersgruppe.

Nach den ICD-10-Kriterien stellen sich somatoforme Störungen als Verhaltensweisen dar, die zumindest teilweise erst durch den Dialog zwischen Arzt¹ und Patient ausgelöst und aufrechterhalten werden. Einerseits sind die Betroffenen offensichtlich nicht in der Lage, die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen oder deren Konsequenzen zu akzeptieren. Andererseits scheinen auch gängige diagnostische und therapeutische Abläufe im Gesundheitswesen dazu beizutragen, dass sich Verhaltensmuster fortgesetzten Klagens oder dauerhaft intensiver Inanspruchnahme bei manchen Patienten entwickeln können. Die wiederholte Untersuchung möglicher körperlicher Ursachen, der fortgesetzte Dialog über körperliche Beschwerden, die Vernachlässigung psychosozialer Einflüsse und die einseitige Ausrichtung an medikamentösen oder anderen passiven Therapieformen können zur Medikalisierung des Verhaltensproblems beitragen. Im ungünstigen Fall können sich so aus dem Leiden an alltäglichen körperlichen Beschwerden in Verbindung mit körperbezogenen Ängsten oder Funktionseinschränkungen krankheitswertige Störungen entwickeln. „Chronifiziert“ sind die Beschwerden dann, wenn

1 In den Beiträgen werden Personen (Probandinnen und Probanden, Patientinnen und Patienten, Gutachterinnen und Gutachter) zur besseren Lesbarkeit überwiegend in der kürzeren (männlichen) Form bezeichnet. Gemeint sind selbstverständlich immer Personen beiderlei Geschlechts.

sich das Beschwerde- und Inanspruchnahmeverhalten dauerhaft verselbstständigt hat und weitgehend unabhängig von äußeren und inneren Einflüssen persistiert.

Eine besondere Bedeutung haben dabei Klagen über Schmerzen, weil Schmerzen die vermutlich häufigste Legitimation für die Inanspruchnahme von Ärzten sind. Ein Patient, der über Schmerzen klagt, kann davon ausgehen, dass der behandelnde Arzt sein Problem ernst nehmen und nach Erklärungen dafür suchen wird. Schmerzen stehen wie kein anderes Symptom als Inbegriff für Leiden und lösen wie vermutlich keine anderen Beschwerden diagnostische und therapeutische Bemühungen aus. Klagen über Schmerzen sind aber nicht nur ein zentrales Signal zur Verhaltens- und Leistungssteuerung im Gesundheitssystem, sie regulieren auch die Schnittstelle von Krankenversorgung und Arbeitsfähigkeit. Wer dauerhaft über Schmerzen klagt, wird mit höherer Wahrscheinlichkeit am Arbeitsplatz oder in Form von Versicherungs- oder Rentenleistungen entlastet oder als arbeitsunfähig angesehen.

Das enorme Gewicht, das Klagen über Schmerzen im Gesundheitswesen, aber auch bei der Beurteilung eingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zukommt, ergibt sich vor allem aus ihrer Häufigkeit. Insbesondere muskuloskeletale Schmerzen und Kopfschmerzen sind weit verbreitet, sowohl im klinisch-therapeutischen Setting, als auch im arbeitsmedizinischen und sozialrechtlichen Begutachtungskontext. Viele dauerhaft vorgebrachte Klagen über Schmerzen können nur teilweise oder auch gar nicht durch körperliche Schädigungen erklärt werden. Insbesondere chronische, nicht entzündliche muskuloskeletale Schmerzen, die mit vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen einhergehen, sowie körperlich nicht hinreichend erklärbar generalisierte Schmerzen (Blumenstil, Bieber & Eich, 2004) sind häufig als „somatoforme“ Beschwerden zutreffend bezeichnet. Etwa 90 % aller diagnostizierten Rückenschmerzen müssen nach Angaben von Fordyce (1995) als unspezifische Rückenschmerzen angesehen werden, die durch die erhobenen körperlichen Befunde nicht oder nicht hinreichend erklärt werden können. Pflingsten und Hildebrandt (2004) führen in Bezug auf chronische Rückenschmerzen aus, dass die durch komplexe muskuläre Dysbalancen, Fehlinnervationen oder segmentale Instabilität verursachten, nicht radikulären Schmerzen in der medizinischen Praxis „wesentlich häufiger“ zu finden seien als durch Bandscheibenvorfälle oder Stenosen relativ eindeutig erklärbare radikuläre Schmerzen. Bereits 1994 fassten Nilges und Gerbershagen die Situation wie folgt treffend zusammen: „Somatischer Befund und Befinden hängen bei Schmerz weniger eindeutig zusammen, als nach unserer Alltagserfahrung zu erwarten wäre. Gründe dafür sind u. a. die geringe Reliabilität und Validität verbreiteter medizinischer Verfahren zur Befunderhebung (...). Übersehen wird weiterhin die hohe Prävalenz ‚unauffälliger‘ Befunde bei völlig gesunden Personen. Für die wichtigsten und häufigsten chronischen Schmerzformen sind zudem die somatischen Ursachen weitgehend unbekannt. Viele Studien belegen dagegen, dass psychosoziale Faktoren (...) weitreichende Bedeutung für das Ausmaß von Schmerzen und Beeinträchtigungen haben“ (S. 24).

Die genannten Verweise und Zitate mögen an dieser Stelle als Belege dafür ausreichen, dass chronifizierte und nicht hinreichend durch körperliche Schäden erklärbare Beschwerden und Schmerzen im klinisch-therapeutischen wie auch im sozialmedizinischen Setting häufig anzutreffen sind. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Grenzen zwischen somatoformen Beschwerden, somatoformen Störungen und körperlichen Erkrankungen in der Praxis fließend und nicht immer eindeutig bestimmt sind. Somatoforme Störungen und chronifizierte

Schmerzen sind gleichermaßen durch Klagen über nicht hinreichend körperlich begründbare Beschwerden und Beeinträchtigungen sowie durch die vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Hilfen gekennzeichnet. Es erscheint daher sinnvoll, diese Personen als eine in Bezug auf begutachtungsrelevante Merkmale *eher einheitliche Gruppe mit überwiegend verhaltensbezogenen Problemen* anzusehen, die – nach Ausschluss körperlicher Beschwerdeursachen – primär nach funktions- und verhaltensbezogenen Kriterien zu bewerten sind.

Insgesamt machen somatoforme Störungen im engeren Sinne zwar nur einen begrenzten Teil aller psychischen Störungen aus. Der Umfang an somatoformen Beschwerden und insbesondere Schmerzen, die nur unzureichend durch körperliche Schäden erklärt werden können und mit fortgesetztem Inanspruchnahmeverhalten einhergehen, ist aber sowohl im therapeutischen als auch im sozialrechtlichen Begutachtungskontext, in dem es um Fragen der Funktions- oder Erwerbsminderung oder der Berentung geht, erheblich. Im Begutachtungskontext lösen somatoforme Beschwerden sowohl aufgrund ihrer Häufigkeit, als auch aufgrund der Tatsache, dass Ärzte und Betroffene nicht selten zu unterschiedlichen Bewertungen der noch vorhandenen Funktions- und Arbeitsfähigkeit gelangen, zusätzlichen Begutachtungsbedarf aus. Die folgenden Zahlen zeigen, dass die durch somatoforme Beschwerden und Störungen und chronifiziertes Krankheitsverhalten verursachten Probleme keineswegs so gering zu veranschlagen sind, wie dies aufgrund der vergleichsweise geringen Prävalenzrate für somatoforme Störungen zu erwarten ist. Sie lassen auch erahnen, welche Bedeutung die Begutachtung von Personen mit somatoformen Beschwerden und intensiviertem Krankheitsverhalten für die Kranken-, Sozial- und Rentenversicherungsträger hat.

1.2 Bedarf an Begutachtung

1.2.1 Allgemeiner Begutachtungsbedarf

Bislang liegen konkrete Angaben zum Begutachtungsumfang meines Wissens weder generell noch für einzelne Störungsbilder oder Auftraggeber vor. Daher kann der Begutachtungsbedarf nur aus den beantragten und erbrachten Behandlungs- und Versicherungsleistungen geschätzt werden. Begutachtungsbedarf entsteht dann, wenn Entscheidungen zur Behandlung, zu den Folgen von Schädigungen oder Unfallereignissen, zu Auswirkungen von Erkrankungen (z. B. auf die Arbeitsfähigkeit) oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu treffen sind. Je mehr Rehabilitationsleistungen zu begründen und zu bewerten sind, je mehr Renten- oder Erwerbsminderungsanträge oder Anträge auf andere Sozialleistungen aufgrund körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen oder aufgrund von Unfallfolgen gestellt werden, umso höher ist insgesamt der Begutachtungsbedarf zu veranschlagen.

Laut VDR-Statistik wurden in der Bundesrepublik im Jahr 2002 aufgrund voller Erwerbsminderung ca. 320 000 und wegen teilweiser Erwerbsminderung ca. 50 000 Rentenanträge gestellt. Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum erhielten ca. 330 000 Personen erstmalig die Regelaltersrente. Die Zahl der Anträge wegen Schwerbehinderung lag also noch über der Zahl der normalen Altersrenten. Die

gesetzlichen Rentenzahlungen aufgrund von Erwerbsminderung und Frühberentung von Arbeitnehmern im Rahmen des Schwerbehindertenrechts beliefen sich in dieser Zeit auf ca. 13,5 Mrd. Euro.

Bei der Kalkulation des Begutachtungsbedarfs ist zu berücksichtigen, dass dieser nicht nur von der Anzahl der Versorgungs- und Rentenanträge abhängt, sondern auch von der Anzahl wiederholter Begutachtungen. Bei längeren Konflikten zwischen Versicherern und Versicherten kann sich die Zahl der Begutachtungen erheblich erhöhen. Entsprechend liefern die oben genannten Zahlen nur eine konservative Schätzung des realen Begutachtungsbedarfs. Beispielsweise wurde im Jahr 2002 jeder dritte Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung abgelehnt (ca. 105 000). Geht man davon aus, dass jeder zweite Abgelehnte dieser Entscheidung widerspricht und dies im Durchschnitt mindestens zwei bis drei weitere Begutachtungen nach sich zieht, so ergibt sich für die Konfliktfälle ein Begutachtungsbedarf, der insgesamt noch höher liegen dürfte als bei den konfliktfrei bewilligten Versicherungsleistungen.

1.2.2 Begutachtungsbedarf für somatoforme Störungen und chronische Schmerzen

Bei somatoformen Störungen und Erkrankungen mit ausgeprägten Verhaltensanteilen am Krankheitsgeschehen ist der Begutachtungsbedarf als überdurchschnittlich zu veranschlagen, weil sich die Diagnose erst durch einen sorgfältigen Ausschluss körperlicher Beschwerdeursachen ergibt. In der Regel wird zusätzlich zu den körperlichen Untersuchungen ein psychiatrisches Gutachten erstellt, um die Diagnose zu sichern. Allerdings machen somatoforme Störungen im engeren Sinne aufgrund der geringen Prävalenzrate nur einen vergleichsweise kleinen Teil der im klinischen oder sozialrechtlichen Kontext begutachteten Beschwerdebilder aus. So leiden nach dem VDR-Reha-Entlassungsbericht von 2001 (<http://www.vdr.de>), der über die Anzahl beruflicher Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen informiert, nur 1,9 % der Frauen und 1 % der Männer an einer somatoformen Störung. Bei den Rentenzugängen schlugen die somatoformen Störungen ebenfalls nur mit geringen Anteilen zu Buche, jedoch zeigen sich hier deutlichere Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Für die Gruppe der Frauen waren somatoforme Störungen mit 3,5 % zumindest in der Statistik von 2001 die vierthäufigste Diagnose, die einen Frührentenzugang begründete, während nur 1,1 % der Männer aufgrund dieser Diagnose vorzeitig berentet wurden. Insgesamt erscheint der Begutachtungsbedarf für somatoforme Störungen insofern begrenzt.

Gemäß BfA-Statistik für das Jahr 2002 basierte mehr als ein Drittel der Rentenzugänge auf psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. Im Vordergrund standen dabei aber weniger somatoforme, sondern überwiegend affektive Störungen.

Deutlich anders stellt sich die Situation bei körperlich nicht oder nur teilweise erklärbaren chronischen (mutmaßlich somatoformen) Schmerzen dar. Rückenschmerzen werden bei Männern und Frauen in beruflicher Rehabilitation jeweils als häufigster Grund für Rehabilitationsmaßnahmen genannt. Sie waren im Jahr 2002 zusammen mit anderen (zumeist schmerzhaften) Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (sonstigen Bandscheibenschäden, sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Arthrosen, Spondylosen und Bandscheibenschäden) mit ca. 44 % der häufigste Grund für Rehabilitationsleistungen

(d. h. für Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit). Nach einer Studie von Henke, Martin & Behrens (1997) betragen die direkten jährlichen Behandlungskosten für Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes 13,7 Mrd. DM, die indirekten Kosten durch Arbeitsausfälle und Berentung 21,4 Mrd. DM. Diese Erkrankungen wurden als der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit und als zweithäufigster Grund für Frühberentungen und Erwerbsunfähigkeit benannt. Geht man mit Blick auf die o. g. Zahlen und Zitate davon aus, dass unspezifische, d. h. körperlich nicht hinreichend erklärbare Schmerzsyndrome unter den arbeitsunfähigen und frühberenteten Personen ähnlich häufig auftreten wie im klinisch-therapeutischen Kontext, so ergibt sich, dass somatoforme Beschwerden auch in sozialmedizinischer oder sozialrechtlicher Begutachtung eher die Regel als die Ausnahme sind.

Nach einer Studie des Pharmakonzerns Pharmametrics (zit. n. Pfingsten & Hildebrandt, 2004) fallen für Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit (häufig nicht körperlich erklärbaren) Rückenschmerzen jährlich 1 Mrd. Euro und für Arbeitsausfälle und vorzeitige Berentung ca. 12 Mrd. Euro an. Ergänzend dazu konnte eine norwegische Studie von Bruusgaard, Evensen & Bjerkedal (1993) zeigen, dass vor 1992 ausgedehnte weichteilrheumatische Schmerzen (Fibromyalgie) in Norwegen der häufigste Grund für eine vorzeitige Berentung waren. Blumenstiel, Bieber und Eich (2004) heben auch noch mehr als 10 Jahre später die „enorme sozialmedizinische Bedeutung“ der Fibromyalgie hervor. Schließlich kommen Siegenthaler, Osterwalder & Vetter (1998) aufgrund der Sichtung aller Begutachtungsakten der Universitätsklinik Zürich zu dem Ergebnis, dass insbesondere Schmerzen am Bewegungsapparat sowie Rückenschmerzen mit wachsender Tendenz zu den Krankheitsbildern gehören, die einen vorzeitigen Berentungsanspruch (und damit auch Begutachtungsbedarf) begründen.

Im Vergleich dazu erscheint der sozialmedizinische Begutachtungsbedarf für Kopfschmerzen weniger stark ausgeprägt. Zwar leiden nach Pfaffenrath und Gerber (1992) mehr als 20 % der bundesdeutschen Bevölkerung unter wiederkehrenden Kopfschmerzen, und 30 % der Patienten, die einen Neurologen konsultieren, sind Kopfschmerzpatienten. Dabei wird nach Bischoff, Zenz und Traue (2004) der Anteil der primären oder idiopathischen Kopfschmerzen, die nicht als Symptom einer organischen Grunderkrankung auftreten, auf etwa 90 % geschätzt. Allerdings sind die begutachtungsintensiven Folgen von Kopfschmerzen etwa in Bezug auf den Grad der Behinderung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit geringer zu veranschlagen als die Folgen muskuloskeletaler Schmerzsyndrome. Die meisten (ebenfalls nicht hinreichend körperlich erklärbaren) Kopfschmerzsyndrome erscheinen als neurologische Erkrankungen in den Statistiken, die insgesamt etwa 5 % aller Frührentenzugänge begründen. Gemäß VDR-Statistik finden sich für das Jahr 2001 unter den 40 häufigsten Diagnosen, die einen Frührentenzugang begründen, aber keine ICD-10 Kodierungen für chronische Kopfschmerzen. Begutachtungsbedarf besteht für Kopfschmerzsyndrome also eher im therapeutischen, weniger aber im sozialrechtlichen Kontext.

Insgesamt zeigen die dargestellten Ergebnisse in großer Deutlichkeit, dass chronische Schmerzen im therapeutischen Bereich, vor allem aber im Zusammenhang mit der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit besonders begutachtungsintensiv sind und vermutlich den größten Teil aller zu erbringenden medizinischen Begutachtungsleistungen betreffen. Chronifizierte Schmerzen führen häufig zu Beeinträchtigungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und zu rehabilitativen Maßnahmen. Bezogen auf die Zahl der beantragten und bewilligten Frühberentungen sind chronische

Schmerzen gemeinsam mit psychischen Störungen der häufigste Grund für Begutachtungen. Demgegenüber ergibt sich für somatoforme Störungen im engeren Sinne ein geringerer Begutachtungsbedarf.

Die Nähe chronifizierter Schmerzsyndrome zu somatoformen Störungen ist aber aufgrund häufiger Befund-Befindens-Diskrepanzen und erheblicher Verhaltenseinflüsse am Krankheitsgeschehen offensichtlich, und ihre Abgrenzung von somatoformen Störungen ist vielfach nicht inhaltlich, sondern eher durch traditionelle Zuständigkeiten und Konventionen bestimmt (s. auch DSM-IV American Psychiatric Association, 1996).

1.3 Die Beteiligten: Probanden und Sachverständige im Dialog

Die Begutachtung von Personen mit somatoformen Störungen ist ein komplexer Prozess, der eine Reihe von Fragen aufwirft und inhaltliche und prozedurale Schwierigkeiten beinhaltet. Probleme können sich daraus ergeben, dass die Betroffenen der Begutachtungssituation skeptisch gegenüberstehen, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass Experten ihre Beschwerden nicht angemessen erkennen oder bewerten, oder weil sie befürchten, ihre Beschwerden oder Beeinträchtigungen würden ihnen nicht „geglaubt“. Häufig stehen Probanden in sozialmedizinischer Begutachtung unter arbeitsplatzbezogenem oder finanziellem Druck und knüpfen erhebliche Hoffnungen an den Ausgang des Verfahrens. Zugleich ist der Gutachter für sie meist keine vertraute Person, die sie selbst gewählt haben, sondern unbekannt und in seinen Verhaltensweisen und Denkgewohnheiten nur bedingt absehbar. Insofern lastet auf Probanden mit somatoformen Beschwerden in sozialmedizinischer Begutachtung nicht selten ein auch von außen sichtbarer Druck.

Auf Seiten der Sachverständigen können die Nöte und Unsicherheiten der Probanden zu Problemen bei der Auswahl, der Interpretation und der Gewichtung von Verhaltens- und Beschwerdeäußerungen führen. Hinzu kommen Unsicherheiten bei der Auswahl geeigneter Untersuchungsmethoden und der Begründung von Entscheidungen bei Fragen mit größeren Ermessensspielräumen. Wir (Pielsticker & Dohrenbusch, 2004) haben an anderer Stelle auf Interpretationsmöglichkeiten und -risiken bei der Begutachtung von Schmerzpatienten hingewiesen. Um die Bedingungen und Schwierigkeiten der Begutachtung und des Dialogs zwischen den Beteiligten zu veranschaulichen, werden im Folgenden Besonderheiten und Probleme der Probanden wie auch der Sachverständigen dargestellt.

1.3.1 Probanden in sozialrechtlicher Begutachtung

Personen mit somatoformen Beschwerden in sozialrechtlicher Begutachtung stellen keine homogene Gruppe dar. Ihnen gemeinsam ist die Überzeugung der Betroffenen, dass aufgrund dauerhafter körperlicher Beschwerden weiterführende Entscheidungen zu Fragen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit oder des Schadensausgleichs getroffen werden müssen. Darüber hinaus liefern empirische Untersuchun-

gen Hinweise auf Besonderheiten der Symptomatik, des Funktionsniveaus und des Klageverhaltens bei dieser Personengruppe.

Körperliche Beschwerden

Viele Probanden in sozialrechtlicher Begutachtung klagen über andauernde oder immer wiederkehrende chronische Schmerzen. Beispielsweise stellte Häuser (2002) mit Blick auf die Zusammensetzung der von ihm selbst begutachteten Probanden ($n = 87$) fest, dass in allen seinen Gutachten chronifizierte Schmerzen überwiegen. Bei den Schmerzdiagnosen waren Rückenschmerzen und Fibromyalgie am häufigsten. Ca. 40 % der Probanden litten zusätzlich an somatischen Erkrankungen. Damit vergleichbar zeigten die Untersuchungsergebnisse von Andersson et al. (1996), dass insbesondere generalisierte chronische Schmerzen, die nicht vollständig durch körperliche Schäden erklärt werden können und mit vermehrtem Krankheitsverhalten einhergehen, ein sehr häufiger Anlass zur Begutachtung sind. Wagner et al. (2003) befragten Sachverständige aus 50 Schmerzzentren der Bundesrepublik, welche Störungsbilder wie häufig begutachtet wurden. Demnach wurden am häufigsten Rückenschmerzen (38 %) bewertet, gefolgt von Kopfschmerzen (31 %), Nervensystemstörungen (15 %), Schmerzen im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen (11 %), muskuloskeletalen Schmerzen (9 %) und Gesichtsschmerzen (7 %). Nur sehr selten (< 3 %) wurden nicht klassifizierbare Schmerzen und viszerale Schmerzen beurteilt. Ramseier (1991) weist darauf hin, dass innerhalb der Patientengruppe mit Rückenschmerzen die chronischen Lumbalgien sowie Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule nach Schleudertrauma besonders zahlreich zu begutachten sind.

Nach einer Untersuchung von Birke et al. (2001) klagen Gutachtenprobanden aber nicht nur häufiger über Schmerzen, sondern auch über eine größere Vielzahl an körperlichen (somatoformen) Beschwerden und über mehr Bewegungseinschränkungen. Verglichen wurden die Probanden mit Personen, die wegen ihrer somatoformen Beschwerden eine Psychotherapie durchführten. Gutachtenprobanden wiesen in der Studie auch eine deutlich höhere Anzahl komorbider körperlicher Diagnosen auf. Fast jeder dritte Gutachtenproband hatte mindestens 5 somatische Diagnosen. Die Unterschiede zwischen Gutachtenprobanden und Psychotherapiepatienten in Bezug auf die Anzahl somatoformer Beschwerden (SCL-90-R-Skala „Somatisierung“) konnten auch an einer eigenen (bisher nicht veröffentlichten) Studie beobachtet werden.

Psychische Beeinträchtigungen und Funktionsbeeinträchtigungen

Demgegenüber ist die Bedeutung psychischer Störungen bei Gutachtenprobanden keineswegs so eindeutig, wie die genannten Zahlen des VDR und der BfA zu Berentungsgründen dies vermuten lassen. Einerseits ist weithin unbestritten, dass bei Gutachtenpatienten auch psychische und soziale Probleme häufig sind. Beispielsweise fand Häuser (2002) bei seinen Begutachtungen in 79 % der Fälle auch die Kriterien für psychische Störungen erfüllt, davon betrafen etwa 90 % depressive Störungen. Von den Untersuchten gaben 93 % (Gutachter: 46 %) mäßige bis sehr starke Einschränkungen in sozialen Aktivitäten an, 73 % (Gutachter: 49 %) berichteten über Einschränkungen der Sexualität, 43 % (Gutachter: 28 %) klagten über Schlafstörungen.

In einer Studie von Grossi et al. (1999) an 586 Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen konnte gezeigt werden, dass Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten (über 30 Tage) und mutmaßlich stärkeren Entlastungsmotiven für das Jahr zuvor stärkere psychosoziale Beeinträchtigungen, mehr Burn-out-Symptome, mehr Ängste, mehr depressive Symptome, mehr posttraumatische Stressreaktionen, schwächere Bewältigungsfähigkeiten und eine vermehrte Einnahme psychotroper Substanzen angaben. Den Ergebnissen zufolge gehen psychosoziale Überforderung und misslungene Anpassungsversuche vermehrter Arbeitsunfähigkeit häufig voraus, wobei letztere vermehrt zu sozialrechtlichen Auseinandersetzungen mit erhöhtem Begutachtungsbedarf führt. Auch in der o. g. Untersuchung von Birke et al. (2001) klagten Gutachtenprobanden vor allem über arbeitsplatzbezogene Probleme, aber auch über Probleme der Existenzsicherung. Sie beklagten zudem – ganz im Sinne einer somatoformen Problematik – signifikant häufiger eine „falsche“ Diagnostik oder Therapie.

Auf der anderen Seite gaben die Gutachtenprobanden in der Studie von Birke et al. aber interessanterweise weniger psychische Probleme und auch weniger konflikthafte soziale Beziehungen an als Psychotherapiepatienten. Zugleich versprachen sie sich weniger als Psychotherapiepatienten von einer psychotherapeutischen Behandlung und zeigten sich dafür auch weniger offen. Hier deutet sich an, dass Personen, die ihre körperlichen Beschwerden als Begründung für ihre eingeschränkte Leistungsfähigkeit ansehen, die Lösung ihrer gesundheitlichen oder auch sonstigen Probleme eher als Psychotherapiepatienten durch äußere Bedingungen und weniger durch eigenes Verhalten und Erleben bestimmt sehen. In Übereinstimmung damit wiesen Gutachtenpatienten eine jeweils wesentlich höhere Rate an passiven (apparativen, medikamentösen, operativen oder physiotherapeutischen) körperbezogenen Behandlungen auf. Demnach beziehen sich die von Gutachtenprobanden am häufigsten genannten Probleme weniger auf psychische Schwierigkeiten, sondern eher auf den Arbeitsplatz oder auf Schwierigkeiten der Existenzsicherung. Psychische Beeinträchtigungen werden zwar genannt, sie scheinen aber oft nicht als primär krankheitswertig wahrgenommen zu werden.

Auswirkungen des Versicherungsstatus und Rentenwunsches

Untersuchungen zeigen, dass sich allein das Bemühen um die sozialrechtliche Anerkennung der Beschwerden bedeutsam auf die Ausprägung der Beschwerde- und Funktionsparameter sowie auch auf Behandlungsergebnisse auswirken kann. Zu begutachtende Probanden in sozialrechtlichen Entscheidungsprozessen sind insofern nur bedingt mit Patienten gleicher Diagnose im therapeutischen Setting vergleichbar.

So zeigt eine Untersuchung von Gatchel, Polatin & Mayer (1995) an 421 Rückenschmerzpatienten, dass sich der Versicherungsstatus der Patienten signifikant auf die Chronifizierung der Schmerzen und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit auswirkte. Dazu wurden psychische und soziale Merkmale wiederholt nach einer zunächst nicht länger als 6 Wochen dauernden akuten Schmerzphase erhoben. Neben den selbstberichteten Schmerzen und Funktionseinschränkungen trug vor allem der Umfang des persönlichen Versicherungsschutzes zur Vorhersage der langfristigen Leistungsbeeinträchtigungen und Arbeitsausfälle bei. Je besser die soziale Absicherung, umso weniger waren die Patienten bereit, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Indessen trugen Merkmale psychopathologischer Gestörtheit (z. B. Depressivität, Menge psychotroper Medikation) nicht wesentlich

zur Vorhersage sozialrechtlich relevanter Merkmale wie etwa der Arbeitsfähigkeit bei.

Goossens et al. (2005) zeigten, dass Patienten mit chronischen muskuloskeletalen Schmerzen umso weniger von ihrer Behandlung erwarteten, je mehr Geld sie als Ausgleich für ihre Beschwerden erhielten. Zugleich erwiesen sich die Behandlungserwartungen als bedeutsamer Prädiktor des Behandlungserfolgs. Olbrich, Cicholas & Klenke-Bossek (1998) fanden, dass etwa zwei Drittel der Patienten in sozialrechtlichen Konfliktsituationen auch nach intensiver stationärer Behandlung keine Verbesserungen ihres gesundheitlichen Zustandes und ihrer Funktionsbeeinträchtigungen angaben. Prognostisch ungünstig waren dabei insbesondere die Inanspruchnahme einer Zeitrente, eine körperliche Ausrichtung der bisherigen Diagnostik und Behandlung sowie ein höheres Lebensalter. Dabei blieb offen, ob die Patienten wirklich keine Verbesserungen erfuhren oder ob sie die erlebten Verbesserungen lediglich nicht angaben.

Für die letztere Möglichkeit, dass positive Veränderungen einfach nicht angegeben werden, sprechen die Ergebnisse einer Studie von Blake & Garret (1997). Die Autoren wiesen zunächst für chronische Rückenschmerzpatienten mit und ohne Rentenwunsch nach, dass durch ein mehrwöchiges multimodales Behandlungsprogramm körperliche Beeinträchtigungen, Kraft, Ausdauer, körperliche Fitness, Beweglichkeit und auch der Schmerz wesentlich verbessert werden konnten. Die Gruppen unterschieden sich aber dann in dem Ausmaß, in dem sie über die Auswirkungen der körperlichen Beschwerden berichteten: Personen mit Rentenwunsch klagten unabhängig von ihren körperlichen Verbesserungen signifikant stärker über ihre Funktionsbeeinträchtigungen als Personen ohne Rentenwunsch. Damit übereinstimmend, belegen auch die Ergebnisse von Mellin et al. (1993), dass bei chronischen Rückenschmerzpatienten zwar ein Zuwachs an Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit erzielt werden kann, dies jedoch nicht die Bereitschaft der Betroffenen zu fördern scheint, Alltagsfunktionen anders zu bewerten und sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Wie stark der Einfluss des Streitens um die sozialrechtliche Anerkennung der Beschwerden sein kann, geht aus einer Untersuchung von Blyth et al. (2003) an über 400 Patienten mit chronischen Schmerzen hervor. Demnach war die Wahrscheinlichkeit, schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen anzugeben, um das 3,6-fache erhöht, wenn die Probanden wegen ihrer Beschwerden um Versicherungsleistungen stritten. Der Wunsch nach Versicherungsleistungen hatte hier den mit Abstand stärksten statistischen Einfluss auf die Angabe von Funktionsbeeinträchtigungen.

Allerdings sagt dieser Wert nichts über die Kausalität der Beziehung zwischen Versicherungsleistungen und Beschwerdeangaben aus, ob also Versicherungsleistungen den Beeinträchtigungen oder umgekehrt die Beschwerden den Versicherungsleistungen vorausgehen.

Eine Antwort darauf liefert eine prospektive Studie von Suter (2002). Suter wählte aus einem umfangreichen Patientenkollektiv von über 3 800 Patienten 291 Rückenschmerzpatienten nach zuvor festgelegten Ausschlusskriterien aus, die er nach den Kriterien „Beteiligung an einem Rechtsstreit“ und „Arbeitsfähigkeit“ 4 Gruppen zuordnete. Auch in dieser Studie waren Patienten im Rentenstreitverfahren durch die Angabe intensiverer Schmerzen, stärkerer Depressivität und ausgeprägterer Funktionsbeeinträchtigungen gekennzeichnet. Im Verlauf über mehr als 3 Jahre zeigte sich aber, dass bei den Probanden im Streitverfahren die affektiven Beschwerden und die Funktionseinschränkungen so lange konstant auf hohem Niveau blieben, wie der rechtliche Entscheidungsprozess andauerte (durch-

schnittlich 2 Jahre; vgl. Abb. 1.1). Erst nach der Rechtsentscheidung sanken die angegebenen affektiven Beschwerden und schmerzbedingten Funktionsbeeinträchtigungen innerhalb von 15 Monaten auf das Niveau sonst vergleichbar beeinträchtigter Personen, die nicht um Versicherungsleistungen stritten. Die Autoren schlussfolgern, dass Patienten, die wegen ihrer Beeinträchtigungen um Versicherungsleistungen streiten, ihr Klageverhalten, das zu Beginn der Rechtsstreitigkeiten bestanden hat, überwiegend stereotyp bis zum Ende des Verfahrens beibehalten. Diese Ergebnisse sprechen insofern dafür, dass sich die Versicherungsleistungen auf das Beschwerdemuster auswirken und nicht umgekehrt.

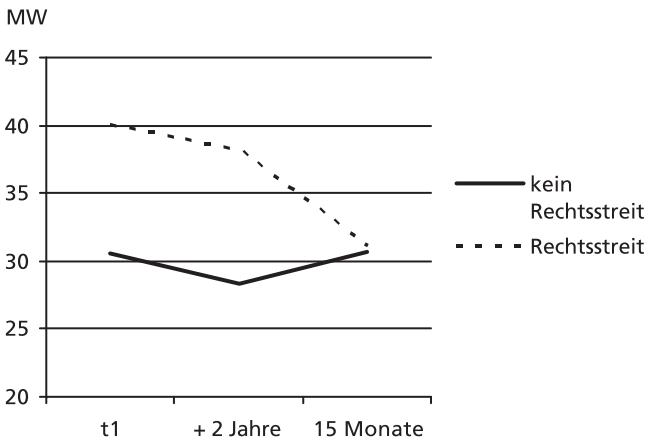


Abb. 1.1: Funktionseinschränkungen (Oswestry-Skala Mittelwert) im Verlauf über ca. 3,5 Jahre bei Rückenschmerzpatienten mit vs. ohne Rechtsstreitigkeiten (nach Suter, 2002)

Die Auswirkungen äußerer Verstärkerbedingungen auf die Beschwerden zeigen sich aber nicht nur dann, wenn sich die Betroffenen zum Untersuchungszeitpunkt eine finanzielle oder arbeitsplatzbezogene Entlastung erhoffen, sondern auch dann, wenn sie aufgrund ihrer Beschwerden bereits Entlastung oder Unterstützung erhalten. So ist bei Personen, die bereits Versicherungsleistungen zum Ausgleich für ihre Beschwerden erhalten (z. B. Versicherte mit Zeitrenten), ein erheblicher, teilweise noch größerer Teil der angegebenen Beeinträchtigungen durch den Rentenstatus erklärbar. In diesem Sinne sind zumindest die Ergebnisse von Guest & Drummond (1992) interpretierbar. Verglichen wurden hier Rückenschmerzpatienten, die bereits Versicherungsleistungen erhielten, mit leistungsbeantragenden Rückenschmerz-Patienten. Die finanziell bereits unterstützten Patienten zeigten sich stärker emotional beeinträchtigt und schlechter in der Lage, mit ihren Schmerzen umzugehen. Die Autoren sehen daher in Versicherungsleistungen einen Risikofaktor für die Schmerzchronifizierung und für eine langfristige Invalidisierung.

Auch nach einer Untersuchung von Turk & Okifuji (1996) geht ein finanzieller Ausgleich für Schmerzen und Beeinträchtigungen im Sinne von Schadensersatz- oder Rentenzahlungen mit der Angabe stärkerer Schmerzen, umfangreicherer Funktionsbeeinträchtigungen und einem höheren Grad an psychischer Belastung einher. Allein aufgrund dieser Variablen konnte in etwa drei Viertel der Fälle richtig vorhergesagt werden, ob die Patienten Versicherungsleistungen beantragt

bzw. bereits erhalten hatten oder nicht. Schließlich zeigte sich in einer Studie von Wigers (1996), in der der Krankheitsverlauf von 44 Fibromyalgie-Patienten mit diffusen ausgedehnten weichteilrheumatischen Beschwerden im Längsschnitt über 4,5 Jahre hinweg verfolgt wurde, dass der Frühberentungsstatus signifikant zur Vorhersage eines ungünstigen Krankheitsverlaufs beitrug. Die bereits vorzeitig berenteten Probanden zeigten nach mehrjährigem Verlauf einen schlechteren Gesundheitszustand, mehr Schmerzen und stärkere affektive Symptome als Probanden, die nicht berentet worden waren.

Eine Erklärung für die stärkere angegebene Beeinträchtigung der bereits berenteten Probanden kann darin vermutet werden, dass die Probanden den Berentungsstatus als einen Leistungsanspruch ansehen, den sie dauerhaft erworben haben. Entsprechend lassen mit Erhalt des Rentenstatus die Bemühungen nach, bestehende gesundheitliche Schwierigkeiten überwinden zu wollen. Stattdessen verstärkt sich ein Verhalten im Sinne der Erhaltung der Krankenrolle. Mit dieser Deutung vereinbar sind die Ergebnisse von Geissner et al. (1996). Die Autoren konnten zeigen, dass chronische Schmerzpatienten mit erkennbarem Rentenbegehren ein sonst gut wirksames stationäres Behandlungsprogramm für Patienten mit somatoformen Störungen und chronischen Schmerzen deutlich schlechter akzeptierten und wesentlich schlechtere Behandlungsergebnisse erzielten als Patienten ohne Rentenbegehren. Aus einer Untersuchung an Patienten mit bandscheibenbedingten Schmerzen von Hasenbring (1992) geht hervor, dass aus einer Reihe sozialer Faktoren (u.a. Dauer der Krankschreibung vor Behandlungsbeginn, soziale Schicht, Arbeitsplatzmerkmale) nur zwei Parameter geeignet waren, den längerfristigen Beschwerdeverlauf nach Klinikaufenthalt überzufällig vorherzusagen, und zwar das „gedankliche Erwägen eines Rentenverfahrens“ und die „soziale Schicht.“ Eine Fixierung auf den Erhalt von Versicherungsleistungen und eine schlechtere Einkommens- und Bildungssituation gingen auch langfristig mit vermehrten Beschwerdeangaben einher.

Insgesamt sprechen die aufgeführten Ergebnisse dafür, dass die Ausrichtung der Betroffenen auf den Erhalt von Versicherungsleistungen, aber auch eingeschränkte sozioökonomische Bedingungen die Bereitschaft schwinden lassen, noch gerichtete Anstrengungen zur Überwindung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unternehmen. Der explizite Wunsch nach Frühberentung oder anderen Versicherungsleistungen wirkte sich in den weitaus meisten Studien deutlich negativ auf die angegebenen Beschwerden, Funktionsbeeinträchtigungen, den Beschwerdeverlauf, das Krankheitsverhalten, das therapiebezogene Verhalten und nicht zuletzt auch auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es liegen Hinweise darauf vor, dass Personen in sozialrechtlichen Entscheidungssituationen so lange ein intensiviertes Beschwerdeverhalten zeigen, bis die Entscheidung über Renten- oder Schadenersatzleistungen gefallen ist. Danach fällt das Beschwerdeniveau auf ein für vergleichbare Patienten außerhalb versicherungsrechtlicher Auseinandersetzungen „normales“ Maß zurück.

1.3.2 Die Gutachter/Sachverständigen

Anders als zu Probanden in sozialmedizinischer oder sozialrechtlicher Begutachtung ist bisher nur wenig über persönliche Merkmale der Sachverständigen (bzw. Gutachter), über ihre Denk- und Verhaltensmuster oder gar ihre Motive publiziert.

Vereinzelte empirische Angaben finden sich zu ihrer Qualifikation und fachlichen Ausrichtung, etwas besser sind die Probleme im Untersuchungsprozess und in der Entscheidungsfindung beschrieben und auch durch empirische Angaben gestützt.

Auswahl von Sachverständigen

Die Auswahl des Sachverständigen unterliegt dem Auftraggeber. Sachverständigengutachten können von Renten-, Kranken- oder Unfallversicherungen, von Berufsgenossenschaften, von Sozialgerichten und natürlich auch von Privatpersonen in Auftrag gegeben werden. Der Auftraggeber wird denjenigen Sachverständigen beauftragen, den er für die Beantwortung der Fragen am geeignetsten hält.

In der Sozialgerichtsbarkeit steht es Sozialrichtern grundsätzlich frei, darüber zu entscheiden, ob Beweis durch Einholung eines Sachverständigengutachtens erhoben wird oder ob die eigene Sachkunde des Gerichts zur Entscheidung ausreicht. Der Richter kann darüber nach Zweckmäßigkeit Gesichtspunkten entscheiden. Nach § 109 SGG kann der Kläger allerdings auch die Durchführung des Gutachtens durch einen von ihm bestimmten Sachverständigen verlangen. Ein solches Gutachten muss selbst dann in Auftrag gegeben werden, wenn nach Auffassung des Richters ein weiteres Gutachten zur Klärung des strittigen Sachverhaltes nicht mehr erforderlich ist.

Die Auswahlkriterien für Sachverständige können individuell unterschiedlich sein. Nach Endriß (1994) sollten behandelnde Ärzte oder bereits im Verwaltungsverfahren gehörte Sachverständige nicht ausgewählt werden.

In aller Regel werden mit der Begutachtung von Personen mit somatoformen Störungen oder chronifizierten Schmerzen Fachärzte beauftragt. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild sind dies vor allem Ärzte für Neurologie, Anästhesiologie, Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie, Psychosomatische Medizin, Psychiatrie oder Nervenheilkunde. Nach einer Durchsicht von Gutachten für die Sozialgerichtsbarkeit von Schulte (1999) standen in 47 % der allgemeinmedizinischen, in 81 % der neurologisch-psychiatrischen und in 96 % der orthopädischen Gutachten chronische Schmerzen im Vordergrund. Psychologische Sachverständige spielen zumindest für die sozialmedizinische Entscheidungsfindung bislang nur eine Nebenrolle. Vereinzelt werden sie als Zusatzgutachter hinzugezogen. Diese schwache Beteiligung psychologischer Sachverständiger ist angesichts der Bedeutung psychodiagnostischer Methoden für die Beurteilung krankheitsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen unverständlich (vgl. auch Kap. 3).

Die Probleme der Sachverständigen

Die Probleme der Sachverständigen ergeben sich zunächst aus der Komplexität sozialrechtlicher Fragestellungen, die häufig nicht medizinische Fragen zur Diagnostik oder zur Therapie von Störungen und Erkrankungen betreffen, sondern Fragen zu Funktionsbeeinträchtigungen, zum Restleistungsvermögen oder zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Sozialrechtliche Fragen knüpfen insofern nicht nur am Fachwissen der Sachverständigen an, sondern sie sind fachübergreifend und erfordern auch allgemeines und persönliches Erfahrungswissen. Dabei entsteht für ärztliche Sachverständige nicht selten die Schwierigkeit, dass sie mit psychodiagnostischen Methoden, die für eine zufallskritische, valide und reliable Funktions- und Leistungsbeurteilung psychisch beeinträchtigter Personen in der Regel

unverzichtbar sind, meist weniger vertraut sind. Zwar wird vereinzelt auch von ärztlicher Seite auf den Nutzen psychologischer Methoden im Rahmen der Begutachtung hingewiesen (z. B. Dertwinkel, Graf-Baumann & Zenz, 1999), eine konsequente psychodiagnostische Ausrichtung der Begutachtung, wie sie nach Abschluss körperlicher Beschwerdeursachen etwa für Probanden mit somatoformen Störungen oder chronifizierten Schmerzen erforderlich ist, zeichnet sich bislang jedoch in der Diskussion kaum ab.

Laros (1990) führt zu den Anforderungen an medizinische Sachverständige aus: „Jeder, der sich dieser Aufgabe unterzieht, erfährt schnell, dass er allein mit den Erfahrungen aus der kurativen Medizin die gestellten Anforderungen nicht erfüllen kann. Er sieht sich gegenüber einem Komplex aus klinischer Medizin, Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft, Sozialmedizin und Rechtsnormen. (...) Der begutachtende Arzt hat sich daher sehr eingehend zu befassen mit der Belastung und Beanspruchung eines kranken, bereits leistungsgeschädigten Menschen durch Arbeit. Er wird im Laufe seiner Tätigkeit erfahren, wie groß die Lücken zwischen der klinischen Medizin, der Arbeitsmedizin, der Sozialmedizin und der Arbeitswissenschaft sind.“ Laros verweist damit indirekt auch auf das Fehlen einer methodologischen Basis, die geeignet wäre, Verhaltensweisen und Verhaltensfunktionen situations- und belastungsabhängig zu analysieren. Dabei können die von ihm angesprochenen „Lücken“ letztlich auch zu Lasten der Qualität sozialmedizinischer Begutachtung gehen. Zeit (1993) berichtete in diesem Zusammenhang über die Ergebnisse einer Befragung von Richtern der Sozialgerichtsbarkeit zur Qualität sozialmedizinischer Gutachten. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass etwa zwei Drittel der Richter die sozialmedizinischen Stellungnahmen als „nicht ausreichend klar“ bewerteten. Als besonders unklar wurden Gutachten zu Fragen der Beeinträchtigung aufgrund psychischer/somatoformer Störungen und chronischen Krankheitsverhaltens eingeschätzt. Ergänzend zu diesen Ergebnissen legten Stadtland, Gündel & Schütt (2002) eine Studie vor, in der die Inhalte, Vorgehensweisen und Argumentationsfiguren sozialmedizinischer Gutachten geprüft wurden. Grundlage der Analyse waren 594 Gutachten von Patienten mit psychischen und insbesondere somatoformen Störungen. Die Untersuchung zeigt, dass sozialrechtlich besonders relevante Aspekte der beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Integration lediglich bei einem Drittel der erstellten Gutachten berücksichtigt wurden. Soziale Beziehungen und Funktionen, die wesentlich zur Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus beitragen, wurden nur bei 56% der Probanden berücksichtigt. Die Ergebnisse können als Hinweise darauf interpretiert werden, dass es Sachverständigen vergleichsweise schwer fällt, die Lücke zwischen medizinischen Themen und Fragestellungen, die vorwiegend Probleme der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten betreffen, und sozialrechtlichen Fragestellungen, die vorwiegend das Funktionsniveau und die Arbeitsfähigkeit betreffen, zu schließen. Davon abgesehen begünstigen neben der eher schwachen empirischen Basis für die gutachterliche Urteilsbildung auch unterschiedliche Sprachcodes von Juristen und (medizinischen oder psychologischen) Sachverständigen die mitunter schwache Transparenz von Gutachterentscheidungen.

Probleme der Qualität der sozialrechtlichen Begutachtung deuten sich aber nicht nur in den Rückmeldungen der Richter und in der unzureichenden Berücksichtigung sozialrechtlich relevanter psychosozialer Funktionen und Funktionsbeeinträchtigungen an. Vereinzelt liegen auch Forschungsergebnisse vor, die darauf hinweisen, dass *persönliche Wertentscheidungen* der Sachverständigen einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben können. Diese Möglichkeit ist insofern

ernst zu nehmen, als damit die Forderung nach einer „gerechten“, für alle zu Begutachtenden gleichen Regelung in Frage gestellt wäre. Dass die persönliche Haltung des Sachverständigen zu Fragen der Begutachtung, der Bewertung von Krankheitsbildern und zur Einschätzung dessen, was dem Patienten zumutbar erscheint, Einfluss haben kann auf das Ergebnis der Gutachtertätigkeit, geht aus einer bereits älteren umfangreichen Untersuchung von Marx, Grafe & Weishaupt (1988) hervor.

In dieser Studie wurde das Aktenmaterial von etwa 10 700 Patienten einer auf die stationäre Rentenbegutachtung spezialisierten Klinik analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass eine erhebliche Varianz der Begutachtungsentscheidungen nicht auf Beschwerdemerkmale, sondern auf unterschiedliche persönliche Gewichtungen der Gutachter zurückgeführt werden konnte. In der Klinik war der ganz überwiegende Teil der Begutachteten (84 %) von mehreren Sachverständigen beurteilt worden, sodass ein umfangreicher Datensatz zugrunde lag, der statistisch abzusichernde Aussagen über den Einfluss der Person des Sachverständigen auf das Begutachtungsergebnis ermöglichte. Insgesamt wurden 13 Gutachter in die Auswertungen einbezogen. Es zeigte sich, dass die Befürwortungen von Rentenansprüchen teilweise um mehr als das Doppelte voneinander abwichen (z. B. 27 % vs. 60 % Befürwortung). Auch wenn die Beurteilung von Schmerzen in diesem Datensatz nur eine Teilmenge betraf (Störungen oder Schmerzen am Bewegungssystem machten ca. 35 %, psychische Störungen 19 % der Begutachtungsfälle aus), so weisen diese Ergebnisse doch auf Risiken für die Begutachtung von Probanden mit „unspezifischen“ somatoformen Störungen und chronifizierten Schmerzen hin. Gerade diese Beschwerdebilder lassen für den Sachverständigen relativ große Interpretationsspielräume. Marx, Grafe & Weishaupt (1988) weisen dann auch explizit darauf hin, dass sich „gerade bei Grenzfällen (wie z. B. bei somatoformen Störungen und chronifiziertem Krankheitsverhalten, Anm. d. Verf.) bewusste Einstellungen des Gutachters – beispielsweise zur Belastbarkeit bei bestimmten Krankheitsbildern und zur Zumutbarkeit bestimmter Arbeiten – aber auch unbewusste Reaktionen auf persönlich und sozial bestimmte Handlungsweisen des Patienten besonders stark auf die Begutachtung auswirken (können ...)“ (S. 276). Die Studie zeigt Probleme der Begutachtung auf, die kaum öffentlich diskutiert werden, die aber vermutlich gerade deshalb von Bedeutung sind. Ganz offensichtlich wachsen die Entscheidungsspielräume und mit ihnen auch der Einfluss von Zufällen oder willkürlichen Motiven, je vager, unbestimmter, unüberschaubarer und komplexer die zu begutachtenden Sachverhalte und je weniger differenziert und evaluiert die Methoden sind, die zur Begutachtung verwendet werden.

Ein letztes, vielleicht aber entscheidendes Problem der Sachverständigen betrifft die „Angemessenheit“ der Begutachtungsentscheidungen, die Frage also, ob Sachverständige mit ihren Methoden und Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle tatsächlich die „richtige“ Entscheidung treffen. Die bisher aufgeführten Probleme und Begrenzungen der derzeitigen Begutachtungspraxis könnten unter der Voraussetzung in Kauf genommen werden, dass die Begutachtungen in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle auch wirklich zum „richtigen“ Ergebnis führen. Um dies zu beurteilen, müssen Untersuchungsergebnisse an äußeren Kriterien oder Vorhersagen an der zukünftigen Beschwerdeentwicklung validiert werden. Angemessen ist ein Begutachtungsergebnis dann, wenn sich die Prognose eines Beschwerde- oder Krankheitsverlaufs bestätigt oder wenn die eingeschätzte berufliche Belastbarkeit der tatsächlichen Belastbarkeit entspricht. Wenn Personen aufgrund gesundheitlicher Probleme so stark in ihrer Funktionsfähigkeit einge-

schränkt sind, dass sie bestimmte Tätigkeiten dauerhaft nicht mehr erbringen können, dann sollte die Begutachtung auch tatsächlich zu dem Ergebnis führen, dass dauerhafte Entlastung notwendig ist, und es sollte sich im weiteren Verlauf herausstellen, dass diese dauerhafte Entlastung auch tatsächlich notwendig war. Personen, die nur vorübergehend in ihrer Belastbarkeit eingeschränkt sind, sollten eine zeitliche Verringerung ihrer Arbeitsbelastung erfahren und danach wieder arbeitsfähig sein. Umgekehrt sollten sich die Probanden, die maximal entlastet werden, nach der richterlichen Entscheidung nicht als normal belastbar erweisen usw. Die entscheidende Frage zur Qualität der Begutachtung gilt insofern der Frage danach, ob wirklich die dauerhaft am stärksten beeinträchtigten Personen die deutlichste Entlastung erfahren. Stadtland et al. (2003) haben dazu, welche Probanden letztlich frühberentet werden und welche Risikofaktoren eine Frühberentung begünstigen, eine Literaturübersicht vorgelegt. Sie stellen die folgenden Indikatoren für eine gutachterliche Berentungsempfehlung heraus: fehlende oder negative Zukunftsperspektive der Betroffenen, eine höhere Anzahl somatischer Erkrankungen und komorbider psychischer Störungen, Mangel an Berufs- und Therapiemotivation sowie eine fehlende Behandlungcompliance. Nach dieser Zusammenstellung können sich sowohl krankheitswertige Störungen als auch nicht krankheitswertige Einflussbedingungen (wie z.B. Motive und Absichten) bedeutsam auf Berentungsentscheidungen auswirken. Daran anknüpfend, führten Stadtland et al. (2004) eine Längsschnittstudie mit 100 teilnahmebereiten Gutachtenprobanden durch, die aus anfangs 226 Probanden mit somatoformen Beschwerden ausgewählt worden waren. Alle strebten eine krankheitsbedingte Berentung an. Die spätere Befragung wurde im Durchschnitt 4,8 Jahre nach der Begutachtung durchgeführt. Von den 100 Probanden wurden 68 im Untersuchungszeitraum berentet, davon 76 % aufgrund des Sachverständigenurteils. Hier zeigte sich nun, dass die berenteten Probanden häufiger vom Arbeitgeber in ihrem Krankheitsverhalten verstärkt wurden, sie beschrieben ihre Beschwerden genauer und konkreter, fühlten sich stärker leistungsgemindert, hatten einen ausgeprägteren Rentenwunsch, zeigten deutlich weniger berufliche Motivation, wurden auch vom Gutachter als stärker beeinträchtigt eingestuft und waren zuvor länger leistungsbeeinträchtigt bzw. arbeitsgemindert als die nicht frühberenteten Probanden.

Ganz offensichtlich treten in diesen Ergebnissen nicht krankheitswertige, motivationale Bedingungen und externe Verstärkereinflüsse auf das Berentungsgeschehen noch stärker hervor, als dies aufgrund der Literaturübersicht zu Risikofaktoren einer späteren Berentung erwartet worden war. Hinzu kommt, dass die Autoren in ihrer Studie kaum engere Beziehungen zwischen krankheitsbezogenen Merkmalen im engeren Sinne und der tatsächlichen Berentung aufzeigen konnten. Die Ergebnisse sprechen insofern dafür, dass nicht diejenigen Personen berentet wurden, die mehr Krankheiten oder eine größere Anzahl schwerwiegenderer krankheitswertiger Störungen aufwiesen, sondern diejenigen, die vor allem arbeits- und leistungsbezogene Probleme aufwiesen.

Eine Untersuchung von Heyse et al. (2004) zum beruflichen Belastungsleben frühpensionierter Lehrer stützt diese Interpretation. Die Ergebnisse basieren auf Aussagen von insgesamt 726 Lehrkräften aus Rheinland-Pfalz, die im Zeitraum von 1998–2001 aus Krankheitsgründen vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden und die mindestens ein Jahr nach dem Ausscheiden zur Situation vor und nach der Pensionierung befragt wurden. Die Frühpensionierten waren gesundheitlich durch mehr somatoforme und stressreaktive körperliche Symptome sowie Schul-

ter-, Nacken- und Rückenschmerzen gekennzeichnet. Deutlicher als die gesundheitlichen Unterschiede traten aber die arbeitsbezogenen Unterschiede im Vergleich zu den alterspensionierten Lehrern hervor: Frühpensionierte erinnerten sich für die letzten 5 Dienstjahre vor der Pensionierung vor allem an stärkere (belastungsabhängige) Stresssymptome, höhere berufliche Anforderungen, stärkeren beruflichen Stress durch die Arbeitsbedingungen und soziale Einflüsse sowie eine negativere Bewertung der eigenen Berufstätigkeit. Auch hier zeigt sich, dass die vorzeitige Berentung/Pensionierung aufgrund von „Krankheit“ häufiger als eine Möglichkeit zur Lösung allgemeiner und vor allem berufsbezogener Probleme gesehen und entsprechend instrumentalisiert wurde.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse einen eher beunruhigenden Sachstand zur Leistungsfähigkeit sozialmedizinischer Begutachtung bei Klagen über somatoforme Störungen und chronifizierte Schmerzen wider. Nicht die Versicherten mit den meisten oder schwersten Erkrankungen oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen scheinen die weitgehendste Entlastung im Sinne einer Frühberentung oder -pensionierung zu erhalten, sondern diejenigen, die mit ihren Arbeits- und Erwerbsbedingungen am unzufriedensten sind oder am schlechtesten zurechtkommen. Eine solche Auswahl ist aber von Seiten des Gesetzgebers nicht gewollt, da Probleme der allgemeinen Lebensführung, berufliche Probleme oder normale altersbedingte Beeinträchtigungen ausdrücklich nicht zu den Beeinträchtigungen zählen, die eine zusätzliche Entlastung durch Renten- oder Unfallversicherer rechtfertigen.

1.3.3 Probleme der Interaktion zwischen Proband und Sachverständigem

Probleme der Interaktion zwischen Probanden mit somatoformen Störungen und begutachtenden Sachverständigen können hier nur skizziert werden. Weitergehende Hinweise dazu finden sich in Kapitel 5. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass auf vielen Begutachtungssituationen hohe Erwartungen der Versicherten an das Untersuchungsergebnis lasten, die einen freien und konstruktiven Dialog erschweren können. Manche Probanden empfinden die Begutachtung als unangemessen, andere als entwürdigend, wieder andere als überflüssig. Somatoform gestörte Probanden bringen häufig eine mehrjährige Erfahrung im Umgang mit Ärzten mit, die dadurch geprägt war, dass die Erkenntnisse der Ärzte nicht mit dem unmittelbaren Erleben der Patienten in Einklang zu bringen waren. Das so entstandene Misstrauen oder zumindest eine Verunsicherung gegenüber „Experten“ ist dann nicht selten auch in einer Untersuchungssituation spürbar.

Noch weiter erschwert wird die Interaktion von Proband und Sachverständigem in der (sozialrechtlichen) Begutachtung dadurch, dass sich die Beteiligten in Bezug auf ihr gegenseitiges Verhalten in einem Dilemma befinden (vgl. Pielsticker & Dohrenbusch, 2004).

So unterliegt der Proband dem Dilemma, als er einerseits glaubhaft machen muss, dass sein Leiden erheblich ist und bislang nicht hinreichend erfolgreich behandelt werden konnte. Übertreibt (verdeutlicht) er im Sinne seines Entlastungswunsches die Darstellung des Leidens und seiner Beschwerden, so riskiert er, dass seine Klagen als unzutreffend (willentlich verzerrt/aggraviert) bewertet und seine Entlastungswünsche zurückgewiesen werden. Verweist er hingegen auf seine noch erhaltene Belastbarkeit, auf seine aktiven Bewältigungsleistungen oder auf Behand-

lungs- oder Rehabilitationserfolge, dann gefährdet er sein Entlastungs- oder Berentungsanliegen ebenfalls. Belege für die noch erhaltene Funktionsfähigkeit des Probanden können in diesen Fällen als Argumente gegen die Berechtigung von Entlastungsforderungen angeführt werden.

Demgegenüber befindet sich der Sachverständige in dem Dilemma, einerseits Vertraulichkeit zum Probanden herstellen zu müssen. Diese Vertrauensbasis ist erforderlich, um die Informationen vom Probanden zu erhalten, die zur Bewertung der gesundheitlichen Situation und zur Beantwortung der Beweisfragen erforderlich sind. Um dies zu erreichen, muss er sich in die Situation des Versicherten hineinendenken, er muss in der Lage sein, emotionale Spannungen oder Konflikte des Probanden zu verstehen, und er sollte versuchen, dessen Perspektive auch weitgehend nachzuvollziehen. Andererseits muss der Sachverständige auf die nötige Distanz und Neutralität achten, er muss sich selbst wie auch seinem Gegenüber vergegenwärtigen, dass er kein Therapeut und kein „Verbündeter“ des Probanden in seinem Bemühen um Entlastung ist. Zu dem Bemühen um Neutralität gehört auch, dass der Sachverständige die Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Angaben des Versicherten kritisch hinterfragt und dass er im Gespräch ggf. auch konfrontierende Äußerungen macht. Insbesondere bei Beweisfragen zur Funktions- und Leistungsfähigkeit kann es für ihn daher nicht nur darum gehen, eine empathische und verständnisvolle Beziehung zum Probanden aufzubauen. Der Sachverständige darf nicht verkennen, dass er als Gutachter im Sozialrecht vor allem Funktionsbeeinträchtigungen und -fähigkeiten des Versicherten zu prüfen hat. Eine einseitig wohlwollend-empathisch-einfühlsame Haltung dürfte dabei ebenso wenig konstruktiv und zielführend für die Gestaltung des gutachterlichen Dialogs und die Entscheidungsfindung sein wie eine Haltung, die sich auf den Nachweis der noch verbliebenen Funktions- und Leistungsfähigkeit beschränkt.

1.4 Zielsetzung des Buches

Die skizzierten Ergebnisse zu den Problemen der Sachverständigen, zur Qualität der Begutachtung und zur Vorhersage einer späteren Berentung verweisen auf Probleme in der aktuellen Begutachtungspraxis. Sie illustrieren nicht nur die Schwierigkeiten der Sachverständigen bei der Begutachtung von Personen mit Entlastungs- und Berentungswünschen, sondern auch das Risiko eines missbräuchlichen Umgangs mit der Krankenrolle im System der sozialen Sicherung. Einerseits scheint es zumindest fraglich, ob eine Berentungsentscheidung unter den gegenwärtigen Bedingungen regelmäßig zugunsten derjenigen Versicherten ausfällt, die tatsächlich Entlastung aufgrund ihrer Erkrankung oder krankheitswertigen Störung am dringendsten benötigen. Andererseits zeigen die Ergebnisse, dass existenzielle (finanzielle) Bedingungen und arbeits(-platz)bezogene Einflüsse Berentungsentscheidungen erheblich beeinflussen. Sie weisen darauf hin, dass fehlende berufliche Perspektiven, spezifische Motive des Arbeitgebers, berufliche Überlastung, die fehlende Bereitschaft, sich beruflich oder arbeitsbezogen umzuorientieren oder auch finanzielle Probleme der Betroffenen möglicherweise häufiger zu „krankheitsbedingten“ Entlastungen oder Berentungen führen als gesundheitliche Beeinträchtigungen im engeren Sinne.